



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

TORNAR-SE MÃE, TORNAR-SE PAI

- ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS -

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

Por

ALEXANDRINA MARIA RAMOS CARDOSO

Outubro, 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

TORNAR-SE MÃE, TORNAR-SE PAI

- ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS -

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

Por Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Sob orientação da Professora Doutora Heimar Marín

Sob coorientação do Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Outubro, 2011

Agradecimentos

Finda uma etapa importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram ao longo desta caminhada e que contribuíram para que este trabalho acontecesse.

Agradeço aos meus orientadores, Professora Doutora Heimar Marín e Professor Doutor Abel Paiva e Silva, que me acompanharam neste longo percurso, e que me apontaram os caminhos para uma aprendizagem efetiva. Agradeço-lhes as dadas indicações, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o desenvolvimento do estudo. Agradeço-lhes os desafios, cada vez mais complexos, que me foram colocando. Agradeço-lhes a compreensão, o estímulo e a exigência que me foram impondo, ao longo do desenvolvimento do estudo.

Agradeço à Professora Margarida Vieira a compreensão, a capacidade de escuta e o apoio, num dos momentos mais difíceis da minha vida, que coincidiu com o programa de Doutoramento.

Agradeço às minhas amigas Ana e Alice que, como sempre, também por estes caminhos, me acompanharam, com autêntica empatia.

Agradeço ao meu amigo Paulo, por tudo.

Agradeço ao Filipe e à Marinha, pela ajuda, pela partilha e pelas discussões, que me ajudaram sempre “a ir para mais”.

Agradeço às enfermeiras que no dia a dia colaboraram comigo, que me incentivaram nos momentos de desânimo, que acreditaram, tanto quanto eu, na importância do trabalho e sem as quais o mesmo não teria sido possível. Clara Aires, Isabel Ferreira, Ana Rita Vieira, Cristina Martins e Andreia Gilde.

Agradeço à Enfermeira Margarida Filipe que, com a visão de futuro de sempre, acreditou na abrangência do projeto, amparando-o de modo a deixar marca na prática dos cuidados da ULS Matosinhos.

Agradeço à minha mãe e ao meu pai, ao meu irmão e à minha tia Rosalina, pois sempre estiveram do meu lado, e estou certa que sem o seu amparo, este percurso teria sido bem mais turbulento.

Agradeço à Teresa e à sua família, pela força para continuar e pelo apoio e presença, nos bons e nos maus momentos.

Agradeço a todas as mães e a todos os pais que colaboraram no estudo, sem eles o estudo não seria possível, por isso, espero e desejo que se sintam coautores deste trabalho.

Agradeço à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em particular às enfermeiras dos centros de saúde – São Mamede, Leça da Palmeira e Senhora da Hora – que, direta ou indiretamente, ajudaram a tornar possível este estudo.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem do Porto, em particular aos colegas que, com o reforço da sua habitual dedicação ao trabalho, viabilizaram alguns períodos de dispensa para a realização do estudo, sem esquecer a atenção e o cuidado do Dr. Francisco Vieira.

A todos o meu mais profundo agradecimento.

Ao recordar as palavras de José Saramago: *“filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem”*... decidi dedicar este trabalho ao meu filho, João Luís, companhia de todas as horas, que, ao longo destes anos – na passagem de criança, a pré-adolescente – me cedeu parte do tempo que lhe costumava destinar, para que à *tese* me dedicasse.

Resumo

Introdução: *Tornar-se mãe e tornar-se pai* constituem processos de mudança que encerram em si transições. A partir da gravidez, e ao longo do tempo, tanto as mães como os pais necessitam de preparar-se para o exercício do papel. Neste contexto, a mestria nas competências parentais é relevante para a saúde da criança e para a satisfação e eficácia no exercício do papel de mãe e de pai. Para responder às necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, os enfermeiros são desafiados a procurar soluções inovadoras e efetivas, tanto no domínio do diagnóstico centrado nos processos de transição para a parentalidade, como no domínio da informoterapia com vista ao desenvolvimento das competências parentais. Assim, partiu-se para um estudo cuja finalidade foi contribuir para aperfeiçoar o processo diagnóstico através da construção de um instrumento que sistematize a avaliação das competências parentais para o exercício saudável do papel parental, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade da criança, ampliando, por essa via, o conhecimento sobre as competências parentais e, em consequência, a qualidade dos cuidados. Neste estudo, as competências parentais (CP) foram definidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que promovem o desempenho do papel parental com satisfação e mestria, contribuindo deste modo para o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.

Material e métodos: O desenho do estudo contemplou duas fases. A primeira fase, que englobou duas etapas, teve como propósito construir um instrumento de avaliação das CP (I_ACP). Na 1.ª etapa desta fase, procurou-se identificar as CP, através dos discursos das mães e dos pais, complementando o processo com base na revisão da literatura. Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a mães e a pais (51) e da revisão da literatura emergiram um conjunto de 17 CP e 193 indicadores, que serviram de base à construção do I_ACP. Na 2.ª etapa, o conteúdo e a lógica de aplicação do I_ACP foram analisados e validados por peritos na área. Da análise das condições de aplicação do I_ACP resultou a inclusão de uma escala de avaliação de autoeficácia nos cuidados ao filho (PAE_CF). O I_ACP e a escala PAE_CF revelaram propriedades psicométricas adequadas para efeitos de análise estatística. A segunda fase teve como propósito caracterizar as CP, no período que medeia entre a gravidez e o 6.º mês de idade do filho. Participaram no estudo 634 mães e 129 pais, num total de 1228 contactos com mães e 184 com pais distribuídos pelos cinco momentos previstos para a avaliação das CP. A média de idades das mães foi de 29,5 anos e a dos pais de 32,1 anos. A maioria das mães (42,0%) possuía formação de nível superior e a maioria dos pais (37,6%) possuía formação de nível básico. Para 71,8% das mães, a gravidez correspondia ao primeiro filho.

Resultados: As mães revelaram nível *fraco* (0,20-0,40) nos conhecimentos associados às CP: lidar com choro; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; tratar coto umbilical; amamentar; e, estimular o desenvolvimento; já na CP: colocar a eructar, as mães revelaram maior nível de conhecimentos, atingindo o nível de *bom* (0,60-0,80). No que concerne às habilidades das mães nas CP, constatou-se que, em todas, as mães revelaram nível superior a *razoável* (>0,40), sendo que nas habilidades nas CP: vestir/despír e colocar a eructar, as mães atingiram nível *muito bom* (>0,80). Nas diversas CP, os pais revelaram nível de conhecimentos entre *muito fraco* (<0,20) e *fraco*, revelando nível *muito fraco* nas CP: amamentar, criar hábitos para dormir, lidar com choro, tratar do coto umbilical, reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e integrar novo elemento na família; a exceção verificou-se ao nível dos conhecimentos na CP: colocar a eructar, na qual os pais evidenciaram nível *razoável*. No que se refere às habilidades dos pais nas CP, observou-se que os pais revelaram nível *muito fraco* nas habilidades relacionadas com a CP: promoção e vigilância da saúde e nível *fraco* nas CP: lidar com problemas comuns na criança e lidar com o choro; evidenciando, contudo, nível *muito bom* nas habilidades associadas à CP: colocar a eructar. As mães que revelaram maior nível nas CP foram as mais velhas, as que possuíam formação de nível superior, as que coabitavam com o pai do filho, as que já tinham outros filhos e experiência parental anterior, cuja gravidez foi planeada, as que optaram pelo serviço privado, as que não previam ter ajuda nos cuidados à criança após o nascimento e as que referiram o enfermeiro como fonte de informação. Os pais que revelaram maior nível nas CP foram os que coabitavam com a mãe do filho, os que já tinham outros filhos e experiência parental anterior, os que optaram pelo serviço privado, os que previam colaborar nos cuidados, os que colaboravam efetivamente após o nascimento da criança e os que referiram o enfermeiro, o médico e os livros como fonte de informação.

Conclusões: O I_ACP revelou ser um instrumento efetivo na avaliação das CP. Os filhos são “*mais filhos das mães do que dos pais*”. De facto, as mães revelaram médias superiores às dos pais tanto nos conhecimentos como nas habilidades. A integração das CP decorre de modo diverso nas mães e nos pais, constituindo o nascimento do filho um evento crítico para o envolvimento do pai nas tarefas parentais. Constatou-se a ausência de um “*plano de parentalidade*”, na medida em que o que as mães não sabiam, os pais também não sabiam. No âmbito da promoção das competências parentais, importa considerar como clientes prioritários dos cuidados, dado serem os que revelam menor nível de conhecimentos e de habilidades nas CP, as mães mais jovens, as solteiras com menor nível de escolaridade, as mães pela primeira vez, as mães cuja gravidez não foi planeada e as mães com níveis baixos de percepção de autoeficácia, bem como, os pais não envolvidos na preparação para a paternidade e os pais que o são pela primeira vez. Os resultados deste estudo contribuem, desde já, com o conteúdo relativo às competências parentais, e respetivos indicadores, e com um conjunto de propriedades orientadoras do algoritmo do processo diagnóstico. O desafio passa por construir ferramentas educacionais, nomeadamente com recurso às novas tecnologias, que incorporem os conceitos do processo de enfermagem e que otimizem o efeito terapêutico da informoterapia prescrita pelos enfermeiros.

Abstract

Introduction: Becoming mother and becoming father correspond to changing processes resulting from transitions. From pregnancy, and over time, both mothers and fathers need to prepare themselves to their parental role. In this context, mastering parental competencies is relevant to the child's health and to the satisfaction and efficiency in performing the role of mother and father. To meet the mothers and fathers' learning needs, nurses are challenged to seek innovative and effective solutions, both in the diagnosis of processes of transition to parenthood, and in the field of informotherapy for the development of mother and father's competencies. Therefore, the study purpose was to increase knowledge about parenting competencies and to help to improve the nursing diagnosis process by building a clinically useful instrument to systematize the assessment of parenting competencies from pregnancy to the six-month-old child. Parenting competencies (PC) were defined as the set of knowledge, skills and attitudes that promote the performance of the parental role with satisfaction and expertise, thereby contributing to the maximum potential of the child's growth and development.

Material and methods: The design of the study included two phases. The first phase, comprising two steps, aimed to build an instrument for parenting competencies assessment (I_PCA). In the 1st stage of this phase, we tried to identify the PC through the mothers and fathers' speeches, complementing the literature review. Based on the content analysis of the mothers and fathers' interviews (51) and the literature review emerged a set of 17 PC and 193 indicators, which supported the I_PCA construction. In the 2nd stage, the construction of I_PCA, its content and application logic were analyzed and validated through *focus group*. From analysis of the application model resulted the inclusion in I_PCA the perception of self-efficacy in child care scale (PSE_CC). The I_PCA and PSE_CC revealed adequate psychometric properties for statistical analysis. The second phase aimed to characterize the PC from pregnancy to the six-month-old child. This study included 634 mothers and 129 fathers, in a total of 1228 contacts with mothers and 184 with fathers distributed by five moments of assessment. The average age of mothers was 29.5 years and 32.1 years for fathers. Most mothers (42.0%) had university education, and the majority of fathers (37.6%) had primary education. For 71.8% of mothers, pregnancy corresponded to their first child.

Results: Mothers revealed *poor* level (0.20 to 0.40) in the knowledge associated with PC: dealing with crying, recognizing the pattern of normal growth and development, treating the umbilical stump, breastfeeding and development stimulation. But in relation to the PC: burping, mothers showed a greater level of knowledge, reaching the level of *good* (0.60 to 0.80). Regarding mothers' skills in the PC, it was found that in all PC, the mothers showed *medium* level (> 0.40), however in the skills of PC: dressing/undressing and burping they achieved *very good* level (> 0.80). Fathers revealed level of knowledge in several PC of *very poor* (<0.20) and *poor*, revealing *very poor* level in PC: breastfeeding, creating sleep habits, dealing with crying baby, treating the umbilical stump, recognizing the pattern of normal growth and development and integrating new element in the family; the exception occurred at the level of knowledge in PC: burping, in which parents showed *medium* level. Regarding fathers' skills in the PC, it was observed that fathers revealed *very poor* level in skills related to PC: health promotion and surveillance and level *poor* in PC: dealing with common problems and dealing with crying baby, showing *very good* level in the skills associated to PC: burping. Mothers who showed higher knowledge levels were: the oldest ones; those with university education; those who lived with the father of their child; those who had already another child and parental experience; those whose pregnancy was planned; those who opted for private health care, those who had help in child care after birth, and those who reported nurses as an information source. Fathers who showed higher knowledge levels were: those who lived with the mother of their child, those who had already another child and parental experience; those who opted for private health care; those who planned help in child care; those who collaborated effectively in child care after birth and those who reported nurses, physicians and books as information sources after the childbirth.

Conclusions: It is concluded that the I_PCA proved to be an effective tool in the evaluation of PC. In fact, children are 'more son/daughter' for mothers than for fathers, because mothers showed higher average levels of knowledge and skills than fathers. The parenting skills integration takes place differently in mothers and fathers and childbirth may be considered a critical event for the fathers' involvement in parenting tasks. It was noted the absence of a 'parenting plan' since if mothers did not know, fathers did not know as well. Regarding the promotion of parenting skills, the clients that should be considered as a priority are: the youngest mothers; single women with less level education; first-time mothers; mothers whose pregnancy was unplanned and mothers with low levels of perceived self-efficacy as well as fathers who are non-involved in the preparation for fatherhood and first-time fathers. The results of this study contribute, hence, with the content on parenting competencies and performance indicators and a set of guiding properties of the assessment algorithm. The challenge is to build educational tools, including new technologies that incorporate the concepts of the nursing process and optimize the therapeutic effect of informotherapy prescribed by nurses.

Índice de figuras

Figura 1. Teoria de médio alcance das transições (adaptado de Meleis <i>et al.</i> , 2000)	39
Figura 2. A relevância da avaliação das necessidades em cuidados para o processo de cuidados	55
Figura 3. Desenho do estudo: Fase I e Fase II	67
Figura 4. Características definidoras do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais	68
Figura 5. Categorias associadas às competências parentais	73
Figura 6. Distribuição dos momentos previstos no I_ACP para avaliar as competências parentais	76
Figura 7. Exemplo da integração dos itens da PAE_CF no I_ACP	95
Figura 8. Modelo de registo do juízo clínico da avaliação dos indicadores das competências parentais	103
Figura 9. Esquema representativo dos momentos e tipos de contactos da recolha de dados	104
Figura 10. Perfil das mães e dos pais em função das características relativas ao envolvimento	127
Figura 11. Perfil das mães em função das fontes de informação utilizadas durante a gravidez e/ou pós-parto	128
Figura 12. Perfil das mães em função da opção do tipo de assistência de saúde	129
Figura 13. Perfil das mães e dos pais em função da idade	132
Figura 14. Perfil das mães em função do grau de escolaridade	133
Figura 15. Perfil dos pais em função do grau de escolaridade	134
Figura 16. Características das mães que demonstram maior nível nos conhecimentos	182
Figura 17. Características dos pais que demonstram maior nível nos conhecimentos	183
Figura 18. Características das mães que demonstram maior nível no desempenho das habilidades	185
Figura 19. Características dos pais que demonstram maior nível no desempenho das habilidades	186
Figura 20. Características das mães com maior nível na perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho	187
Figura 21. Perfil das mães com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das características sociodemográficas	189
Figura 22. Perfil dos pais com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das características sociodemográficas	189
Figura 23. Perfil das mães com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das fontes de informação usadas	190
Figura 24. Perfil dos pais com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das fontes de informação usadas	191

Índice de quadros

Quadro 1. Competência parental: Preparar a casa para receber o recém-nascido e respetivos indicadores _____	77
Quadro 2. Competência parental: Preparar o enxoval e respetivos indicadores _____	77
Quadro 3. Competência parental: Preparar a integração do novo elemento na família e respetivos indicadores _____	78
Quadro 4. Competência parental: Amamentar e lidar com as complicações associadas e respetivos indicadores _____	79
Quadro 5. Competência parental: Alimentar a criança com biberão e respetivos indicadores _____	80
Quadro 6. Competência parental: Alimentar a criança e respetivos indicadores _____	80
Quadro 7. Competência parental: Colocar a eructar e respetivos indicadores _____	81
Quadro 8. Competência parental: Assegurar a higiene e manter pele saudável e respetivos indicadores _____	81
Quadro 9. Competência parental: Tratar do coto umbilical e respetivos indicadores _____	82
Quadro 10. Competência parental: Lidar com o choro e respetivos indicadores _____	82
Quadro 11. Competência parental: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e respetivos indicadores _____	83
Quadro 12. Competência parental: Promoção e vigilância da saúde e respetivos indicadores _____	84
Quadro 13. Competência parental: Garantir segurança e prevenir acidentes e respetivos indicadores _____	85
Quadro 14. Competência parental: Lidar com problemas comuns na criança e respetivos indicadores _____	86
Quadro 15. Competência parental: Estimular o desenvolvimento e respetivos indicadores _____	86
Quadro 16. Estrutura teórica da associação dos itens da PAE_CF em função das competências parentais _____	95
Quadro 17. Esquema síntese da metodologia do estudo _____	111

Índice de tabelas

Tabela 1. Pesos fatoriais dos itens da PAE_CF nos seis fatores retidos, <i>eigenvalues</i> e % de variância explicada, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação <i>Varimax</i> _____	98
Tabela 2. Distribuição dos contactos realizados em função dos momentos determinados para a avaliação das competências parentais _	102
Tabela 3. Valor do <i>Alpha de Cronbach</i> das subescalas do I_ACP _____	108
Tabela 4. Distribuição das mães e dos pais quanto às características sociodemográficas _____	118
Tabela 5. Distribuição das mães quanto ao índice obstétrico _____	119
Tabela 6. Distribuição das mães e dos pais em função da experiência anterior em cuidados a crianças _____	120
Tabela 7. Distribuição das mães pelos motivos referidos para abandonar a amamentação no filho anterior _____	120
Tabela 8. Distribuição dos casos em função do apoio previsto e suporte recebido nos cuidados à criança _____	121
Tabela 9. Distribuição dos casos em função das fontes de informação usadas pela mãe e pelo pai _____	122
Tabela 10. Distribuição dos casos em função da atitude face à necessidade e procura de informação _____	123
Tabela 11. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que maior percentagem de mães não demonstra conhecimento/habilidade	135
Tabela 12. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que maior percentagem de pais não demonstra conhecimento/habilidade _	136
Tabela 13. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que menor percentagem de mães não demonstra conhecimento/habilidade	137
Tabela 14. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que menor percentagem de pais não demonstra conhecimento/habilidade _	138
Tabela 15. Frequência relativa (%) dos indicadores, organizados por momento de avaliação, em que maior e menor percentagem de mães e de pais não demonstrou conhecimento/habilidade _____	139
Tabela 16. Competências das mães e dos pais em função do nível das médias nos conhecimentos e no desempenho das habilidades __	175
Tabela 17. Diferenças ao nível dos conhecimentos das mães e dos pais, habilidades dos pais, da PAE_CF das mães e as habilidades – alimentar, lidar com o choro, higiene e coto, saúde e segurança das mães em função das variáveis atributo _____	179
Tabela 18. Matriz de correlações entre a PAE_CF e os conhecimentos, as habilidades e as competências das mães _____	187

Índice de gráficos

Gráfico 1. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: <i>preparar casa</i>	141
Gráfico 2. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>preparar casa</i>	142
Gráfico 3. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: <i>preparar o enxoval</i>	143
Gráfico 4. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>preparar o enxoval</i>	143
Gráfico 5. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: <i>preparar a integração do novo elemento</i>	144
Gráfico 6. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>preparar a integração do novo elemento</i>	144
Gráfico 7. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>alimentar a criança</i>	145
Gráfico 8. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>alimentar a criança</i>	146
Gráfico 9. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>amamentar</i>	148
Gráfico 10. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>amamentar</i>	149
Gráfico 11. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>lidar com as complicações associadas ao amamentar</i>	150
Gráfico 12. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>alimentar com biberão</i>	152
Gráfico 13. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>alimentar com biberão</i>	153
Gráfico 14. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>assegurar a higiene e manter a pele saudável</i>	155
Gráfico 15. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>assegurar a higiene e manter a pele saudável</i>	156
Gráfico 16. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>tratar coto umbilical</i>	158
Gráfico 17. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>tratar coto umbilical</i>	159
Gráfico 18. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>lidar com o choro</i>	160
Gráfico 19. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>lidar com o choro</i>	161
Gráfico 20. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>garantir segurança e prevenir acidentes</i>	162
Gráfico 21. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>garantir segurança e prevenir acidentes</i>	163
Gráfico 22. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>promoção e vigilância da saúde</i>	165
Gráfico 23. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>promoção e vigilância da saúde</i>	167
Gráfico 24. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: <i>lidar com os problemas comuns na criança</i>	168
Gráfico 25. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: <i>lidar com os problemas comuns na criança</i>	169
Gráfico 26. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: <i>reconhecer padrão C&D normal</i>	171
Gráfico 27. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>reconhecer padrão C&D normal</i>	172
Gráfico 28. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: <i>estimular o desenvolvimento</i>	173
Gráfico 29. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: <i>estimular o desenvolvimento</i>	173

Índice geral

CAPÍTULO I	19
1. Introdução	21
1.1 Tornar-se mãe, tornar-se pai: os desafios contemporâneos	21
1.2 Transição para a parentalidade	34
1.2.1 Propriedades da transição para a parentalidade	38
1.2.2 Desenvolvimento das competências parentais	46
1.2.3 Avaliação das competências parentais	53
1.3 Justificação do estudo	58
1.4 Finalidade	59
1.4.1 Questões de investigação	60
1.5 Visão geral da tese	61
CAPÍTULO II	63
2. Metodologia	65
2.1 Desenho do estudo	65
2.2 FASE I: Construção do instrumento de avaliação das competências parentais	67
2.2.1 ETAPA I: Identificação das competências parentais e respetivos indicadores	68
2.2.1.1 Contributos das mães e dos pais: estudo empírico	69
2.2.1.2 Contributos da revisão da literatura	74
2.2.2 ETAPA II: Definição do modelo do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais	75
2.2.2.1 O que avaliar e quando avaliar: definição do conteúdo e dos momentos de avaliação	76
2.2.2.2 Como avaliar: definição dos critérios de avaliação das competências parentais	87
2.2.2.3 Formato do instrumento de avaliação das competências parentais	88
2.2.2.4 Análise da primeira versão do I_ACP	90
2.2.2.5 Escala de perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho	93
2.3 FASE II: Avaliação das Competências Parentais	101
2.3.1 População e amostra	101
2.3.2 Procedimento de recolha de dados	103
2.3.3 Definição das variáveis e dos critérios de medida	105
2.3.4 Análise e tratamento dos dados	110
2.3.5 Esquema síntese da metodologia do estudo	111
2.4 Considerações éticas	112

CAPÍTULO III _____ 115

3. Apresentação dos resultados _____ 117

3.1	Caracterização das mães e dos pais _____	117
3.2	Perfil das mães e dos pais em função das variáveis atributo _____	126
3.2.1	<i>Das escolhas: o envolvimento, as fontes de informação e a assistência de saúde</i> _____	126
3.2.2	<i>Dos contextos: apoio familiar e suporte social</i> _____	130
3.2.3	<i>Das características intrínsecas: a idade, a escolaridade e a experiência parental anterior</i> _____	131
3.3	Indicadores das competências no exercício do papel parental _____	135
3.3.1	<i>O que as mães e os pais “menos sabem”</i> _____	135
3.3.2	<i>O que as mães e os pais “mais sabem”</i> _____	136
3.3.3	<i>O que as mães e os pais “menos sabem” e “mais sabem”, por momento de avaliação</i> _____	138
3.4	Os indicadores associados ao exercício do papel parental, por domínio de competência parental _____	141
3.4.1	<i>Preparar a casa para receber o recém-nascido</i> _____	141
3.4.2	<i>Preparar o enxoval</i> _____	142
3.4.3	<i>Preparar a integração do novo elemento na família</i> _____	143
3.4.4	<i>Alimentar a criança</i> _____	144
3.4.4.1	Amamentar e lidar com as complicações associadas _____	146
3.4.4.2	Alimentar a criança com biberão _____	151
3.4.5	<i>Colocar a eructar</i> _____	153
3.4.6	<i>Assegurar higiene e manter a pele saudável</i> _____	154
3.4.7	<i>Vestir e despir/vestuário</i> _____	157
3.4.8	<i>Tratar do coto umbilical</i> _____	158
3.4.9	<i>Lidar com o choro</i> _____	160
3.4.10	<i>Garantir a segurança e prevenir acidentes</i> _____	161
3.4.11	<i>Promoção e vigilância da saúde do filho</i> _____	164
3.4.12	<i>Lidar com problemas comuns na criança</i> _____	167
3.4.13	<i>Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal</i> _____	170
3.4.14	<i>Estimular o desenvolvimento</i> _____	173
3.4.15	<i>Criar hábitos para dormir</i> _____	174
3.5	Nível de preparação para o exercício do papel parental _____	174
3.5.1	<i>Preparação para o exercício do papel parental: nível dos conhecimentos</i> _____	176
3.5.2	<i>Preparação para o exercício do papel parental: nível no desempenho das habilidades</i> _____	176
3.6	Perfil das mães e dos pais em função do nível de preparação para o exercício do papel parental _____	178
3.6.1	<i>O nível de conhecimentos e as características das mães e dos pais</i> _____	180
3.6.2	<i>O nível de habilidades e as características das mães e dos pais</i> _____	184
3.6.3	<i>A percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho e as características das mães</i> _____	186
3.7	Correlação entre a PAE_CF e os conhecimentos e as habilidades das mães _____	187
3.8	Síntese dos principais resultados _____	188

CAPÍTULO IV _____ 193

4. Discussão dos resultados _____ 195

4.1	Do perfil das mães e dos pais _____	195
4.1.1	<i>As mães mais bem preparadas para o exercício do papel maternal</i> _____	195
4.1.2	<i>Os pais mais bem preparados para o exercício do papel paternal</i> _____	202
4.2	As competências parentais em que as mães e os pais estão mais bem preparados _____	205
4.3	Informoterapia: das necessidades de aprendizagem às estratégias para ensinar _____	226

CAPÍTULO V	233
5. Conclusões	235
BIBLIOGRAFIA	247
ANEXOS	265
Anexo 1. Necessidades de aprendizagem identificadas na revisão da literatura e estudos relacionados com a avaliação de conhecimentos parentais	266
Anexo 2. Instrumentos de recolha de dados utilizado para avaliar os conhecimentos parentais	268
Anexo 3. Formulário de recolha de dados para caracterização da amostra (entrevistas)	269
Anexo 4. Convite para participar no estudo e consentimento informado	270
Anexo 5. Categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo	271
Anexo 6. Resultados (<i>outcomes</i>) e indicadores da NOC relacionados com a parentalidade	272
Anexo 7. Especificações do conteúdo e critérios de diagnóstico	274
Anexo 8. Definição dos itens da PAE_CF em função dos indicadores do I_ACP do domínio de habilidade	293
Anexo 9. Escala de Perceção de Autoeficácia Parental nos Cuidados ao Filho (PAE_CF) – versão final	294
Anexo 10. Análise da consistência interna dos itens da PAE_CF	295
Anexo 11. Matriz de correlações interitens da PAE_CF	296
Anexo 12. Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)	297
Anexo 13. Esquema representativo dos dois níveis de agregação das competências parentais	307
Anexo 14. Autorização da instituição para realizar o estudo	308
Anexo 15. Perfil das mães e dos pais: relações e diferenças nas características individuais	309
Anexo 16. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - mães	321
Anexo 17. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - pais	324
Anexo 18. Médias nos conhecimentos e nas habilidades das competências parentais das mães e dos pais	327
Anexo 19. Análise das diferenças entre os conhecimentos e as habilidades associados a cada competência parental e variáveis atributo	328
Anexo 20. Sequência da avaliação das competências e respetivos indicadores relativa às mães, em função da % de mães que não demonstraram conhecimento	331
Anexo 21. Sequência da avaliação das competências e dos respetivos indicadores relativa aos pais, em função da % de pais que não demonstraram conhecimento	333
Anexo 22. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: mães	335
Anexo 23. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: pais	337

If I have the belief that I can do it, I shall surely acquire the capacity to do it, even if I may not have it at the beginning
Mahatma Gandhi

CAPÍTULO I	19
1. Introdução	21
1.1 Tornar-se mãe, tornar-se pai: os desafios contemporâneos	21
1.2 Transição para a parentalidade	34
1.2.1 Propriedades da transição para a parentalidade	38
1.2.2 Desenvolvimento das competências parentais	46
1.2.3 Avaliação das competências parentais	53
1.3 Justificação do estudo	58
1.4 Finalidade	59
1.4.1 Questões de investigação	60
1.5 Visão geral da tese	61

1. Introdução

Neste capítulo introdutório procura-se problematizar as questões do tornar-se mãe e do tornar-se pai dos tempos contemporâneos, procurando caracterizar este processo enquanto transição. Do processo de transição, e assumindo esta realidade como objeto de estudo, destaca-se a questão do desenvolvimento das competências parentais para o exercício com mestria do papel parental e em que medida os enfermeiros podem constituir um recurso para a promoção da transição saudável. Assim, em função da problemática descrita, apresenta-se a justificação do estudo e da finalidade e questões de investigação que orientam o dispositivo de investigação. Por último, para orientar o leitor para o conteúdo deste relatório, apresenta-se uma visão geral da tese.

1.1 Tornar-se mãe, tornar-se pai: os desafios contemporâneos

Ter um filho muda tudo: um dia, na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho, e nada mais será como antes. A gravidez e os todos os processos inerentes à chegada de um filho desencadeiam um conjunto de transformações próprias, em particular na mãe e no pai. As transformações biológicas e corporais que ocorrem no corpo da mulher são exclusivas dos processos perinatais e as transformações sociais, psicológicas, afetivas e legais com que a mulher e o homem se confrontam são únicas e irreversíveis.

Depois do nascimento de um filho, a vida da mãe e do pai nunca mais é a mesma. A chegada de um recém-nascido à família acarreta mais mudanças no ciclo de vida da família do que qualquer outra etapa desenvolvimental (Nyström & Öhrling, 2004; Canavarro, 2001; Lowdermilk & Perry, 2008). Talvez por isso, se defenda que as mães e os pais possuem um papel, dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o bem-estar da criança (Bar-yam, 1996; Beger & Cook, 1996; Canavarro, 2001; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006).

Antes como agora, as mães e os pais *são filhos do seu tempo*, ou seja, sofrem uma marcada influência dos contextos socioculturais e pessoais na experiência da parentalidade (Rosa &

Chitas, 2010). Os conceitos de *filho* e de *responsabilidade de cuidar, criar e educar os filhos* têm mudado ao longo dos tempos. Contemporaneamente, e em resultado de muitas daquelas mudanças, verificam-se variadas e relevantes transformações no domínio da parentalidade; senão, vejamos:

Hoje, tanto as mães como os pais privilegiam a realização profissional. O investimento numa carreira profissional trouxe algumas modificações no modo como as mães e os pais integram a parentalidade nas suas vidas. Perante percursos profissionais cada vez mais absorventes, mais exigentes e mais incertos, uma parte muito significativa das mulheres não tem, nem disposição, nem condição, para se dedicar em exclusivo à maternidade. De facto, se tradicionalmente, os homens já se dedicavam à profissão e à carreira, assumindo o suporte financeiro da família, contemporaneamente, muitas mulheres consideram o projeto da maternidade como mais um projeto das suas vidas e não apenas “o” projeto de vida. A decisão de ter filhos tem agora por base, critérios bem pensados e é planeada ao pormenor; o que leva a que muitas mulheres experimentam a exigência de conciliar múltiplos papéis sociais: esposa, mãe e trabalhadora (Koehn, 2003; Rosa & Chitas, 2010).

Intimamente associado ao projeto de carreira e de diferenciação profissional destaca-se, pelo seu impacto na interação com a realidade envolvente, o nível cada vez mais elevado de escolaridade das mães e dos pais. Assim, não se estranha que os estudos evidenciem que quanto maior o nível educacional da mãe, maior a probabilidade da adoção de comportamentos de procura de saúde e da obtenção de informações sobre desenvolvimento infantil e as práticas parentais, as orientações sobre a saúde e a segurança da criança. Todavia, também são as mães e os pais com maior nível de escolaridade, aqueles que experienciam com mais intensidade a crise relacionada com a transição para a maternidade e aqueles que referem menor satisfação no exercício do papel (Brouse, 1988; Mercer, 1981).

Neste contexto, não será de estranhar que a experiência da maternidade tenda a ser tardia e o número de nascimentos diminua. Esta ideia é confirmada pela taxa de fertilidade (número médio de nascimentos por mulher em idade fértil) em Portugal que, de acordo o *CIA World Factbook*, rondava em 2008, os 1,49. Rosa & Chitas (2010), com base na Pordata¹, referem que as mulheres, em 1960, tinham, em média, 3,2 filhos, enquanto em 2008 a média decresceu para 1,4. Também no relatório “*Evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010*”, publicado em dezembro de 2010 pelo Alto Comissariado da Saú-

¹ A Pordata é uma base de dados de Portugal Contemporâneo, acessível a todos através da internet e em permanente atualização; permite caracterizar diversos temas da sociedade portuguesa a partir de 1960 até à atualidade (Rosa & Chitas, 2010).

de e Ministério da Saúde, foi divulgado que a taxa de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos era, em 2009, de 20,6 em mulheres com 35 e mais anos por 100 nados vivos, acrescentando-se ainda que esta taxa tem vindo a aumentar. De igual modo, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2004 e 2008, confirmam que a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho aumentou quase um ano: 27,5 para 28,4, sendo que, em 1975, a idade média ao nascimento do primeiro filho era de 24 anos. Estes dados são cossustanciados por Rosa & Chitas (2010).

Para além dos fatores já antes referidos outros contribuem para esta realidade: o crescente acesso por parte dos jovens ao ensino superior, com o conseqüente prolongamento do percurso académico; o desejo de diferenciação e de realização profissional; uma vida social mais ativa; e, o modo de entender a educação e o futuro dos filhos. Nesta discussão, interessa também compreender que a decisão de adiar o nascimento dos filhos para idades mais avançadas é, frequentemente, baseada na confiança que advém de uma perceção de segurança no sistema de saúde e na forte probabilidade de sobrevivência do filho, já que a taxa de mortalidade em Portugal é uma das mais baixas da Europa (em 2009, a taxa de mortalidade foi de 10,68).

Não admira, assim, que, para muitos casais, cada filho corresponda a um projeto planeado ao pormenor – quando vai nascer, quanto vai custar e quais as implicações (Rosa & Chitas, 2010). A mulher pode decidir ter os filhos quando quiser, adiando a decisão da maternidade até ao momento que considere mais propício face às circunstâncias da sua vida. Assim, porque os filhos são, em muitos casos, únicos, compreende-se que muitas mães e muitos pais organizem a vida e se preparem para receber a criança, procurando proporcionar-lhe as melhores condições de vida possíveis.

O facto de as mães terem os filhos cada vez mais tarde (mais do que 35 anos) está associado uma maior probabilidade de os filhos terem algum tipo de problema genético, com conseqüentes implicações face à parentalidade dita *normal*. O risco, por exemplo, de ter um bebé com trissomia 21 é de uma em cada 250 gravidezes aos 30 anos e de uma em cada 100 gravidezes aos 40 anos (Lowdermilk & Perry, 2008).

A decisão de ter os filhos mais tarde pode ainda ter outras conseqüências na vida e no modo de viver. Atualmente, apesar de a maternidade ser considerada um fator de stress em qualquer idade, muitos autores consideram os “*vintes*” como a idade fisiológica ideal. Todavia, os estudos que comparam as mulheres nos “*trintas*” com mães mais novas sugerem que as primeiras têm maior disponibilidade psicossocial para a maternidade (Hunt, Joe-Laidler &

MacKenzie, 2005; Ferketich & Mercer, 1994; Mercer, 1981; Brouse, 1988). Há mulheres que referem sentirem-se mais maduras e disponíveis e com maior estabilidade financeira e profissional para responder às necessidades da criança; outras há que, sendo bem sucedidas na vida profissional, quando se confrontam com a realidade de lidar com as suas próprias necessidades e as do filho, sentem-se inseguras, experienciando um elevado nível de stress associado à rutura com as rotinas, dando mostras de uma autoestima diminuída, de falta de confiança na sua capacidade para desempenhar o papel maternal com sucesso e insatisfeitas com os cuidados que prestam à criança (Koniak-Griffin *et al.*, 2006; Nelson, 2004; Wilkins, 2006). Há, ainda, mulheres que referem perda de controlo sobre a sua vida e as rotinas habituais, descrevendo a mudança do foco de atenção de si para a criança como uma passagem para um território desconhecido e perturbador (Darvill, Skirton & Farrand, 2010).

Contemporaneamente, as famílias tendem a ser nucleares. Os casais vivem sozinhos e, frequentemente, residem afastados das suas famílias. Estas circunstâncias podem determinar alguma fragilidade nos sistemas de suporte (Garzon, 1991). A chegada de um filho e a reorganização das rotinas familiares podem tornar-se tarefas ainda mais difíceis para a mãe e o pai que não possuem uma rede de suporte familiar efetiva. O suporte familiar e social é considerado um fator influenciador, sendo que a perceção positiva relativa à quantidade de suporte recebido influencia favoravelmente os comportamentos adaptativos da mãe e do pai (Mercer, 1981; Brouse, 1988; Tarkka, 2003).

A família e os amigos constituem importantes fontes de suporte para providenciar apoio e orientação nos cuidados à criança e ajuda nas atividades do dia a dia (Mercer & Walker, 2006; Pridham & Chang, 1992). Pelo contrário, a ausência ou a precariedade da rede de suporte pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de quadros de *blues* puerperal mais exacerbados, depressão pós-parto e perceção de maior dificuldade nas decisões sobre os cuidados ao filho (Emmanuel *et al.*, 2008; Montigny, Lacharite, & Amyot, 2006).

Noutros casos, mesmo habitando próximo dos familiares, em particular as mães e/ou as sogras, estes têm, muitas vezes, compromissos laborais e horários a cumprir, comprometendo a organização de um sistema de suporte. Importa, também, considerar o facto de que, muitas vezes, durante a gravidez ainda não existe a sensibilidade para a necessidade de estabelecer um plano de ação para garantir o suporte social para o período após o nascimento da criança. Esta ideia é cossustanciada pelos resultados do estudo de Sink (2009), que constatou que as questões apresentadas pelas mães durante o período pré-natal centram-se mais no processo de nascimento e na respetiva preparação para os cuidados ao filho, enquanto após o

nascimento, as questões evidenciam a importância que estas atribuem ao suporte social, nomeadamente à ajuda disponível para colaborar nos cuidados à criança e na gestão de tarefas domésticas.

Pese embora o que atrás foi referido, continuam a existir mães e pais que o são sem o terem planeado. De facto, atualmente, talvez tanto como noutros tempos, existem mães e pais, nomeadamente adolescentes, que não planearam o nascimento dos respetivos filhos. De acordo com os dados apresentados em 2002, no Relatório do Centro de Investigação *Innocenti* do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Portugal é um dos países com mais alta taxa de gravidez na adolescência, com 23:1000. Na Europa, apenas a Inglaterra e a Hungria apresentam resultados mais elevados do que Portugal, com 28:1000 e 27:1000, respetivamente. Nos casos de mães e/ou pais adolescentes – dado que a maternidade e paternidade ganharam novos contornos sociais e legais – o desafio ainda é maior. Já no relatório “Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010”, constata-se que a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes apresenta uma tendência decrescente em Portugal, correspondendo a menos de cinco nascimentos em mulheres adolescentes por 100 nados vivos (4,2%).

Assumir a responsabilidade de prestar os cuidados ao filho pode constituir uma tarefa difícil, principalmente para as mães adolescentes, quando existe: (1) compromisso nos comportamentos de procura de saúde (maus hábitos alimentares, fumar, ingestão excessiva de álcool, consumo de drogas, práticas sexuais desprotegidas e infeções sexualmente transmitidas (IST); (2) maior dificuldade em assegurar um sistema de suporte efetivo; (3) menor probabilidade de procurar assistência pré-natal no início da gestação e de lhe dar continuidade; e, (4) maior probabilidade de parto pré-termo, com conseqüente filho prematuro, com baixo peso e maior risco de morbilidade.

Da análise da literatura pode inferir-se que as mães adolescentes, para além da necessidade de responderem simultaneamente às exigências da adolescência e da maternidade, têm tendência a demonstrar falta de disponibilidade para aprender o papel maternal, são menos responsivas às necessidades da criança; são mais inseguras no exercício do papel e tendem a confiar mais nos conselhos da própria mãe do que nas recomendações dos profissionais; e, quando comparadas com mães mais velhas, possuem expectativas irreais em relação à criança e um autoconceito menos positivo. Para além disso, em muitos casos, as mães adolescentes apresentam défice de recursos socioeconómicos e de suporte familiar e social. Os filhos de adolescentes são considerados crianças em risco, dado que as mães e os pais adolescentes

sendo mais intolerantes têm tendência para usar castigos físicos (Mercer, 1981; Brouse, 1988).

Em qualquer caso, na atualidade, e apesar do estigma social em relação às mães adolescentes, estudos mais recentes têm vindo a demonstrar que estas revelam força e resiliência ao longo da transição (Lesser, Koniak-Griffin & Anderson, 1999). Como referem Hunt, Joe-Laidler & MacKenzie (2005), ao longo deste processo de desenvolvimento, as adolescentes começam, conscientemente, a controlar e a regular os seus comportamentos de risco (beber, sair com os amigos, entre outros) para proteger o bem-estar da criança e, simultaneamente, fazem planos para melhorar a qualidade de vida.

Mais do que outrora, nos dias de hoje, há mães e pais que assumem sozinhos a responsabilidade parental. Ao longo dos tempos, as mães e os pais, em particular as mães, com exercício monoparental foram deixando de ser discriminados e progressivamente considerados como famílias vulneráveis, logo, passando a constituir um público-alvo de políticas específicas de saúde e de iniciativas de discriminação positiva por parte da comunidade. De acordo com os Censos do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2001, as famílias monoparentais no sentido mais lato representam 11,5% do total dos núcleos familiares, sendo que, com filhos de todas as idades, 13,6% era de pai “só” e 86,4% de mãe “só”. As principais razões apontadas para esta realidade prendem-se com o aumento do número de mães adolescentes e de divórcios, bem como, com a opção de algumas mulheres que decidem assumir sozinhas a responsabilidade de cuidar do filho (Rosa & Chitas, 2010). Contudo, para outras mães sem parceiro e sem família, o nascimento de uma criança pode ser encarado como um pesadelo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Numa outra dimensão, poderá ainda dizer-se que há, hoje, muitas mães e pais que, noutros tempos, não o teriam sido. Com a evolução das técnicas de reprodução medicamente assistidas (RMA), é crescente o número de casais que consegue ter o filho “tesouro”. De facto, os filhos conseguidos por RMA representam custos elevados pois, se, conforme o estudo desenvolvido por Barbosa de Melo, investigador da Universidade de Coimbra, um filho custa 230 mil euros, desde o nascimento até aos 25 anos de idade, nestes casais a conta começa a crescer ainda antes da própria conceção. Apesar de não serem conhecidas estatísticas específicas para Portugal, vários estudos referem que nos países ocidentais, a infertilidade afeta um em cada sete casais em idade reprodutiva, o que corresponde a cerca de 14% da população (Silva, Silva Carvalho & Cardoso, 2006). Acresce ainda que em parte significativa dos casos, se trata de uma gravidez de risco com aumento da probabilidade de ser gravidez

gemelar e de ocorrer um parto pré-termo, o que, necessariamente, determinará um aumento das necessidades em cuidados, especificamente em relação aos recém-nascidos com baixo peso ao nascer. A taxa de nascimentos pré-termo em Portugal, de acordo com o relatório “Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010”, tem vindo a aumentar, situando-se em 5,7 em 2001 e aumentando para 8,8 em 2009. Também a taxa de crianças com baixo peso à nascença também tem vindo a aumentar, sendo, de acordo com os dados divulgados naquele relatório, de 8,2, em 2009.

No que concerne à intervenção do pai, nos tempos atuais, este tende a assumir crescente protagonismo. Por vontade própria ou por pressão da sociedade, o pai tem vindo a envolver-se ativamente nos processos de gravidez e de parto e nos cuidados diretos ao filho. De facto, apesar de, tradicionalmente, se associar à mulher a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos e ao homem o papel de provedor de sustento da família, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e na esfera pública, associada à crescente importância dada à infância, os pais têm vindo a ser cada vez mais implicados nos cuidados aos filhos, com repercussões políticas e com crescente reconhecimento social (Canavarro *et al.*, 2001; Branco *et al.*, 2009; Silva, 2006; Oliveira, 2005). Estas mudanças consolidaram-se no direito interno, nomeadamente ao nível da produção de leis da maternidade/paternidade que permitem o acompanhamento do filho, nos primeiros tempos de vida. Simultaneamente os serviços de saúde têm revelado uma crescente sensibilidade para considerar o pai como um elemento dos cuidados, quer criando condições que lhe permitem acompanhar a mãe, por exemplo durante o trabalho de parto, durante o internamento e durante as consultas.

A participação do pai nos cuidados ao filho, nos primeiros tempos de vida, tem sido associada a vários fatores: (1) a perceção positiva da participação durante o trabalho de parto e nascimento; (2) a atitude positiva face ao exercício do papel; (3) a maior sensibilidade face aos comportamentos da criança; e, (4) efeito positivo no desenvolvimento cognitivo da criança (Ferketich & Mercer, 1995; Huang *et al.*, 2005; Falceto *et al.*, 2008). De facto, são vários os estudos que têm vindo a evidenciar que o envolvimento do pai nos cuidados é um dos recursos importantes para a promoção da sua saúde, assim como a da mãe e a da criança e, conseqüentemente, da interação familiar (Ferketich & Mercer, 1995; Lowdermilk & Perry, 2008; Branco *et al.*, 2009; Page, 2002; Scott *et al.*, 2001).

A noção de que os pais desejam participar no processo de nascimento e de prestação de cuidados à criança é corroborada pelo estudo realizado por McCarthy (2002). Neste estudo, procurou-se perceber as razões evocadas pelos pais para assistirem às sessões de educação

antenatal preparadas pelos enfermeiros. A autora verificou que o desejo de envolvimento e de participação ativa por parte do pai eram justificados por diversas razões, tais como: sentir que é importante aprender sobre o parto e nascimento (82% dos pais); sentir que é importante aprender sobre os cuidados ao bebê (70% dos pais); sentir que é importante para a saúde do bebê (65% dos pais); e, sentir que é importante para a saúde da mãe (63% dos pais).

Para além de a interação com o pai ser primordial para o desenvolvimento do filho, importa também realçar a importância de, principalmente quando a família é formada apenas pelo casal, o pai constituir a principal fonte de suporte para a mãe (Branco *et al.*, 2009). De facto, quando bem informado e preparado, o pai constitui um suporte efetivo para a mãe. Tomando por exemplo a influência do pai na amamentação, os estudos têm revelado que as atitudes e os comportamentos do pai influenciam positivamente a decisão da mãe para dar início e de manter a amamentação (Scott *et al.*, 2001; Wolfberg *et al.*, 2004).

O modo de viver a gravidez é, para alguns pais, muito intensa, correspondendo a um período crítico com elevado stress. De facto, para alguns, a gravidez, mais do que o período pós-natal, parece ser o período mais stressante (Condon, Boyce & Corkindale, 2004). Há pais que apresentam sintomatologia característica da gravidez, como náuseas, vômitos e distúrbios gastrointestinais; outros, podem desenvolver um conjunto de sintomas físicos e emocionais, designado por *Síndrome de Couvade* (Campos, 2006; Lowdermilk *et al.*, 2008).

Diversos autores referem que os pais, ao contrário das mães, têm menor número de oportunidades de receber informações, de trocar experiências ou de desenvolver competências para cuidar do filho (Ferketich & Mercer, 1995; Branco *et al.*, 2009; Friedewald, Fletcher, & Fairbairn, 2005; Friedewald & Newing, 2006; Premberg & Lundgren, 2006; Svensson, Barclay & Cooke, 2006). Num estudo que visava identificar os focos de atenção dos enfermeiros em contexto de serviço de obstetrícia (bloco de partos, puerpério e grávidas de risco), desenvolvido por Cardoso & Paiva e Silva (2003, 2010), os autores confirmaram a mesma ideia, tendo, porém, verificado que, apesar dos discursos dos enfermeiros serem favoráveis à inclusão do pai nos cuidados, somente foi identificado um foco de atenção relacionado com o pai – *papel paternal*, sendo que todos os restantes focos identificados reafirmam a centralidade que a mãe e a criança assumem, durante o internamento, como clientes dos cuidados de enfermagem.

Atualmente, as mães e os pais têm acesso facilitado a variadas fontes de informação. A informação disponibilizada às mães e aos pais tem potencial para reduzir o respetivo nível de ansiedade na medida em que diminui a incerteza sobre os procedimentos e orienta para

expectativas mais realistas (Sink, 2009; Beger & Cook, 1996; Baker *et al.*, 2007; Senarath *et al.*, 2007).

Os processos tradicionais de transferir conhecimentos e habilidades de geração em geração parecem fazer, cada vez mais, parte de um passado longínquo. Para além disso, os objetivos e os interesses das mães e dos pais atuais podem não ser sobreponíveis às necessidades dos de outrora (Leal *et al.*, 2005; Russell, 2003; Canavarro, 2001). Talvez pela consciência de que as mães e os pais precisam de ter conhecimentos para conseguirem assegurar os cuidados ao filho, nos finais dos anos 40 do século passado, um médico pediatra chamado Benjamin Spock publicou o livro *Meu Filho, Meu Tesouro*. Este livro, que constituiu um marco importante na divulgação de noções de puericultura, numa época em que esses tipos de conhecimentos eram praticamente exclusivos da comunidade médica, funcionando como um manual de conselhos direcionados especialmente às mães, orientando-as sobre os cuidados básicos ao filho.

Contemporaneamente, a informação proliferou e massificou-se, passando a estar disponível em diversos repositórios, seja em suporte em papel, seja em suporte eletrónico, ou mesmo nos profissionais da saúde e acessível a públicos cada vez mais alargados e diversos. Sink (2009), no estudo que desenvolveu, procurou identificar as fontes de informação mais utilizadas e os conteúdos mais procurados pelas mães e pelos pais.

Em consonância com o que seria expectável, os participantes referiram fontes de informação profissionais e não profissionais, identificando os profissionais da saúde, os familiares, os amigos e colegas de trabalho e os livros como fontes principais. Sink (2009) verificou também que a amamentação constitui o tópico de informação em que os profissionais da saúde mais vezes se apresentam como fonte de informação. Em relação aos cuidados à criança, as fontes de informação consideradas úteis, tanto antes como após o nascimento, eram: as sessões de educação pré-natal e os documentos escritos fornecidos pelos profissionais da saúde (Sink, 2009). Já no estudo desenvolvido por Baker *et al.* (2007), questionadas as mães sobre as fontes usadas para a obtenção de informações sobre a vacinação, verificou-se que o médico foi a fonte de informação mais frequentemente referida pelas mães (76,6%); os enfermeiros foram referidos por 66,6%; a internet por 30,0%; e, os livros por 26,7%. Por seu turno, Senarath *et al.* (2007) procuraram estudar as fontes de informação usadas pelas mães (n=335) durante o período antenatal, verificaram que 95,8% das mães referiram os profissionais dos locais de assistência durante a gravidez como fonte de informação; 38,8% das mães referiu a enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia aquando das visitas

domiciliárias; 29,0% das mães referiu os *media*; e, 21,5% das mães referiu como fonte de informação os familiares e amigos.

Relativamente ao tipo de informação veiculada, 89,9% das mães referiu ter recebido informação sobre a amamentação e a alimentação da criança; 74,3% sobre a vacinação; 66% sobre a monitorização do peso da criança; 17,3% sobre os marcos de desenvolvimento infantil; e, somente 11% das mães se lembrava de ter recebido informação sobre os sinais de alerta no recém-nascido (Senarath *et al.*, 2007). Já no estudo desenvolvido por Zanatta & Motta (2007), os familiares, nomeadamente as mães e as sogras, foram referidos como as fontes de informação privilegiadas, sendo as respetivas recomendações determinantes para o tipo de cuidados prestados. Do ponto de vista das mães, estes familiares possuem experiência, estão próximos e disponíveis e amparam-nas nos momentos em que precisam de ajuda. A credibilidade que granjeiam junto da comunidade e a facilidade de acesso – sobretudo quando confrontadas com a dificuldade de acesso aos profissionais da saúde – tendem a perpetuar o peso específico que assumem como fontes de informação.

Também as características próprias das mães e dos pais influenciam o tipo de fonte de informação a que recorrem. Os estudos realizados neste âmbito têm vindo a demonstrar que as mulheres com nível educacional mais elevado procuram fontes de informação formais (livros, internet) e peritos (médicos, enfermeiros) para acederem à informação. De acordo com Reich (2005), as mulheres com nível educacional mais elevado procuram mais ativamente a informação, o que pode refletir-se num superior nível de conhecimento; já as mulheres de nível educacional mais baixo privilegiam como fontes de informação os amigos e a família.

Procurar informação é, assim, uma atitude característica da generalidade das mães e dos pais, particularmente acutilante entre aqueles que já têm consciência de que *os bebés não vêm com manual de instruções*. A necessidade de informação emerge quando alguém se apercebe que, para tomar uma dada decisão, presente ou futura, não tem suficientes conhecimentos, ou seja, traduz o reconhecimento de que o conhecimento de que é detentor não é adequado/suficiente para superar a incerteza e concretizar com confiança uma dada ação. A manutenção da incerteza se, por um lado, aumenta o risco de decisão, por outro lado, estimula ainda mais comportamentos ativos de procura de informação. A perceção subjetiva da urgência da necessidade de informação vai influenciar o momento da respetiva satisfação: ou imediata ou adiada para momento posterior.

Neste contexto, o comportamento de procura de informação deverá ser entendido como a ação – decorrente da perceção da necessidade de informação – que visa identificar o conteúdo que satisfaça essa necessidade percebida. Nesta linha, Maloni (1994) defende que as mães e os pais, à medida que lhes surgem as dúvidas, têm, em si, o estímulo para a procura da informação. Assim, face às dúvidas e interesses que possuem, as mães e os pais atuais, de acordo com as suas características pessoais e a facilidade de acesso à informação, podem procurar, autonomamente, saber mais, através do recurso às novas tecnologias. Nestas circunstâncias, emerge um novo tipo de clientes dos profissionais da saúde: os clientes que, já tendo acesso à informação sobre os temas, precisam de um profissional da saúde que medeie a respetiva integração nas estruturas cognitivas individuais, seja pela descodificação de alguns conteúdos, seja pela simples validação da qualidade e pertinência dessa informação. De facto, as mães e os pais atuais, integrados numa sociedade designada de *sociedade da informação e comunicação*, revelam um crescente interesse, no âmbito das decisões e das ações parentais, por informação baseada na evidência. A maioria das mães e dos pais não se satisfaz com o “*é assim que se faz*”, reivindicando a contextualização e as evidências para tal orientação, o que exige, mais do que nunca, uma permanente atualização dos profissionais da saúde.

Atualmente está à disposição das mães e dos pais (que disponham das condições económicas necessárias à sua aquisição) um vasto leque de recursos e produtos comerciais. Face à panóplia de recursos disponíveis, nomeadamente serviços, equipamentos, materiais, produtos de higiene, produtos para a pele, vestuário, dispositivos de segurança, muitas das mães e dos pais referem necessitar de alguém que os ajude na tomada de decisão, nomeadamente, através da elucidação dos critérios de escolha a adotar. Por exemplo, face às inúmeras soluções existentes para facilitar os cuidados à criança e à agressividade do mercado, as mães e os pais, frequentemente, por desconhecimento dos critérios de escolha e da utilidade efetiva dos recursos disponíveis, adquirem-nos, e só mais tarde se apercebem da sua baixa efetividade, ou mesmo da sua inutilidade.

Numa outra vertente, as mães e os pais têm, hoje, menos oportunidades de adquirirem experiencialmente conhecimentos relacionados com a parentalidade. Assim, uma parte significativa das mulheres e dos homens poderá estar, à partida, menos bem preparada para assumir o papel parental. Antes, havia a possibilidade de praticar as competências parentais básicas com os irmãos mais novos ou em outras crianças e a família providenciava um sistema de suporte para as mães (Willford, 1998; Garzon, 1991).

Atualmente, muitas mulheres nunca observaram outra a amamentar, nunca colaboram nos cuidados a uma criança e, outras há que só esporadicamente seguraram um recém-nascido ao colo. Os estudos são unânimes ao referir que mães e os pais com experiências anteriores com crianças apresentam um nível de conhecimento mais elevado e sentem-se mais confiantes nos cuidados ao filho (Mercer, 1995; Salam, 1995; Copeland & Harbaugh, 2004, Rutledge & Pridham, 1987; Garzon, 1991; Tarkka, 2003; Froman & Owen, 1990; Sink, 2009; Beger & Cook, 1996; Mercer & Ferketich, 1994). No estudo desenvolvido por Salam (1995), ao averiguar o efeito da alta precoce na percepção da competência da mãe (n=56), constatou-se que as multíparas revelavam níveis mais elevados de competência nos cuidados à criança. Uns anos antes, Rutledge & Pridham (1987) procuraram analisar, em 140 mulheres, a percepção da competência nos cuidados e na alimentação do filho, tendo verificado que as mães com preparação prévia e com experiência anterior com crianças apresentavam maior nível de competência.

Neste contexto, as mães e os pais sentem mais intensamente o impacto de regressar a casa com um filho nos braços. Na maior parte dos casos, a mãe e o filho regressam a casa em 48 horas após o parto, muitas vezes, sem saberem ainda muito bem o que as espera, experienciando, algumas mães pela primeira vez, a responsabilidade de cuidar de uma criança totalmente dependente de si. Note-se que, ao longo deste processo de transição, muitas vezes, as mães e os pais, não sabem sequer o que era esperado saberem ou saberem-fazer, para assumir os cuidados ao filho e, por isso, desconhecem qual a informação ou a ajuda a procurar.

Aliás, alguns estudos têm vindo a demonstrar que, mesmo havendo preparação antenatal, aquando do regresso a casa, subsistem lacunas e dificuldades. Os resultados do estudo experimental desenvolvido por Brown & Johnson (1998) confirmam esta ideia. Neste estudo, que tinha como finalidade principal analisar o efeito do acompanhamento pelo enfermeiro após o regresso a casa, no incremento dos ganhos em saúde, as autoras constataram que os enfermeiros diagnosticaram défices em conhecimento, relacionados com os cuidados à criança e/ou a si mesmas, em 97% das mães. Dos défices em conhecimentos relacionados com a criança, 44% eram relativos ao padrão de alimentação. A dor foi diagnosticada como um problema em 44% das mães, enquanto 21% referiram fadiga e dificuldade em adaptar-se à gestão das novas tarefas.

Acresce ainda que a experiência do parto pode, também, afetar, nos primeiros tempos, positiva ou negativamente, a autoestima da mãe e as interações precoces com a criança (Mercer, 1981). Os resultados de alguns estudos têm vindo a demonstrar que a qualidade da experiên-

cia da mulher durante o parto, em particular para as que referem um parto mais difícil e doloroso, tem impacto no estado emocional, em particular na primeira semana após o parto, e no estabelecimento de uma relação adequada com o filho (Thune-Larsen & Moller-Pedersen, 1988).

Mesmo tendo em devida conta as diferenças individuais de cada mãe, são vários os fatores que influenciam positivamente a experiência do parto: (1) a presença de uma pessoa significativa; (2) o parto normal e não por cesariana; (3) a anestesia apenas local e não geral, no caso do parto por cesariana; (4) a participação ativa nas decisões relativas ao parto e ao trabalho de parto; e, (5) o parto sem dor (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Também as condições de saúde da mãe e da criança podem produzir efeitos no modo como aquela lida com a nova circunstância de vida. A depressão pós-parto, por exemplo, pela interferência nos processos cognitivos e no nível de energia, pode produzir alterações ao nível da autoestima e da autoeficácia (Mercer, 1977). De facto, quando as mães estão deprimidas interagem menos, quer em qualidade quer em quantidade, com os filhos, e têm mais comportamentos negativos (Francisco *et al.*, 2007; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). Por seu turno, as crianças, cujas mães experienciaram depressão pós-parto, apresentam vinculação insegura, comportamento antissocial e desempenho cognitivo mais fraco, que pode culminar num défice intelectual significativo, detetado, geralmente, por volta dos quatro anos de idade (Cogill *et al.*, 1986).

Do mesmo modo como com a mãe, durante a gravidez, o pai vai criando expectativas sobre o estilo de vida que passará a ter depois do nascimento do filho e do regresso a casa. Mais tarde, quando esse regresso se consuma, a discrepância entre as expectativas criadas e a realidade com que se vê confrontado pode ser tão marcada que, frequentemente, ocorrem sentimentos de tristeza, de ambivalência, de ciúme, de frustração e de incerteza, muitas vezes acompanhados de interrupção do sono e de incapacidade para controlar o tempo necessário para cuidar do bebé e para restabelecer a vida do casal. Pelo contrário, quando as expectativas e a realidade são sobreponíveis, desencadeiam-se sentimentos de alegria e de desejo de estar cada vez mais envolvido (Lowdermilk & Perry, 2008).

O fenómeno de ter um filho pode ser olhado sob diferentes prismas e assumir-se como objeto de estudo de várias disciplinas do conhecimento. E a Enfermagem? Que olhar adota, que responsabilidade assume? Numa sociedade em que ter um filho ultrapassou a mera dimensão biológica, como entendem os enfermeiros este fenómeno? Quais as dimensões do fenómeno que os enfermeiros tomam como foco da sua atenção? Como podem os enfermeiros

contribuir para a promoção da saúde das mães, dos pais e dos filhos? A resposta a estas questões passa, primeiramente, pela clarificação dos conceitos que determinam o olhar dos enfermeiros face a esta realidade: *parentalidade* e *transição*.

1.2 Transição para a parentalidade

O fenómeno relacionado com ter um filho, e assumido como foco de atenção de Enfermagem, tem sido designado pelos enfermeiros por *parentalidade*. De acordo com a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), a definição de parentalidade envolve quatro dimensões: (1) assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; (2) otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; (3) integrar a criança na família; e, (4) agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai (ICN, 2006). A *adaptação à parentalidade* é considerada um tipo de parentalidade que circunscreve as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (ICN, 2006). Nestes conceitos, a preparação e o assumir os cuidados ao filho são entendidos como processos de desenvolvimento que acarretam a reestruturação psicológica, social e afetiva de cada um, permitindo a dois adultos tornarem-se responsáveis por uma criança (Ponton, 2006; Conde & Figueiredo, 2007; Lourenço & Afonso, 2008).

Tornar-se mãe e tornar-se pai são processos que correspondem a transições. De facto, o nascimento de um filho é, não só, um tempo de mudança na vida de uma família que exige a aprendizagem inerente aos cuidados à criança, mas, igualmente, um evento crítico caracterizado pela reorganização individual, conjugal e profissional, pelo que representa uma transição no ciclo de vida (Emmanuel, 2005; Nystrom & Ohrling, 2004; Banta, 2003; Kiehl & White, 2003; Page, 2002; Sink, 2009; Kiehl, 1994; Garzon, 1991; Nyström & Öhring, 2004; Page, 2002; Chick & Meleis, 1986; Ferketich & Mercer, 1994; Hudson, Elek & Fleck, 2001).

O estudo das transições tem vindo a assumir um destaque particular no desenvolvimento do conhecimento próprio da disciplina de Enfermagem, constituindo o conceito de *transição* um elemento “*catalyst in the task of uncovering the knowledge embedded in clinical practi-*

ce” e oferecer “*a framework and a perspective for organization of knowledge related to events and responses to transitions*” (Chick & Meleis, 1986: 255). A transição pode ser entendida como um processo, que decorre ao longo de diversas fases organizadas numa determinada sequência, associado a uma noção de movimento que envolve tanto a ruptura com a vida tal como era conhecida, como com as respostas da pessoa ao evento (Chick & Meleis, 1986; Canaval *et al.*, 2007). Representa, por isso, o processo tendente à incorporação das mudanças no modo de viver, com conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive (Bridges, 2004; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006; Meleis *et al.*, 2000). A experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social (Chick & Meleis, 1986; Meleis *et al.*, 2000).

A transição é considerada como uma área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde ou quando as respostas a essa transição são comportamentos que guardam relação com a saúde (Chick & Meleis, 1986). Assim, a transição pode ser definida como uma experiência humana, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações na percepção individual de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis *et al.*, 1994).

A transição para a parentalidade corresponde a um processo irreversível, com início durante a gravidez, que acarreta mudanças pessoais e interpessoais, que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho (Pridham & Chang, 1992). Pode, ainda, definir-se como um processo de incorporação de papéis que envolve novas competências cognitivas, motoras e sociais e a adição de novas tarefas ao papel primário (Posey, 2000; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; Hudson, Elek & Fleck, 2001; Mercer, 1995; Kaiser & Hays, 2004). O processo de transição continua até que os cuidados à criança deixem de ser desconhecidos ou imprevisíveis (Pridham & Chang, 1992), terminando quando a mãe e o pai desenvolverem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desempenho do papel (Lowdermilk & Perry, 2008).

Desde os anos 70 do século XX, têm vindo a ser desenvolvidos estudos sobre a transição para a parentalidade, mais especificamente sobre a transição para a maternidade. Entre as principais referências, destacam-se os trabalhos desenvolvidos por Reva Rubin e Ramona

Mercer. De acordo com aquelas autoras, tornar-se mãe corresponde a um complexo processo cognitivo e social, que é aprendido, recíproco, interativo e irreversível (Rubin 1967a, 1967b); é um processo que desencadeia mudanças pessoais e interpessoais, desenrolando-se à medida que a mulher assume as tarefas maternas e se identifica como mãe daquele filho (Rubin, 1984; Mercer, 1995, 2006; Pridham & Chang, 1992; Shin & White-Traut, 2007); decorre num *continuum*, com início na gravidez e estendendo-se até ao quarto/sexto mês de idade da criança, podendo ir até ao ano (Rubin 1967a;1967b; Mercer, 1995; 2006), que permite à mãe incorporar os comportamentos maternos no seu repertório de papéis e sentir-se confortável no papel de mãe (Mercer, 1995; Copeland, 1999; Ferketich & Mercer, 1995; Mercer, 2006; Tarkka, 2003; Posey, 2000).

O processo de reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel desenvolve-se em quatro fases – antecipatória, formal, informal e pessoal (Rubin, 1967a; Rubin, 1967b; Mercer, 1981). A *fase antecipatória* corresponde ao período prévio ao desempenho do papel, isto é, corresponde ao período em que a mãe/pai inicia o ajustamento psicológico e social ao papel, através da incorporação das expectativas, bem como, o envolvimento e a aprendizagem inerentes ao exercício do papel. A mãe e o pai constroem as expectativas, ensaiam e fantasiam acerca do papel e referem-se ao feto já como filho. Nesta fase, são esperados comportamentos, tais como, criar imagens do filho (filho imaginado), antecipar as características que gostaria de possuir como mãe/pai e preparar-se para as alterações no estilo de vida. Apesar de alguns autores defenderem que esta fase tem início na infância, pela observação e simulação dos comportamentos com as crianças, Rubin com base nos estudos de Thornon & Nardi (1975), defende que a socialização característica da fase antecipatória tem apenas início durante a gravidez. A *fase formal* corresponde a um período que tem início com o nascimento do filho e com o conseqüente confronto com a necessidade de desempenho do papel. Nesta fase, habitualmente, os comportamentos são guiados por fontes formais, nomeadamente os profissionais da saúde, e em conformidade com as expectativas dos outros. A *fase informal* vai emergindo à medida que a mãe/pai, apesar de ainda seguir as orientações dos outros, vai desenvolvendo formas próprias de exercer o papel de mãe/pai. A *fase pessoal* corresponde ao período em que mãe/pai cria um estilo próprio no desempenho do papel e assume-o perante os outros. Nesta fase, assumir o papel parental desencadeia uma sensação de harmonia, de confiança e de competência, correspondendo ao momento da integração da identidade materna. Atingir este estadio tanto pode demorar um mês, como serem necessários vários meses.

O período de tempo em que decorre a transição vai desde a rutura com o que era habitual e rotineiro até ao viver com as alterações inerentes à transição, alcançando um novo equilíbrio (Kralik et al., 2005; Kralik *et al.*, 2006). A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e ações relativas às tarefas parentais, de modo a que a mãe/pai possa desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e consiga resolver as situações, alcançando uma perceção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel (Mercer, 1981; Williams *et al.*, 1987; Ferketich & Mercer, 1995; Chick & Meleis, 1986; King, 2006; Meleis *et al.*, 2000; Mercer, 1995). Neste contexto, o desempenho, com perícia, das competências parentais não é expectável nas fases iniciais da transição (Meleis *et al.*, 2000).

Em relação à transição para a maternidade, a identidade materna é alcançada quando a mãe se sente em harmonia com o seu desempenho e em consonância com as suas próprias expectativas como mãe. Esta identidade desenvolve-se em três componentes essenciais: a ligação com o filho; o sentir-se competente nos cuidados ao filho; e, a expressão da satisfação e de prazer no exercício do papel maternal (Mercer, 2006; 1995).

Quando se trata de mães adolescentes, o processo de transição pode ser diferente, tanto na duração como no processo em si. De facto, as mães adolescentes precisam de mais tempo (de seis a dez meses) para atingirem a fase formal (Mercer, 1981; Brouse, 1988). Mercer, em 1976, descreveu quatro fases na transição para a maternidade em mães adolescentes: a) a fase da “*terra da fantasia*” (*fairyland phase*) que ocorre durante a hospitalização e em que a maternidade surge aos olhos da jovem mãe como algo irreal; b) a fase do “*confronto com a realidade*” (*reality shock phase*) ocorre durante o primeiro mês após o regresso a casa; c) a fase do *dar e receber* (*give and take phase*) que ocorre entre o 2.º e 3.º meses pós-parto e que se caracteriza por um crescente reequilíbrio entre a escola, ou trabalho, e as tarefas maternas; e, d) a fase de incorporação do papel maternal (*internalization phase*) que ocorre do 6.º ao 9.º mês após o parto e que se caracteriza por um aumento da autoconfiança e da perceção de competência.

No que se refere à transição para a paternidade, os pais, em particular os que o são pela primeira vez, experienciam três processos desenvolvimentais ao longo do processo de incorporação do papel: (1) lidar com a realidade da gravidez e da criança; (2) procurar o reconhecimento como pai nas pessoas com quem estabelece interações; e, (3) ser perseverante na integração do papel paternal (Ferketich & Mercer, 1995). Com o passar do tempo, o pai

tende a apresentar uma postura de controlo, assumindo um maior envolvimento com o filho (Lowdermilk & Perry, 2008). É no período de quatro a dez semanas de idade da criança, que o pai, tal como a mãe, começa a ter uma sensação de confiança e de competência (Ferketich & Mercer, 1995). De acordo Fagan & Barnett (2003), o desenvolvimento da autoconfiança e da competência paternal, bem como, a duração da transição estão relacionados com o nível de envolvimento com a criança e com os cuidados a esta.

As mães e os pais progredem diferentemente ao longo da transição (Hudson, Elek & Fleck, 2001; Dulude, Wright & Bélanger, 2000; Condon, Boyce, & Corkindale, 2004). O estudo de revisão da literatura realizado por Nystrom & Ohrling (2004), em que estas autoras procuravam descrever as experiências de parentalidade das mães e dos pais durante o primeiro ano de vida da criança, evidenciou que as preocupações das mães e as dos pais diferiam entre si. As autoras verificaram que, para ambos, assumir a responsabilidade parental durante o primeiro ano de vida da criança é uma experiência extenuante (“*overwhelming*”), tendo identificado como tema unificador das diferentes categorias o ‘*viver num novo e extenuante mundo*’.

Os achados deste estudo são, de algum modo, subscritos por outros autores quando defendem que as transformações inerentes à integração do papel parental parecem ser mais intensas nas mães do que nos pais. A explicação apresentada para esta conclusão reside no facto de as mães se envolverem mais intensamente no processo, tanto física como emocionalmente (Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Hudson, Elek & Fleck, 2001). No estudo desenvolvido por Hudson, Elek & Fleck (2001), cujo objetivo principal foi determinar as diferenças entre mães e pais, na autoeficácia nos cuidados ao filho pela primeira vez e na satisfação no exercício do papel parental, foi corroborada a ideia de que o processo de transição é diferente nas mães e nos pais. Os pais demoram mais tempo do que as mães a atingir níveis de eficácia e de satisfação com o exercício do papel paternal do que as mães.

1.2.1 Propriedades da transição para a parentalidade

O processo de transição para a parentalidade pode ser analisado à luz da teoria de médio alcance de Meleis, de acordo com a sua natureza, as condições que facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Figura 1).

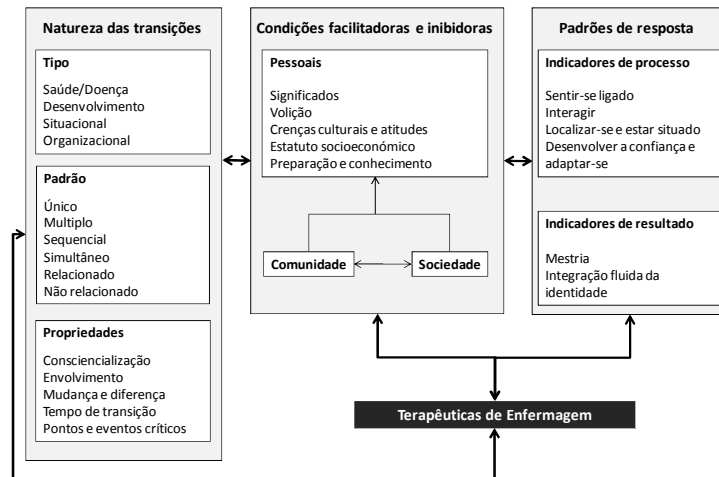


Figura 1. Teoria de médio alcance das transições (adaptado de Meleis *et al.*, 2000)

A transição para a parentalidade tem sido considerada do tipo desenvolvimental ou situacional (Canaval *et al.*, 2007; Meleis, 2007). Na transição para a parentalidade, *o status quo* tal como era conhecido é interrompido, resultando em instabilidade, ansiedade, stress e incerteza quanto à congruência entre as expectativas criadas e a realidade decorrente do exercício do novo papel (Ferketich & Mercer, 1995; Meleis *et al.*, 2000; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006; Chick & Meleis, 1986; Kralik & Van Loon, 2010). Em resposta a situações de rutura, é necessário que a mãe e o pai reconheçam que o anterior modo de viver teve um fim e que novos comportamentos necessitam ser aprendidos e novos ajustamentos das responsabilidades, dos objetivos, da identidade e dos sentimentos acerca de si próprio precisam ser construídos.

O nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento (Meleis *et al.*, 2000; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006; Chick & Meleis, 1986; Kralik & Van Loon, 2010). O envolvimento traduz a ideia de participação ativa no processo de se ajustar ao novo papel e pode ser usado para descrever a preocupação e o interesse da mãe e do pai pelo filho (Lowdermilk & Perry, 2008). Podem ser considerados indicadores de envolvimento: a procura de informação ou de recursos; a preparação antecipada para lidar com o evento; e, a atitude pró-ativa face a necessidade de ajustamento nas atividades da vida diária.

De acordo com Svensson, Barclay & Cooke (2006), a maioria das mulheres começa a revelar envolvimento com o processo e interesse pelo filho em torno das 13 semanas de gestação; os homens, por seu turno, envolvem-se no processo e demonstram interesse pelo filho um pouco mais tarde, em torno das 18 semanas de gestação, aquando da observação do feto na ecografia.

A mudança centrada no envolvimento com o filho é um aspecto definidor da transição (Koniak-Griffin *et al.*, 2006; Nelson, 2003; Mercer, 1981). Na meta análise realizada por Nelson (2003), foi evidenciado que a transição apresentava o envolvimento como um processo ativo, caracterizado pelo compromisso com a maternidade/paternidade e pela preparação e participação ativa nos cuidados à criança.

O estudo de May (1980) veio demonstrar que o processo de envolvimento do pai durante a gravidez ocorre ao longo de três fases: anúncio, moratória e concentração e que a velocidade de progressão através destas fases pode influenciar o decurso e a duração da transição para o papel. A *fase de anúncio* engloba a notícia e a aceitação da gravidez, bem como, a aceitação do feto como filho; nesta fase, a maioria dos homens percebe ou é avisado dos sinais de gravidez, mas o seu envolvimento e consciencialização são desenhados dos da mulher. Durante a *fase de moratória*, a gravidez mantém-se num nível inconsciente; mas, por volta da 25.^a semana de gestação, quando o crescimento do abdómen é mais visível, o pai tende a construir uma imagem da criança que existe dentro da mãe. A *fase de concentração*, inicia-se, habitualmente, no último trimestre de gravidez e caracteriza-se por um envolvimento ativo, tanto com a gravidez como com o filho que vai nascer. Também o estilo de envolvimento adotado durante a gravidez não deixará de influenciar o modo de viver a situação, sendo que os padrões de comportamento dos pais variam em função do estilo que o pai adota: observador, expressivo ou instrumental (May, 1980). O pai de *estilo observador* apresenta fraco envolvimento durante a gravidez referindo que esta não foi um evento importante na sua vida; o pai de *estilo expressivo* está mais envolvido com a gravidez e, frequentemente, preocupado com o seu próprio envolvimento – costuma planejar um papel ativo nos primeiros tempos após o nascimento do filho e revela maior consciencialização da necessidade de preparação; o pai de *estilo instrumental*, adotado por 20 % dos pais, está focalizado nas tarefas que é preciso realizar. Se considerássemos um *continuum* no nível envolvimento, com extremos em “*muito envolvido*” e em “*pouco envolvido*”, um pai com estilo instrumental estaria situado a meio (Ferketich & Mercer, 1995).

Nos estudos de Ferketich & Mercer (1990, 1995), as autoras identificaram, ainda, outros fatores que influenciavam o envolvimento do pai. De acordo com aquelas autoras, os fatores que facilitam o envolvimento do pai são: (1) as experiências anteriores com crianças; (2) a preparação da paternidade e a experiência durante a gravidez; (3) o suporte social, nomeadamente o recebido na família e no contexto das relações de trabalho; e, (4) a relação conjugal, especialmente a concordância da companheira sobre as tarefas que o pai desenvolve no exercício do seu papel de pai.

As transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças (Meleis *et al.*, 2000). A mudança e a diferença são consideradas propriedades essenciais da transição. A percepção do que mudou, conduz a mudanças e a ajustamentos de comportamentos e de percepções. Assim, torna-se relevante identificar, entre outros aspetos, o nível de conforto com a situação, o impacto da mudança e as diferenças ao nível do bem-estar e a capacidade da pessoa para lidar com essas mudanças e diferenças. No caso das mães e dos pais, a transição vai decorrendo à medida que se vão consciencializando relativamente ao que mudou e em que medida as coisas estão diferentes (Bridges, 2004). Quando existe reconhecimento das implicações decorrentes da chegada do filho, a mãe e o pai conseguem encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizarem-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo, criando condições para receberem a criança e assumirem a responsabilidade subjacente.

Na caracterização dos padrões de resposta, importa considerar o facto de que quando a transição é saudável, os sentimentos iniciais de stress são substituídos pela sensação de bem-estar e por mestria nos comportamentos, isto é, o domínio das “novas” competências para lidar com a “nova” condição e sentir-se confortável no exercício do ‘novo’ papel e na ‘nova’ identidade (Meleis, 2007; Meleis *et al.*, 2000). Os padrões de resposta ajudam a monitorizar a evolução da transição e a determinar o impacto do ajustamento na consciencialização (localizar-se e estar situado), no envolvimento (sentir-se ligado e interagir com os outros) e na autoconfiança (Meleis, 2007; Meleis *et al.*, 2000).

O *estar em transição* é influenciado por vários elementos, nomeadamente a duração do evento e a percepção individual da experiência, o projeto de saúde e os valores, as crenças e os desejos (Meleis *et al.*, 2000; Mercer, 1981; Mercer & Walker, 2006; Pridham & Chang, 1992). Para compreender as experiências dos clientes, ao longo da transição, é necessário caracterizar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, já que estas podem constituir fatores facilitadores ou inibidores da transição saudável.

A comunidade pode oferecer recursos às novas mães e aos novos pais, tais como serviços de saúde e grupos de suporte. O modo como a mãe ou o pai selecionam e interpretam a informação e os serviços de saúde depende do significado atribuído à condição de saúde, do modo como encaram os profissionais da saúde, do suporte familiar disponível e do modo como assumem as suas responsabilidades face à sua própria condição de saúde e à do filho (Redman, 2003).

A sociedade funciona como um garante da consistência cultural e estabelece as leis que afetam a vida da família. Do mesmo modo, as imagens e os mitos associados à maternidade e à paternidade, os antecedentes culturais e o status de emprego influenciam a experiência e a percepção da parentalidade (Koniak-Griffin *et al.*, 2006).

Na teoria das transições, pela importância que assumem na reformulação da identidade, são destacadas como condições pessoais os significados, as crenças e atitudes, o nível de preparação e de conhecimento/habilidades e o estatuto socioeconómico (Meleis *et al.*, 2000). As condições da mãe, do pai e da criança, e a interação entre eles, condicionam o desenrolar da transição. Alguns estudos realizados têm contribuído para identificar as variáveis que influenciam, positiva ou negativamente, a transição: (1) as características sócio demográficas, nomeadamente a idade, a escolaridade, o estado civil e o estatuto socioeconómico; (2) a experiência anterior com crianças; (3) o nível de conhecimento; (4) o nível de maturidade; (5) a disponibilidade para aprender e a capacidade intelectual; (6) as crenças, os desejos e as expectativas; (7) o nível de *stress*; (8) as características da criança; (9) a experiência do parto; (10) a condição de saúde da mãe e da criança; (11) o autoconceito; (12) a percepção da realidade; (13) a consciência do *stress* que o processo de tornar-se mãe desencadeia e as consequências que produz na sua vida; (14) a percepção de não estar preparada para as exigências da maternidade; (15) o sentir-se esgotada face às exigências físicas, mentais e emocionais do exercício do novo papel; (16) o sentir-se só, desapoiada e ansiosa; (17) a sensação de perda de tempo, de liberdade, de independência, de controlo de si mesma; e, (18) a relação conjugal (Rubin, 1984; Pridham & Chang, 1992; Ferketich & Mercer, 1995; Ferketich & Mercer, 1994; Harvey-Vallender, 1998; Sink, 2009; Mercer, 2006; Hunt, Joe-Laidler & MacKenzie, 2005).

Os significados atribuídos, bem como, as crenças e as atitudes face à experiência da parentalidade podem influir na transição. Uma das crenças com impacto significativo na aprendizagem do desempenho do papel é a autoeficácia. A autoeficácia, conceito introduzido por Bandura, nos anos 70 do século XX, é definida como a crença de alguém sobre as suas próprias capacidades para desempenhar com sucesso uma tarefa específica, variando de situação para situação (Bandura, 1994). A teoria de autoeficácia faz a distinção entre a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado. A expectativa de resultado define-se como a avaliação que o indivíduo faz sobre a relevância de determinado comportamento para alcançar um dado resultado. A expectativa de eficácia corresponde à convicção de que ele próprio

consegue realizar com sucesso o comportamento necessário para produzir tal resultado (Bandura, 1977).

Estão descritas quatro fontes de informação, que contribuem para a construção da crença de autoeficácia: as experiências anteriores, as experiências vicariantes (*vicarious experience*), a persuasão verbal e as reações fisiológicas e afetivas (Bandura, 1994).

As *experiências anteriores* constituem uma das mais significativas fontes de informação para determinar as capacidades e as limitações de cada indivíduo; o sucesso contribui para afirmar a eficácia e o insucesso para a deteriorar, principalmente quando ocorrem antes de existir uma forte percepção de autoeficácia. Esta ideia é confirmada por alguns estudos, que verificaram que a experiência anterior em cuidar de crianças, de mulheres antes de se tornarem mães, constitui um forte predictor da respetiva autoeficácia maternal (Froman & Owen, 1990; Gross, Rocissano & Roncoli, 1989). Froman & Owen (1990) verificaram, ainda, que a expectativa de eficácia era mais elevada em relação aos cuidados à criança realizados com maior frequência.

As *experiências vicariantes* oferecem um ponto de referência individual para julgar as próprias capacidades para realizar, com mestria, uma dada atividade, numa determinada condição. Estas experiências permitem ajuizar das próprias capacidades pela comparação com o desempenho dos outros, seja através da observação ou da simulação das tarefas. A este propósito, alguns autores têm verificado que os programas de preparação para a parentalidade durante a gravidez têm influência na percepção da eficácia parental (Tucker *et al.*, 1998; Gross, Fogg & Tucker, 1995).

As crenças de autoeficácia podem ser reforçadas através da *persuasão verbal*. Bandura (1977; 2006) defende que a manutenção da crença na própria capacidade é mais fácil quando os significativos acreditam nas capacidades e expressam essa confiança. Efetivamente, os estudos têm vindo a demonstrar que, após o nascimento da criança, a qualidade do apoio social melhora a percepção da mãe sobre a respetiva autoeficácia (Reece, 1993).

As flutuações nos *estados fisiológicos e afetivos* podem ser interpretadas como sinais de vulnerabilidade ou mesmo de ineficácia (Bandura, 1994). Algumas mães que referem níveis de stress elevados também evidenciam percepção de menor eficácia (Reece & Harkless, 1998). Do mesmo modo, as características da criança têm impacto na percepção da eficácia parental (Teti, O'Connell & Reiner, 1996). Vários estudos têm vindo a demonstrar que o

temperamento da criança tem efeito na percepção de eficácia maternal, reforçando as crenças parentais nas respectivas capacidades (ou incapacidades). Por exemplo, as mães que percebem as suas crianças como difíceis têm a percepção de autoeficácia diminuída; o mesmo tem vindo a ser verificado nos pais (Johnston & Mash, 1989).

As crenças de autoeficácia influenciam o que a pessoa escolhe fazer, o esforço que coloca numa determinada atividade e o período de tempo em que manterá esse esforço (Bandura, 1994; de Montigny & Lacharité, 2005). Por exemplo, relativamente à autoeficácia na amamentação, uma mãe ajuíza da respetiva capacidade para amamentar tomando por referência as experiências anteriores, a observação de outras mães a amamentar e o encorajamento de pessoas significativas. Acresce, ainda, a influência do estado fisiológico e afetivo. A fadiga, o stress, a ansiedade ou a dor, por exemplo, constituem importante fonte de informação para avaliar a respetiva capacidade para amamentar (Santos & Barcia, 2009). Dennis & Faux (2003) verificaram que 27% das mulheres que, ainda durante a gravidez, revelavam níveis baixos de autoeficácia relacionados com a capacidade para amamentar, desistiam de amamentar durante a primeira semana, enquanto que, nas mulheres com nível elevado de autoeficácia durante a gravidez, só 5% desistiram de amamentar. Por seu turno, Ruchala & James (1997) investigaram, num grupo de mães, as relações entre o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, a percepção da autoeficácia e o suporte social tendo verificado que as mães com nível de conhecimento adequado acerca do desenvolvimento infantil apresentaram uma percepção mais positiva do seu desempenho parental. Também no estudo realizado por Froman & Owen (1990), cujo propósito foi analisar a percepção da autoeficácia materna e a avaliação realizada pelos enfermeiros da competência da mãe em 52 cuidados à criança, os resultados evidenciaram que a idade materna, o número de filhos e a avaliação realizada pelos enfermeiros constituíam fortes predictores da autoeficácia materna para os cuidados ao filho.

A eficácia parental percebida é um tipo de autoeficácia Montigny & Lacharité (2005). Estes autores, recorrendo ao método evolucionário de análise de conceitos de Rodger, procuraram clarificar o conceito de eficácia parental percebida (*perceived parental efficacy*), tomando por referência o conceito de autoeficácia apresentado por Bandura (1977). Foram identificados como atributos do conceito: (1) julgamento/crença parental, que se refere ao julgamento da mãe/pai e a força desse julgamento; (2) capacidade, que refere ao que cada um consegue fazer sob diferentes condições e em diversos contextos com as competências que possui; (3) ações organizadas e executadas para produzir um conjunto de tarefas

relacionadas com os cuidados à criança, sejam elas instrumentais (como, por exemplo, alimentar) ou afetivas, (como, por exemplo, confortar); (4) variabilidade, de acordo com o tipo de tarefa e com o contexto.

Tomando por referência estes atributos, Montigny & Lacharité (2005) definiram eficácia parental percebida como as crenças ou os julgamentos realizados pela mãe/pai da sua própria capacidade para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com cuidar de uma criança. Na mesma linha, outros autores referem que a autoeficácia nos cuidados ao filho reflete a percepção da mãe/pai sobre a sua respetiva capacidade para decidir e/ou executar os cuidados à criança, com confiança e mestria (Hudson, Elek & Fleck, 2001; Sink, 2009; Ribas Jr, Moura & Bornstein, 2007).

O desenvolvimento da autoeficácia no exercício do papel parental pode ser potenciado pela aquisição de conhecimentos e de habilidades (Mercer & Ferketich, 1994; Copeland, 1999; Sink, 2009; Mercer, 1995). A preparação, os conhecimentos e as habilidades são consideradas condições que podem facilitar ou inibir a transição (Chick & Meleis, 1986; Ferketich & Mercer, 1994; Hudson, Elek & Fleck, 2001; Meleis *et al.*, 2000; Meleis & Trangenstein, 1994). De facto, a preparação antecipada para lidar com a nova situação pode constituir um fator facilitador da transição enquanto que, pelo contrário, a falta de preparação parece constituir um fator inibidor (Chick & Meleis, 1986; Meleis *et al.*, 2000).

O desenvolvimento saudável da criança é influenciado pelo comportamento parental (Francisco *et al.*, 2007; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). Os conhecimentos e as habilidades são importantes para a consciencialização e para o envolvimento no desenvolvimento das competências parentais e na construção de expectativas realistas. Constituem, ainda, um elemento vital para a avaliação e a interpretação dos comportamentos e do desenvolvimento da criança, bem como, para as decisões do dia a dia relativas à criança (Sink, 2009; Huang *et al.*, 2005; Ribas Jr. & Bornstein, 2005; King, 2006). De facto, se a mãe e o pai conseguirem perceber qual o modo adequado de responderem às necessidades da criança e se tiverem consciência das potencialidades da criança, ficarão menos ansiosos e ajustar-se-ão mais facilmente ao papel, particularmente quando se trata do primeiro filho (Brouse, 1988). Acresce ainda que o défice em conhecimentos e em habilidades para cuidar da criança podem condicionar a percepção da autoeficácia e da satisfação no exercício do papel parental, interferindo tanto na saúde da criança como no bem-estar da mãe e restante família (Hudson *et al.*, 2003; Elek, Hudson & Bouffard, 2003; Hudson, Elek & Fleck, 2001; Posey, 2000; Sink, 2009).

A criança é, nos primeiros meses de vida, totalmente dependente das respostas parentais ao seu comportamento, logo, se essas respostas forem inadequadas, a criança pode estar em risco (Corwin, 1998). De facto, a manutenção e a promoção da saúde da criança, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento saudável, só são possíveis através da participação ativa de mães e de pais informados e motivados e que assumam, com responsabilidade, os cuidados ao filho (Iroku, 1994). Há autores que referem que quanto maior é o nível de conhecimentos das mães e dos pais, maior é a probabilidade destes desenvolverem competências parentais adequadas e maior é a probabilidade de criarem um ambiente apropriado à fase de desenvolvimento da criança, logo, mais possibilidades existem de promoverem o potencial de desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança (Dichtelmiller *et al.*, 1992; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). Pelo contrário, quando as mães e os pais possuem défices em conhecimentos e em habilidades podem subestimar as capacidades da criança, não as estimulando o suficiente para lhes garantir a concretização do seu potencial de desenvolvimento. Acresce, ainda, que as expectativas irrealistas sobre o exercício do papel e sobre o desenvolvimento da criança aumentam o risco de abuso e de negligência nos cuidados (Dukewich, Borkowski & Whitman, 1996; Hotelling, 2004; Huang *et al.*, 2005; Ribas Jr. & Bornstein, 2005).

Neste contexto, o desenvolvimento das competências parentais assume um papel importante na redução da morbilidade neonatal (Senarath *et al.*, 2007; WHO, 1996). Se assim é, quais são os conhecimentos e as habilidades que as mães necessitam para se prepararem para o exercício do papel maternal? E no caso dos pais, quais são os conhecimentos e as habilidades de que necessitam para se prepararem para o exercício do papel paternal? Como podem os enfermeiros ajudar as mães e os pais no desenvolvimento das competências parentais? Qual a sistemática para proceder ao diagnóstico das necessidades em cuidados, nomeadamente das necessidades de aprendizagem?

1.2.2 Desenvolvimento das competências parentais

Tornar-se mãe ou pai não é um talento natural. É, antes, um processo social e cognitivo que, mais do que intuitivo, é um processo aprendido (Rubin, 1984; Mercer, 1995) e exige aprendizagem e adaptação. As perceções, as expectativas e as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais jogam importante papel no processo de transição, muito por força do seu potencial efeito facilitador ou inibidor (Lugina *et al.*, 2001). A presença de fatores facilitadores, nomeadamente de conhecimentos e de habilidades acerca da situação de vida – que

pode ser nova –, podem tornar a transição mais suave, já que quanto mais se sabe sobre algo maior é a capacidade de adaptação à situação em que esses conhecimentos são importantes (Sink, 2009; Willford, 1998).

A necessidade de aprender, de considerar diferentes alternativas e de tomar decisões em relação aos cuidados ao filho constitui um atributo básico da transição para a parentalidade. Efetivamente, as mães e os pais necessitam de aprender a lidar com as tarefas inerentes ao seu novo papel e a tornarem-se mais conscientes das necessidades e dos padrões de comportamento do filho (Brouse, 1988; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; Metzger & Shocker, 2004; Sink, 2009; Silva *et al.*, 2005; Maltby, Kristjanson & Coleman, 2003). A apropriação dos conhecimentos e das habilidades vai potencializar a confiança necessária ao desenvolvimento das competências parentais, influenciando, por esta via, a percepção que cada mãe/pai vai ter do respetivo desempenho e a satisfação com o exercício do papel (Maltby, Kristjanson & Coleman, 2003).

A palavra *necessidade* traduz um *precisar de alguma coisa*; significa a existência de uma condição não satisfeita e necessária para conseguir viver, funcionar ou concretizar objetivos (D' Hainaut, 1979, citado por Rodrigues & Esteves, 1993). A *aprendizagem* corresponde à mudança no comportamento de uma pessoa através da aquisição de um novo conhecimento ou de uma nova competência (Nealand, 1992; Redman, 2003). Aprender implica mudar para um novo estadio, que tende a persistir até que nova aprendizagem o altere. Os novos modos de pensar, as novas habilidades e as novas atitudes aprendidas podem promover novos desempenhos ou desempenhos mais eficientes (Redman, 2003). A aprendizagem contempla a aprendizagem cognitiva (*cognitive learning*) e a aprendizagem de habilidades (*skill learning*). A primeira refere a aquisição de capacidades para a resolução de problemas, estando associada à inteligência e ao pensamento consciente; a segunda refere a aquisição de domínio em atividades práticas, estando associada ao treino, à prática e ao exercício (ICN, 2010). A aquisição de conhecimentos deriva da integração de informação nova nas estruturas cognitivas, condicionando uma transformação qualitativa e quantitativa em quem aprende. A disponibilidade para aprender, o estímulo, o reforço e a resposta são os elementos básicos para o processo de integração das novas informações (Redman, 2003).

Assim, as *necessidades de aprendizagem parentais* podem ser definidas como o conjunto de informações relacionadas com os conhecimentos e/ou as habilidades que as mães e os pais precisam para assegurarem, com mestria, os cuidados ao filho.

O *conhecimento* é entendido como o foco de atenção dos enfermeiros, referindo o conteúdo específico do pensamento, baseado na sabedoria adquirida, na informação ou nas aptidões aprendidas, no conhecimento e no reconhecimento da informação (ICN, 2010). Na definição apresentada na *Nursing Outcomes Classification* (NOC), o conhecimento remete tanto para a compreensão de determinada informação como para a capacidade de mobilizar as informações necessárias à manutenção e ao restabelecimento da saúde (Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

A *habilidade* corresponde a uma ação, ou tarefa, que tem um determinado objetivo (Schmidt & Wrisberg, 2001). De acordo com estes autores, a habilidade constitui um indicador da qualidade do desempenho; para além disso, e na medida em que podem ser aperfeiçoadas pelo treino, as habilidades poderão vir a ser realizadas com elevado nível de mestria. Os conceitos de habilidade e de capacidade, apesar de possuírem traços comuns, são distintos. Bandura, à semelhança de Vygotsky², considera que a habilidade (*ability*) significa a qualidade de quem é hábil e de quem tem competência no fazer, o que traduz a noção do que *se é capaz de fazer no presente*. Já o conceito de capacidade (*capability*) traduz a faculdade de desenvolvimento, de potencial, sendo, por isso, mais *orientado para o futuro*. Se questionada, uma mãe pode dizer que não sabe como dar banho ao filho no presente (habilidade), mas sabe que com a instrução adequada, ela irá aprender (capacidade). Assim, a habilidade pode constituir um indicador da capacidade para responder a situações específicas ou para desempenhar determinada tarefa, seja esta física ou cognitiva.

Os conhecimentos e as habilidades parentais podem ser entendidos como a compreensão do desenvolvimento da criança e a familiaridade com as tarefas parentais, relacionadas com as decisões sobre os cuidados à criança, com a capacidade para avaliar e interpretar os comportamentos da criança, com a realização das tarefas e com o modo de interagir com a criança (Ribas Jr. & Bornstein, 2005; Ribas Jr, Moura, & Bornstein, 2007). O domínio das competências parentais muda o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento da criança. De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas Jr. & Bornstein, 2005).

² Vygotsky distingue habilidade de capacidade, afirmando que a primeira refere o nível “atual” de desenvolvimento e a segunda o nível “potencial” de desenvolvimento.

Na literatura surgem estudos que contribuem para a identificação das necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, ao longo do *continuum* da parentalidade. As necessidades de aprendizagem que emergiram a partir da revisão da literatura englobam temas relacionados com: (1) a alimentação da criança, especificamente a amamentação, o recurso a leite artificial ou a introdução de novos alimentos; (2) as necessidades de sucção e o uso de chupeta; (3) o crescimento e desenvolvimento, estimulação da criança e a aparência do recém-nascido; (4) a temperatura corporal e o padrão de respiração; (5) a eructação, a regurgitação e os soluços; (6) o padrão de aumento de peso; (7) os problemas comuns na criança; (8) a higiene e conforto e os cuidados com a pele; (9) o lidar com o choro e o confortar a criança; (10) viajar e passear com a criança; (11) tratamento do coto umbilical; (12) a segurança e os acidentes na criança; (13) vigilância da saúde; (14) escolher brinquedos; (15) cuidados gerais à criança.

Na análise aos estudos, constata-se, ainda, que a aquisição e o desenvolvimento de competências parentais são necessidades comuns a todas as mães e todos os pais ao longo da transição para a parentalidade, variando, contudo, em função de diversas variáveis. As variáveis identificadas nos estudos são: as características da mãe/pai, nomeadamente a idade, estado civil, a escolaridade, o número de filhos e as experiências anteriores (Sink, 2009; Reich, 2005; Kaiser & Hays, 2004; Lugina *et al.*, 2001; Harvey-Vallender, 1998; Beger & Cook, 1996); o período da gravidez (Maloney, 1985; Berman, 2006; Camiletti & Alder, 1999; Reich, 2005); a perceção que a mãe/pai tem das características do seu filho (Harvey-Vallender, 1998; Mercer, 1995; Bowman, 2005); a perceção que tem de si como mãe/pai e autoeficácia (Harvey-Vallender, 1998; Mercer, 1995); sentir-se preparada/o para o processo de tornar-se mãe/pai (Harvey-Vallender, 1998); o suporte social, em particular, a ajuda nos cuidados à criança (Reich, 2005; Lugina *et al.*, 2001; Harvey-Vallender, 1998; Page, 2002); e, o estatuto socioeconómico (Sword & Watt, 2005; Lugina *et al.*, 2001).

Para além da identificação dos conteúdos, uma outra dimensão relevante é o *tempo*, ou seja, os momentos do *continuum* da parentalidade em que os conteúdos se revelam mais úteis. Na literatura não é evidente nem existe consenso sobre os momentos mais apropriados para avaliar e responder às necessidades de aprendizagem das mães e dos pais (Brazelton & Cramer, 1990; Birk, 1996; McCann, 1997; Camiletti & Alder, 1999; Lugina *et al.*, 2001; Page, 2002; Bowman, 2005; Sword & Watt, 2005; Berman, 2006; Senarath *et al.*, 2007).

Destes estudos, destaca-se a revisão da literatura desenvolvido por Bowman (2005), na qual a autora procedeu à análise de estudos publicados entre 1963 e 2000. Da análise, a autora

constatou que: nos primeiros três dias pós-parto, as primíparas revelaram necessidade de informação sobre o autocuidado, apresentando, a partir desta altura, disponibilidade para desenvolverem os conhecimentos e as habilidades para cuidarem do filho; nas primeiras duas semanas pós-parto, as necessidades de aprendizagem que emergem como prioritárias, tanto em primíparas como em multíparas, foram a alimentação da criança, especialmente a amamentação, e o reconhecimento dos sinais de doença; entre os cinco e os 21 dias pós-parto, tanto as primíparas como as multíparas, referem querer aprender sobre os cuidados ao filho, nomeadamente a posição a adotar para promover a eructação, a gestão do horário e duração das mamadas; também nos primeiros dias pós-parto, as mulheres, que eram mães pela primeira vez, demonstravam interesse em aprender sobre o banho à criança; desde os primeiros dias pós-parto e durante o primeiro mês, as mães estavam interessadas em aprender sobre o choro da criança; no final do primeiro mês, demonstravam interesse em aprender sobre crescimento e desenvolvimento, comportamento e temperamento da criança, sendo que as multíparas ainda demonstravam interesse em aprender sobre segurança, saúde da criança e sobre o modo de lidar com os outros filhos; já aos dois meses após o parto, demonstravam interesse em aprender sobre a avaliação da temperatura e o reconhecimento dos sinais de doença na criança; nas primeiras seis semanas pós-parto, tanto as primíparas como as multíparas, referiram a alimentação da criança e os aspetos gastrointestinais como os mais importantes. Também no estudo de Lugina *et al.* (2001), em que se procurava descrever as necessidades de aprendizagem das mães pela primeira vez, da 1.^a à 6.^a semana pós-parto, os autores constataram que na primeira semana as preocupações incluíam os cuidados aos olhos do bebé, a respiração, a temperatura corporal, a segurança e o choro. Contudo, à 6.^a semana apenas o choro emergiu como principal necessidade de aprendizagem. Todavia, a necessidade de informação sobre a aparência e a vigilância de saúde da criança (vacinação, prevenção de infeções, cuidados à pele, monitorização do peso, padrão de eliminação, sucção e sinais de alerta), o comportamento do bebé (choro, padrão de sono, crescimento e desenvolvimento) e os cuidados gerais à criança (coto umbilical, amamentação, segurança, higiene, segurar e acalmar) mantiveram-se constantes como necessidades de aprendizagem ao longo destas primeiras semanas.

Conhecer o *quê e quando* as mães e os pais precisam de aprender para assegurarem os cuidados ao filho constitui um contributo para o estudo das competências parentais, já que estas circunscrevem os conhecimentos e as habilidades necessários para um desempenho do papel com mestria. Assim, postula-se que os conhecimentos e as habilidades dão forma e conteúdo

às competências que as mães e os pais precisam desenvolver para assegurarem os cuidados à criança com confiança e satisfação.

A palavra *competência* tem origem no latim *competere*, resultando da junção da palavra “*com*”, que significa conjunto e “*petere*”, que significa esforço (Caetano, 2007). Nos dicionários de Língua Portuguesa, este termo é definido como um *conjunto de conhecimentos teóricos ou práticos que uma pessoa domina, de requisitos que preenche e são necessários para um dado fim* e como uma *qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções*. Da análise destas diferentes aceções percebe-se que há duas dimensões principais a considerar: *competência* e *competências*. A *competência* pode ser entendida como a mobilização apropriada de múltiplos recursos cognitivos (saberes, informações, valores, atitudes, habilidades, inteligência, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio) para solucionar um problema, sendo reconhecida pelos outros (Perrenoud, 2000; Le Boterf, 2005). As *competências* podem ser definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e disposições (atitudes) que permitem realizar uma ação com êxito (Fleury & Fleury, 2001; Mitchell, 2004; Ceitil, 2007; Ruas, 2000; Ledford Jr., 1995; Caetano, 2007), indicando formas de agir ou de pensar e podendo ser melhoradas à medida que a pessoa aprende e se ajusta ao ambiente (Ceitil, 2007). Assim, as competências podem ser consideradas como uma resultante de três fatores: o *saber agir* que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimento, saber fazer, recursos...); o *querer agir* que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto; o *poder agir* que remete para a existência de um contexto e de condições que tornem possível e legítimo que o indivíduo assuma e se responsabilize pela ação (Le Boterf, 2005).

De acordo com Spencer & Spencer (1993), na abordagem das competências importa considerar duas dimensões: (1) os conhecimentos e as habilidades e (2) a motivação e os traços da personalidade. Na análise apresentada por aqueles autores, o modelo das competências pode ser comparado a um *iceberg*, numa pequena porção é facilmente identificável na superfície – os conhecimentos e as habilidades. Os atributos pessoais como por exemplo autoconhecimento, os traços de personalidade e as motivações são menos visíveis, porque situados no círculo mais íntimo do indivíduo. Estes autores advogam a ideia de que os conhecimentos e as habilidades são relativamente fáceis de desenvolver e de avaliar. Já a motivação e os traços da personalidade são difíceis de identificar e de desenvolver e, por isso, mais difíceis de avaliar (Mitchell, 2004; Spencer Jr. & Spencer, 1993). Apesar de não ser consensual na literatura, vários autores defendem a ideia de que é mais adequado trabalhar com os conheci-

mentos e as habilidades, já que estes são mais fáceis de medir e estão diretamente relacionados à eficácia no desempenho (Lawler, 1996; Spencer Jr. & Spencer, 1993; Boyatzis, 1982; Hofrichter & Spencer Jr., 1996; Ceitil, 2007).

Assim, tomando por referência os conceitos acima mencionados, as *competências parentais* podem ser definidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.

Para o desenvolvimento das competências parentais, as mães e os pais necessitam procurar e aceder à informação. Ferketich & Mercer (1995) referem que a procura de informação é a estratégia mais relevante na preparação para a exigida mudança para o novo papel. O comportamento de procura de informação pode ser entendido como uma atividade consciente e intencional do indivíduo para identificar o conteúdo que satisfaça a sua necessidade, quer através de consulta os seus recursos internos (memória, observação) ou externos (contactar outros, consultar literatura).

A natureza terapêutica da informação é a pedra de toque do exercício profissional dos enfermeiros. A terapia pela informação (informoterapia) é um conceito que surgiu na literatura nos anos 90 do século passado. No início, a terapia pela informação referia toda a informação que permitia os clientes saberem mais sobre a doença e tratamento; mais tarde, este conceito foi ampliado de forma a incluir a informação considerada útil para a promoção e a manutenção da saúde. Mitchell (1994) define a terapia pela informação como a prescrição e a disponibilidade oportunas de informações, baseadas na evidência, para responder às necessidades específicas do cliente e para apoiar a tomada de decisão relativas à saúde. A intenção subjacente à utilização da informação com sentido terapêutico reside no fundamento de que através do aumento de conhecimentos, o indivíduo consiga perseguir, de forma ativa, níveis mais elevados de saúde e diminuição da utilização dos recursos de saúde, alterando os seus comportamentos e assumindo a responsabilidade pela preservação da saúde (Mitchell, 1994; Mettler & Kemper, 2003).

Nestes contextos de cuidados, os enfermeiros são desafiados a ampliar o conhecimento disciplinar para dar respostas inovadoras e efetivas. De facto, dada a heterogeneidade das realidades e das necessidades das pessoas, a capacidade diagnóstica do enfermeiro emerge como uma condição fulcral, que permite distinguir a *diferença entre coisas parecidas* e constituir o pretexto para decisões sobre as intervenções individualizadas. Se a identificação das necessidades de aprendizagem é crítica para o desenvolvimento das competências parentais

e para um desempenho com mestria, como podem, os enfermeiros, acrescentar sistemática ao processo de cuidados? Qual a importância de avaliar as competências parentais? Como avaliar as competências parentais? A estas interrogações, procurar-se-á responder no capítulo seguinte.

1.2.3 Avaliação das competências parentais

A missão dos enfermeiros que lidam com as mães e os pais envolve o facilitar das respetivas transições para a parentalidade, ajudando a mãe e o pai a serem pró-ativos na promoção da saúde e na adaptação às novas circunstâncias e aos novos desafios, através de processos de aprendizagem (Mercer, 2006; Meleis & Trangenstein, 1994). De facto, facilitar o processo de incorporação do papel parental tem sido assumido como um imperativo dos cuidados de saúde a mulheres e a homens que se confrontam a responsabilidade de assegurar os cuidados ao filho (Brouse, 1988). Para além disso, os objetivos das terapêuticas de enfermagem englobam a promoção da autoeficácia parental e da confiança no desempenho do papel, bem como, fornecer a informação antecipada e consistentemente sobre os cuidados à criança (Schmied *et al.*, 2008).

As realidades em torno da parentalidade têm vindo a mudar. Em resultado dessas mudanças, os enfermeiros são desafiados a inovar nos cuidados e a responder de modo mais efetivo, pois *novas* mães e pais determinam *novas* necessidades em cuidados de enfermagem. Assim, assumindo que os tempos mudaram, que a realidade é dinâmica e está em constante mudança, que as mães e os pais são confrontados com novos desafios face à parentalidade, poder-se-ão colocar, entre outras, questões como: será que os enfermeiros têm *novas respostas* para estas *novas mães* e estes *novos pais*? Será que existem respostas inovadoras que ajudem estes clientes a evoluir para um patamar mais elevado de saúde?

Os enfermeiros têm, ao longo dos tempos, apresentado algumas respostas. As sessões de grupo, durante a gravidez, abordando algumas questões relacionadas com o parto e, mais recentemente, com a parentalidade, têm sido uma dessas respostas. Assim, compreende-se que o uso da expressão *preparação para o parto* é restritiva para caracterizar o que é, ou pode ser, oferecido às mães e aos pais tendo em vista uma transição saudável para a parentalidade (Koenh, 2003; Polomeno, 2000; MacDonnell, 2000).

De facto, tradicionalmente, o *currículo* das sessões de preparação para o parto é preparado pelos profissionais da saúde a partir daquilo que pensam ser as necessidades, em particular

das mães, e não as necessidades individuais concretas e específicas de aprendizagem (Nolan, 2005; Petersson, Petersson & Hakansson, 2004; Koehn, 2003; Kohen, 2002; Dumas, 2002; Zwelling & Philips, 2001; Nichols & Humenick, 2000; Maloney, 1985; Enkin, 1990; Svensson, Barclay & Cooke, 2006; Walker, 1994; Gagnon, 2000). Talvez por isso, alguns estudos tenham vindo a apontar a preferência das mães por intervenções mais individualizadas. Esta ideia ficou evidente no estudo desenvolvido por Beger & Cook (1996) que verificaram que, relativamente à modalidade de aprendizagem, a maioria das mães considerou que a mais efetiva era a individualizada, dirigida às necessidades específicas, de acordo com os seus ritmos individuais de aprendizagem. Vários estudos têm vindo a revelar que as mães e os pais, quando inquiridos sobre o momento em que precisam da informação, respondem que a informação é necessária quando dela necessitam e/ou têm disponibilidade para aprender (Sink, 2009; Page, 2002; Birk, 1996).

Os achados acima descritos confirmam a importância do diagnóstico das necessidades de aprendizagem individuais e a sua relevância para cuidados de enfermagem significativos. De facto, a decisão por intervenções efetivas deve ser fundamentada no diagnóstico preciso das necessidades, nomeadamente identificar os défices em conhecimentos e em habilidades, isto é, a diferença entre o que sabe/sabe fazer e o que precisa saber/saber fazer (Reich, 2005; Bowman, 2005; Baker *et al.*, 2007). Acresce ainda o facto de, cada vez mais, os enfermeiros serem pressionados com vista a uma melhor gestão do tempo disponível para atendimento dos clientes; assim, avaliar o que as mães e os pais já sabem, facilita a gestão do tempo disponível e permite dedicar mais tempo às necessidades em défice, tornando a intervenção de enfermagem mais efetiva.

Nas intervenções do domínio informar, vários autores têm defendido que os enfermeiros deveriam incorporar os princípios da aprendizagem de adultos, para que os objetivos dessas intervenções sejam efetivamente alcançados (Russell, 2003; Redman, 2003; Enkin, 1990; Svensson, Barclay & Cooke, 2006).

Proceder ao diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem constitui o primeiro passo para qualquer ação do enfermeiro (Green & Wilkinson, 2004; ICN, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Avaliar as competências parentais constitui uma dimensão relevante para, por um lado, os enfermeiros basearem as decisões em torno do plano de cuidados para prepararem as mães e os pais para o exercício da parentalidade e, por outro, sustentarem a monitorização da evolução e acompanharem o processo da mãe e do pai de assumir os cuidados ao filho após o seu nascimento.

Ajudar as mães e os pais a identificarem as competências parentais em que já revelam mestria e aquelas em que apresentam déficit, apoiando, simultaneamente, o desenvolvimento dessas competências, é considerado, por vários autores, uma prioridade (Koniak-Griffin *et al.*, 2006). A avaliação das competências parentais corresponde, então, ao processo de diagnóstico das necessidades de aprendizagem relacionadas com os conhecimentos e com as habilidades para cuidar do filho. Esta avaliação pode ser considerada, por um lado, como uma atividade de diagnóstico – essencial para o estabelecimento de um plano de cuidados antecipatórios e individualizados para preparar as mães e os pais para o exercício do papel –, e, por outro, como monitorização do modo como está a decorrer a mobilização dos conhecimentos e das habilidades, após o nascimento da criança. Assim, a avaliação das competências parentais, para além de permitir avaliar a eficácia das intervenções, permite reformular os diagnósticos de enfermagem (Figura 2).

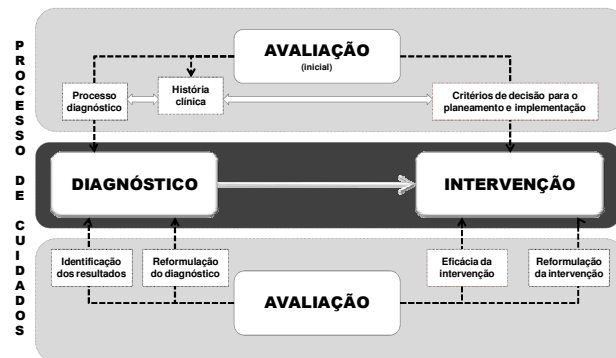


Figura 2. A relevância da avaliação das necessidades em cuidados para o processo de cuidados

Através da avaliação das competências parentais compara-se o que a pessoa sabe com os critérios ou os padrões de conhecimento e/ou de desempenho esperados, emitindo um julgamento de adequação ou inadequação. O processo de avaliação consiste em estabelecer o valor relativo de algo através da comparação a um padrão pré-determinado (Redman, 2003), permitindo medir o progresso, ou a extensão, em que os objetivos estabelecidos foram atingidos (ICN, 2006).

Com base neste entendimento, pode dizer-se que a avaliação das necessidades de aprendizagem tem múltiplas finalidades para o enfermeiro: (1) permite dirigir ou motivar a aprendizagem, já que fornece dados sobre o que os clientes necessitam de aprender; (2) pode ser usada para determinar o grau de perícia alcançado pelo cliente; (3) os julgamentos relativos à avaliação da aprendizagem proporcionam uma base que orienta a progressão do cliente; (4) fornece oportunidades para reforçar o comportamento correto; e, (5) facilita a adequação do processo de ensinar (Redman, 2003).

A incorporação de novos elementos no exercício do papel e nas rotinas de vida diária é essencial para alcançar um novo equilíbrio e um melhor nível saúde. De facto, o bem-estar que cada um percebe no desempenho do “novo” papel parece ter relação direta com a saúde, isto é, na representação mental que cada um tem da sua condição individual, conforto emocional e espiritual, bem-estar físico e controlo do sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A consciência do progresso da aprendizagem dos clientes e da respetiva motivação sugere ao enfermeiro a implementação de intervenções sequenciais, que respondam à “*necessidade de mestria em cada etapa*” (Redman, 2003:17). Por isso, estabelecer objetivos/critérios de resultado, em parceria com o cliente, aumenta a probabilidade de sucesso na aquisição de conhecimentos e de habilidades, bem como, a respetiva incorporação nos comportamentos.

A avaliação das competências parentais permite monitorizar a evolução da transição que a mãe e o pai estão a viver. O término de uma transição saudável é caracterizado pela existência de mestria – a que Meleis designa de *role mastery* – nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e à nova identidade. Assim, considera-se que uma transição termina a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias (Meleis *et al.*, 2000; Canaval *et al.*, 2007; Meleis, 2007).

A mestria pode ser definida como a perceção individual do controlo sobre os eventos da vida, assumindo um papel essencial na perceção do estado de saúde e de bem-estar (Edwards, 1991; Meleis *et al.*, 2000; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006; Krokavcova, 2008). De acordo com Canaval *et al.* (2007), a mestria possui cinco componentes: (1) a competência associada ao conhecimento ou habilidade cognitiva; (2) a iniciativa; (3) a destreza psicomotora; (4) a autoconfiança; e, (5) a capacidade para tomar decisões e empreender ações, implicando, nesta conjetura, um desempenho de papel com satisfação e perícia.

Do exposto fica a ideia de que a avaliação das competências parentais assume-se como um elemento crítico para transição para a parentalidade saudável e, por isso, com particular relevância para o exercício profissional dos enfermeiros. Todavia, a pesquisa de estudos que tomassem como propósito a investigação da avaliação de competências parentais, revelou-se infrutífera. De facto, na pesquisa efetuada nas bases de dados (CINAHL e ESBSCO), não foi possível identificar qualquer estudo dirigido, especificamente, à avaliação das “competências parentais”/“*parental competencies*”. Para além disso, quando se procurou

pelas palavras-chave “conhecimento”/“habilidade”/“knowledge”/“skills” associadas às palavras “mãe”/“pai”/“mother”/“father”/“parent” encontraram-se alguns estudos cujo propósito era o de avaliar o nível de conhecimentos, quer durante a gravidez, quer após o nascimento do filho.

Na maioria dos casos, os estudos centravam-se na avaliação dos conhecimentos das mães, nomeadamente, os conhecimentos sobre: (1) a *amamentação* (Giuliani *et al.*, 1995; Percegoni *et al.*, 2002; Saes *et al.*, 2006; Sandre-Pereira, Colares & Carmo, 2000; Silva *et al.*, 2005; Trindade, Linhares & Araújo, 2008; Volpato *et al.*, 2009; Susin *et al.*, 1999); (2) a *alimentação da criança até aos seis meses* (Barros & Seyffarth, 2008); (3) o *desenvolvimento infantil* (Huang *et al.*, 2005; Moura *et al.*, 2004; Ribas Jr, Moura, & Bornstein, 2007; Silva *et al.*, 2005); (4) a *saúde e a segurança* (Baker *et al.*, 2007; Kemp *et al.*, 1992; Prado & Fujimori, 2006; Vanderlei & Silva, 2004); (5) e os *cuidados gerais à criança* (Hanna, Nogueira & Honda, 2007; Senarath *et al.*, 2007; Reich, 2005).

Nos estudos revistos, os instrumentos de recolha de dados foram construídos expressamente para o efeito, exceto em alguns estudos que visavam avaliar o nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, nos quais foi utilizado o KIDI (*Knowledge of Infant Development Inventory*). Nos estudos analisados, à semelhança do KIDI, os questionários são de autopreenchimento, ou seja de autoavaliação. Os restantes métodos de recolhas de dados variam entre a entrevista semiestruturada e a entrevista estruturada. Verifica-se, anida, que na maior parte dos estudos, tal como seria de esperar, as questões estavam dirigidas a um tema específico.

Os estudos mais abrangentes, isto é, os que abordavam os cuidados à criança (Senarath *et al.*, 2007; Reich, 2005), incluíam conteúdos tais como: os cuidados ao coto umbilical, a amamentação, a alimentação e a nutrição, a vacinação, os hábitos de sono, o choro, a saúde e a segurança e o desenvolvimento infantil. Nestes dois últimos estudos foram usados instrumentos de investigação, na maioria dos estudos questionários estruturados, concebidos especificamente para o efeito e de autoavaliação (Anexo 2). Neste contexto, pode afirmar-se que na literatura disponível não foi possível identificar um instrumento que, numa lógica de processo de diagnóstico orientador da prática clínica dos enfermeiros, guie e sistematize a avaliação das competências parentais.

Assim, a evidência disponível e as novas realidades em torno da parentalidade constituem-se como pretextos que desafiam os enfermeiros a procurem respostas inovadoras para a avaliação das necessidades em cuidados dos seus clientes. De facto, atualmente, o repto colocado

aos enfermeiros passa pelo desenvolvimento de intervenções, determinadas pelos diagnósticos de enfermagem, capazes de contribuir para o bem-estar da mãe, do pai e da criança e para a satisfação e mestria no exercício do papel parental.

1.3 *Justificação do estudo*

As razões que fundamentaram a decisão sobre o objeto de estudo, e necessária delimitação, resultaram da interceção de três eixos: a transição para a parentalidade enquanto foco de atenção da Enfermagem; as competências parentais; e, o pressuposto que o diagnóstico de enfermagem como ponto prévio de qualquer intervenção de enfermagem e elemento-chave para o sucesso das terapêuticas de enfermagem (Meleis *et al.*, 2000, Paiva e Silva, 2007; Pereira, 2009), nomeadamente na promoção da transição saudável para a parentalidade.

Assim, considerando que:

- as circunstâncias, que pautam o realidade das mães e dos pais contemporâneos, trazem-lhes, no âmbito da respetiva transição para a parentalidade, novos desafios, nomeadamente: (1) a ambição de realização profissional da mãe e do pai; (2) a decisão de ter os filhos cada vez mais tarde; (3) a existência de número crescente de famílias nucleares e de famílias monoparentais, com conseqüente fragilidade no sistema de suporte; (4) os avanços tecnológicos que permitem que nasçam crianças, que noutros tempos não nasceriam ou não sobreviriam; (5) a existência de muitos pais que desejam participar ativamente no processo de gravidez e parto e assumir, em conjunto com as mães, os cuidados ao filho; (6) a existência de diversas fontes de informação disponíveis e acessíveis, profissionais ou não, e a literacia crescente no uso das novas tecnologias de informação, onde podem encontrar respostas para as mais variadas questões e dificuldades; (7) a falta de experiência em tarefas parentais, a falta de preparação para os cuidados à criança durante a gravidez ou a ineficácia dos programas de preparação e o reduzido tempo de internamento após o nascimento da criança que determinam elevados níveis de stress aquando do regresso a casa com os filhos nos braços;
- a relevância das competências parentais para a saúde da criança (permitem identificar e responder apropriadamente e com segurança às suas necessidades) realça a importância da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de habilidades por parte das mães e dos pais como condição necessária para decidirem e agirem de modo a

alcançarem autoeficácia e satisfação no exercício do papel, com a consequente percepção de mestria e de bem-estar;

- a importância da sistematização do processo diagnóstico para a identificação do diagnóstico e consequente decisão sobre as intervenções apropriadas, aliada ao facto de não se conhecer qualquer instrumento que permita a avaliação sistemática das competências parentais desde a gravidez e até ao sexto mês de idade da criança, desafia os enfermeiros a preencherem esta lacuna

foram emergindo várias questões: Será que, face às novas realidades, os enfermeiros poderão criar novas, inovadoras e efetivas respostas às necessidades destes clientes? Terá interesse ampliar o conhecimento sobre esta realidade? Quais os conhecimentos e as habilidades que as mães e os pais precisam de aprender para o desenvolvimento das competências parentais? Quais são as competências parentais que promovem a saúde da criança, da mãe e do pai? Quais as características de um instrumento que oriente a avaliação das competências parentais? De que modo pode, tal instrumento, ser usado como guia do processo de diagnóstico do enfermeiro? Como se caracterizam as competências parentais desde a gravidez e até ao sexto mês de idade da criança?

1.4 *Finalidade*

Acredita-se que um estudo que tome por objeto de estudo os elementos relacionados com a transição para a parentalidade poderá constituir-se como um contributo para consolidar o mandato social dos enfermeiros. Por isso, optou-se por um estudo que, procurando contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem e para a inovação nas práticas dos enfermeiros, tem como *finalidade* a promoção de uma transição saudável para a parentalidade, assumindo-se como um contributo específico para:

- Melhorar o processo diagnóstico através da construção de um instrumento, clinicamente útil, que sistematize a avaliação das competências parentais para o exercício saudável do papel parental, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade do filho;
- Ampliar o conhecimento sobre as competências parentais, através da sua caracterização, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade do filho;
- Construir um modelo orientador da avaliação das competências parentais, que possa ser usado pelos enfermeiros, quer nas interações presenciais, quer como base de configuração para intervenções com recurso às novas tecnologias.

A partir da finalidade do estudo é possível clarificar o sentido do estudo e a partir das questões é possível decidir sobre o dispositivo de investigação a implementar para lhes dar resposta.

1.4.1 Questões de investigação

As questões de investigação possuem a propriedade de circunscrever as decisões sobre os métodos, orientando a procura de respostas. Com o dispositivo de investigação, pretende-se saber:

- Quais as competências parentais necessárias para assegurar os cuidados ao filho, desde a gravidez até ao sexto mês de vida do filho?
- Qual o modelo para um instrumento que permita a avaliação das competências parentais, desde a gravidez até ao sexto mês de vida do filho?

Qual o conteúdo e a organização de um instrumento que avalie as competências parentais desde a gravidez até ao sexto mês de idade da criança?

Quando avaliar o nível de conhecimentos e o desempenho de habilidades das diversas competências parentais?

Quais as características (propriedades psicométricas) de um instrumento de avaliação das competências parentais?

- Como se caracteriza, em relação às propriedades psicométricas, a escala autoeficácia nos cuidados ao filho?

Quais as propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia nos cuidados ao filho?

- Como se caracterizam as competências parentais, desde a gravidez até ao 6.º mês de vida do filho?

Quais os indicadores das competências parentais em que maior número de mães apresenta falta de conhecimentos? Quais os indicadores das competências parentais em que maior número de mães não demonstra habilidades?

Quais os indicadores das competências parentais em que maior número de pais apresenta falta de conhecimentos? Quais os indicadores das competências parentais em que maior número de pais não demonstra habilidades?

Quais os indicadores das competências parentais em que menor número de mães apresenta falta de conhecimentos? Quais os indicadores das competências parentais em que menor número de mães não demonstra habilidades?

Quais os indicadores das competências parentais em que menor número de pais apresenta falta de conhecimentos? Quais os indicadores das competências parentais em que menor número de pais não demonstra habilidades?

Quais que as fontes de informação que influenciam o nível de conhecimentos e de habilidades?

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e parentais e o nível de conhecimentos e de habilidades das mães? Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e parentais e o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais?

Qual o perfil das mães mais bem preparadas? Qual o perfil dos pais mais bem preparados?

Qual a relação entre os conhecimentos e as habilidades das mães? Qual a relação entre os conhecimentos e as habilidades dos pais?

Qual o perfil das mães de acordo com os níveis de percepção da autoeficácia? Qual a relação entre o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e a percepção de autoeficácia nos cuidados ao filho?

1.5 Visão geral da tese

O relatório da tese que defendemos, e que procuramos demonstrar através de evidências e de argumentos, está organizado em cinco capítulos.

No primeiro capítulo procura-se, por um lado, contextualizar a problemática em torno da parentalidade nos tempos contemporâneos e explorar os conceitos e os estudos desenvolvidos no âmbito desta problemática, terminando com a apresentação da justificação, da finalidade e das questões de investigação.

No segundo capítulo descreve-se o enquadramento metodológico adotado, nomeadamente o processo de construção do instrumento de avaliação das competências parentais e os elementos metodológicos orientadores da consecução do estudo e respetivas considerações éticas.

No terceiro capítulo apresentam-se os resultados do tratamento dos dados, procurando usar como critérios de organização as questões que se pretendia ver respondidas, especificamente os resultados relacionados com as características das mães e dos pais e com variadas perspectivas e níveis de granularidade de caracterização das competências parentais.

No quarto capítulo discutem-se os resultados à luz dos estudos disponíveis, tentando evidenciar os achados que se distanciam ou ampliam dos resultados de outros estudos; neste capítulo, procura-se, com base nos resultados obtidos, construir um modelo orientador do processo diagnóstico, e consequentemente da informoterapia, que possa ser usado para funda-

mentar a organização e a sistematização do processo de enfermagem, quer seja presencial, quer à distância.

No quinto, e último, capítulo apresentam-se as principais conclusões do estudo, procurando associá-las a implicações para a prática, bem como às limitações e às sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO II	63
2. Metodologia	65
2.1 Desenho do estudo	65
2.2 FASE I: Construção do instrumento de avaliação das competências parentais	67
2.2.1 ETAPA I: Identificação das competências parentais e respetivos indicadores	68
2.2.1.1 Contributos das mães e dos pais: estudo empírico	69
<i>Da recolha de dados: entrevista, participantes e procedimentos</i>	69
<i>Da análise dos dados: análise de conteúdo e procedimento de codificação</i>	71
<i>Dos resultados: as competências parentais e respetivos indicadores</i>	73
2.2.1.2 Contributos da revisão da literatura	74
2.2.2 ETAPA II: Definição do modelo do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais	75
2.2.2.1 O que avaliar e quando avaliar: definição do conteúdo e dos momentos de avaliação	76
2.2.2.2 Como avaliar: definição dos critérios de avaliação das competências parentais	87
2.2.2.3 Formato do instrumento de avaliação das competências parentais	88
2.2.2.4 Análise da primeira versão do I_ACP	90
2.2.2.5 Escala de perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho	93
<i>Construção da escala de perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho</i>	94
<i>Propriedades psicométricas da escala de Perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho (PAE_CF)</i>	96
2.3 FASE II: Avaliação das Competências Parentais	101
2.3.1 População e amostra	101
2.3.2 Procedimento de recolha de dados	103
2.3.3 Definição das variáveis e dos critérios de medida	105
2.3.4 Análise e tratamento dos dados	110
2.3.5 Esquema síntese da metodologia do estudo	111
2.4 Considerações éticas	112

2. Metodologia

Neste capítulo procura-se clarificar os aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Começa-se por apresentar o desenho do estudo, passando-se depois para a descrição dos procedimentos relativos à construção do instrumento de avaliação das competências parentais e aos procedimentos relativos à avaliação das mesmas, abordando-se também os aspetos relacionados com a análise e o tratamento dos dados e, por fim, as considerações éticas que alicerçaram a realização do estudo.

2.1 Desenho do estudo

O desenho do estudo apresenta o plano geral do dispositivo de investigação concebido para responder às perguntas de investigação, incluindo “*as especificações para garantir a integridade do estudo*” (Polit, Beck & Hungler, 2006: 432), definindo o modo como os dados serão recolhidos e sob que condições.

Com o dispositivo de investigação adotado pretende-se estudar as competências parentais para o exercício da parentalidade, desde a gravidez até ao sexto mês de idade da criança, tendo por fundamento o postulado de que a qualidade do exercício parental pode ser fortemente influenciada pela aprendizagem de conhecimentos e de habilidades para responder, de modo efetivo, às necessidades da criança (Baker *et al.*, 2007; Bar-yam, 1996; Beger & Cook, 1996; Birk, 1996; Bliss-holtz, 1991; Bowman, 2005; Ferketich & Mercer, 1994; Ferketich & Mercer, 1995; Mercer, 1995; Mercer, 2006; Tarkka, 2003; Sword & Watt, 2005; Svensson, Barclay & Cooke, 2006; Salam, 1995; Sandre-Pereira *et al.*, 2000; Kuhn & Carter, 2006).

O estudo foi delineado de modo a revelar as características da população, particularmente as competências parentais, tanto transversal como longitudinalmente. De acordo com Mercer (1981), qualquer investigação que procure estudar o modo como se desenvolve um determi-

nado papel, nomeadamente o papel parental, exige um estudo com desenho longitudinal e análises transversais. A abordagem transversal prevê a observação de aspetos da população num momento específico e a longitudinal pressupõe a avaliação da mesma população em vários momentos, ao longo do tempo. Assim, será considerada a avaliação das competências parentais desde a gravidez ao sexto mês de idade da criança: gravidez, 1.^a/2.^a semana, 1.^o/2.^o mês, 3.^o/4.^o mês e 5.^o/6.^o mês.

A decisão de delimitar o período em estudo entre a gravidez e o sexto mês de idade da criança teve por base três ordens de razão. Primeiro, admite-se que este é o período de maior turbulência na transição para a parentalidade, sendo que a mestria no desempenho do papel parece ser percebida em torno dos quatro/seis meses após o nascimento do filho (Mercer, 1981; 1995). Segundo, assume-se que o crescimento e desenvolvimento infantil é particularmente sensível aos cuidados parentais, em particular nos primeiros meses de vida (Fowles & Horowitz, 2006). Terceiro, durante este período os enfermeiros têm diversas oportunidades para contactarem com a mãe/pai e a criança (Fowles & Horowitz, 2006). De facto, apesar de a responsabilidade de assegurar os cuidados ao filho se manter por toda a vida, a maternidade e a paternidade assumem maior visibilidade e impacto no primeiro ano da criança, muito por força da novidade da necessidade de assegurar uma grande quantidade de cuidados, por forma a garantir a sobrevivência e o desenvolvimento harmonioso da criança (Mercer, 1995; Canavaro, 2001).

O estudo pretende, também, explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo e descrever essas relações, bem como determinar a natureza da força e da direção das relações (Fortin, 1996; Polit, Beck & Hungler, 2006).

Assume-se como **finalidade**: contribuir para a promoção da transição saudável para a parentalidade, através da construção de um instrumento que guie a avaliação das competências parentais e que permita a caracterização e a definição de um perfil de cliente dos cuidados de enfermagem centrado na preparação para a maternidade/paternidade, desde a gravidez até ao 6.^o mês de idade da criança. Na procura da consecução daquela finalidade, organizou-se a investigação em duas fases principais. Na fase I, pretende-se construir um instrumento de avaliação das competências parentais e, na fase II, procura-se caracterizar as competências parentais, desde a gravidez até ao 6.^o mês de idade da criança (Figura 3).

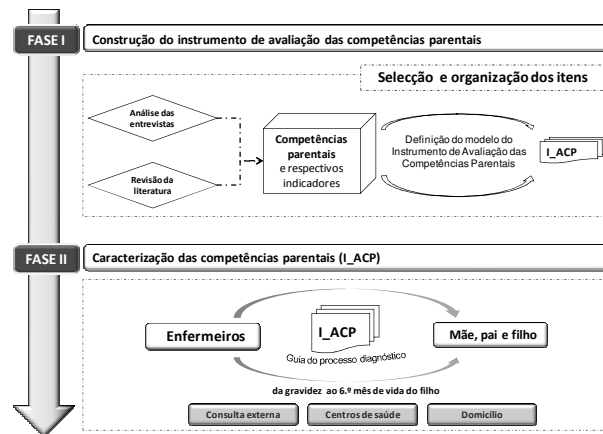


Figura 3. Desenho do estudo: Fase I e Fase II

Em seguida, descreve-se o percurso metodológico de cada uma das fases, nomeadamente no que se refere às técnicas de recolha de dados, aos critérios de seleção dos participantes e à determinação da dimensão amostra e os procedimentos de recolha e de análise dos dados.

2.2 FASE I: Construção do instrumento de avaliação das competências parentais

Para os serviços e para os profissionais da saúde, em particular para os enfermeiros, é essencial conhecer as necessidades da população-alvo dos seus cuidados (Carvalho, 2006). Assim, estudos que concorram para caracterizar tanto as competências para o exercício efetivo do papel parental, bem como para definir o perfil das mães e dos pais em função do respetivo nível de preparação para o exercício do papel, contribuem para a definição dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e determinar os planos de ação que respondam às respetivas necessidades. Para este desiderato é essencial a construção de instrumentos que tornem sistemática a avaliação das necessidades em cuidados.

Os estudos que visam a construção de instrumentos são considerados estudos metodológicos, sendo considerados relevantes e indispensáveis em qualquer disciplina do conhecimento (Polit, Beck & Hungler, 2006). O desenvolvimento de um instrumento engloba quatro fases (Almeida & Freire, 2007; McDowell & Newell, 1996). A primeira fase corresponde à definição da base conceptual, especificamente a definição do objetivo, a definição dos conceitos e a definição dos conteúdos e da população-alvo; a segunda fase corresponde à organização dos itens; a terceira fase corresponde à revisão e teste do modelo do instrumento; e, a quarta fase corresponde à definição da versão final do instrumento a usar.

A clarificação do que se pretende medir e a definição das dimensões do constructo orientam a construção do instrumento (Paschoal, 2004; McDowell & Newell, 1996; Almeida & Freire, 2007). Por isso, na primeira fase, procura-se definir o que se vai avaliar, com que objetivo e junto de quem (Figura 4).

O que se vai avaliar...	Competências parentais , definidas como conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que promovem o desempenho do papel parental com satisfação e mestria, contribuindo deste modo para o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.
Objectivo...	Orientar o processo diagnóstico e sistematizar a avaliação das competências parentais.
A quem...	Mães e pais, desde a gravidez até ao sexto mês de idade da criança.

Figura 4. Características definidoras do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais

A avaliação das competências parentais assume-se como elemento diagnóstico básico para gerir e implementar as intervenções relativas aos processos de aprendizagem das mães e dos pais em matéria dos cuidados à criança. Por isso, importa desenvolver um instrumento que facilite o processo diagnóstico das necessidades de aprendizagem das mães e dos pais e sistematize a avaliação do nível de mestria no desempenho das tarefas parentais.

Assim, tomando por referência o conceito de competências parentais e a inexistência de um instrumento que organize o processo de avaliação das necessidades de aprendizagem partiu-se para a construção de um instrumento de medida destinado a nortear a avaliação das competências parentais, desde a gravidez até ao sexto mês de idade da criança.

2.2.1 ETAPA I: Identificação das competências parentais e respetivos indicadores

Uma etapa essencial do processo de construção de um instrumento é a definição do seu conteúdo. A seleção do conteúdo pode ser gerado a partir de várias fontes, como, por exemplo, entrevistas, revisão da literatura (livros, artigos científicos, estudos clínicos e outros instrumentos), experiência pessoal na abordagem do objeto de estudo ou discussão com peritos. Neste estudo, a definição do conteúdo do instrumento resulta de dois tipos de contributos: da opinião de mães e de pais portugueses, especificamente da região do grande Porto, e da revisão da literatura. Assim, começou por realizar-se um estudo descritivo e de natureza qualitativa, cujo objetivo foi identificar as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, para se prepararem e para assumirem os cuidados ao filho. A revisão da literatura forneceu contributos para complementar e confirmar os elementos identificados no estudo referido.

2.2.1.1 Contributos das mães e dos pais: estudo empírico

Numa abordagem qualitativa da realidade, delineou-se um estudo exploratório e descritivo que teve como objetivo **identificar as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais para uma transição saudável para a parentalidade**, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade da criança.

Para concretizar este objetivo, adotou-se uma abordagem qualitativa, já que o que se pretendia era conhecer a perspetiva dos informantes, nas suas próprias *palavras*, relativamente às suas próprias necessidades de aprendizagem (Polit, Beck & Hungler, 2004; Denzin & Lincoln, 2001; Bogdan & Biklen, 1994; Strauss & Corbin, 2008).

Da recolha de dados: entrevista, participantes e procedimentos

Para dar resposta à questão: “*quais as necessidades de aprendizagem relatadas pelas mães e pelos pais para assumirem os cuidados ao filho, durante os primeiros 6 meses de vida da criança?*”, optou-se pela entrevista como técnica de recolha de dados.

A entrevista é apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. A linguagem está intimamente ligada ao pensamento, por isso, a entrevista assume-se como uma das formas mais comuns e poderosas de compreender a realidade, permitindo o envolvimento do entrevistado e do entrevistador na produção do conhecimento (Fraser & Gondim, 2004; Polit, Beck & Hungler, 2006; Fontana & Frey, 2001). Entre as diferentes possibilidades de entrevista, optou-se pela entrevista semiestruturada. Esta escolha implicou decisões em torno de dois aspetos: um, centrado no guião da entrevista – o que perguntar para obter os dados relevantes para responder à questão de investigação; e, outro, centrado na seleção dos participantes – que mães e que pais entrevistar.

O *guião da entrevista* foi elaborado tomando por referência um conjunto de perguntas que estimulassem a mãe e/ou o pai a falar sobre o tema e que permitissem identificar as necessidades de aprendizagem das mães e/ou dos pais para conseguirem assumir os cuidados ao filho com mestria, desde a gravidez ao 6.º mês de idade da criança. Assim, tendo em vista abarcar a perceção das necessidades passadas, presentes e futuras, adotou-se como pergunta de partida: *o que pensa que seria/é/será necessário aprender para conseguir cuidar do seu filho com confiança e perícia?*

Para além do guião da entrevista, construiu-se um formulário para registo dos dados demográficos (idade, estado civil, profissão, etc.), obstétricos (paridade, gravidez/pós-parto, etc.) e fontes de informação (Anexo 3).

A *seleção dos participantes* teve em consideração a escolha de mães e de pais, quer durante a gravidez, quer nos diversos momentos após o nascimento do filho, dado a intenção de conhecer o que ambos precisavam de aprender para cuidarem do filho. A técnica de amostragem foi a de conveniência e intencional. De conveniência, porque a seleção dos informantes teve por base a facilidade de acesso e disponibilidade; e, intencional, dada a escolha deliberada na seleção dos informantes (Polit, Beck & Hungler, 2006). Os critérios de inclusão definidos foram: (1) ser mãe ou pai durante a gravidez ou ter um filho com menos de seis meses de idade e (2) aceitar participar. Todas as mães e todos os pais convidados aceitaram ser entrevistados.

Identificada a população e definidos os critérios de participação, faltava identificar o número de participantes: quantas entrevistas seriam suficientes para descrever as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais? Para responder a esta pergunta, tomou-se por referência o estudo realizado por Guest, Bunce & Johnson (2006) que aconselham a selecção cuidadosa da amostra intencional e ponderação quanto à sua dimensão. De acordo com aqueles autores, se o grupo for homogéneo, vinte entrevistas são suficientes para atingir a saturação dos teórica, sendo que a saturação ocorre nas primeiras doze entrevistas, apesar de os elementos básicos para os temas se poderem encontrar nas primeiras seis. Na mesma linha de pensamento, Fraser & Gondim (2004) referem que mais do que o número de entrevistados, importa a capacidade daqueles para trazer conteúdos significativos para a compreensão do objeto de estudo. Assim, decidiu-se realizar as entrevistas e proceder à análise de conteúdo até que não emergissem novos conteúdos no processo de análise: saturação teórica.

O contacto inicial com a mãe ou com o pai era feito quando um ou ambos recorriam aos serviços de saúde, nomeadamente à consulta de gravidez, consulta de puérpério ou consulta infantil. Quando se verificavam os critérios de inclusão: mãe e/ou pai expectante ou filho de idade inferior a seis meses de vida, era formulado o convite para participar no estudo. O convite incluía uma explicação sumária sobre o estudo, informação sobre as condições para colaborar e, aludia-se, ao modo de participação, assegurando, deste modo, o consentimento informado (Anexo 4).

As entrevistas foram realizadas de março a agosto de 2007. Realizaram-se entrevistas a 51 mães e pais. Em termos de *caracterização da amostra*, entrevistaram-se 40 mães e onze pais, uns ainda durante a gravidez (n=27) e outros já após o filho ter nascido, mas com idade inferior a seis meses (n=24). A idade média das mães foi de 30 anos e a dos pais de 32 anos. A escolaridade das mães e dos pais foi, em média, de 12 anos. Verificou-se que 96% eram casados ou vivendo em união de facto. Das 21 mães entrevistadas durante a gravidez verificou-se que a idade gestacional média foi de 30 semanas e, nos seis futuros pais entrevistados, a idade gestacional média foi de 31 semanas, variando no conjunto entre as 12 e as 39 semanas de gestação. Nas entrevistas que decorreram após o nascimento do filho, constatou-se que a idade média do filho rondou o mês de vida, tendo variado entre os cinco e os 120 dias de vida. Para 63% tratava-se do primeiro filho. Nas entrevistas que decorreram após o nascimento do filho, constatou-se que a idade média do filho rondou o mês de vida, tendo variado entre os cinco e os 120 dias de vida.

Da análise dos dados: análise de conteúdo e procedimento de codificação

A análise de dados envolveu os procedimentos, desde a transcrição das entrevistas até à organização dos textos em unidades de análise, procurando-se descobrir padrões e elementos que permitissem ampliar a compreensão e a integração dos dados recolhidos. Este processo de análise não é “*um processo estruturado, estáticos ou rígido*” (Strauss & Corbin, 2008: 65); antes pelo contrário, é um processo criativo, no qual o investigador se move entre os diversos tipos de codificação e recorre aos procedimentos analíticos de forma a responder às questões de investigação.

Os procedimentos de análise seguiram os princípios das metodologias qualitativas, tomando por referência os processos de análise descritos na *grounded analysis*. Fernandes & Maia (2002) referem que os investigadores selecionam os procedimentos mais apropriados para os objetivos da pesquisa, e não o método “puro”, designando este processo de análise de conteúdo de *grounded analysis*. Esta ideia está em conformidade com o defendido por outros autores, quando referem que a escolha dos procedimentos de codificação deve ser guiada pelas questões de investigação e que as fases do processo de análise podem ser alternadas e que nem todas necessitarão ser usadas (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2008; Mayring, 2000). A *grounded analysis* orienta a análise no sentido da descoberta das categorias, a partir dos conceitos que emergem dos dados; claro está que a definição de cada categoria implica a identificação das suas propriedades e das respetivas dimen-

sões (Fernandes & Maia, 2002). Estes procedimentos são sobreponíveis aos descritos por Strauss & Corbin (2008) por micro-análise, correspondendo a um procedimento de análise que reflete “*uma combinação de codificação aberta e axial*” (Strauss & Corbin, 2008:65). A codificação aberta tem como propósito identificar os conceitos nos dados recolhidos, através da separação dos dados “*em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças*” (Strauss & Corbin, 2008:104). A codificação axial corresponde ao processo de estabelecer relações entre as categorias e as suas subcategorias.

O *procedimento de análise* teve início logo aquando da transcrição das entrevistas (Silverman, 2001). Após a transcrição, passou-se a uma análise mais detalhada, essencial para gerar as categorias (Strauss & Corbin, 2008). Nos relatos dos participantes procurava-se identificar o que, na respetiva perspectiva, seria relevante aprender para assumir os cuidados ao filho. Algumas questões de fundo foram guiando o procedimento de análise: *o que isto quer dizer? O que é que isto representa? A que dimensão do conhecimento refere este relato? Que habilidade afigura este relato?*

Às unidades de análise que representassem ideias similares foi atribuída a mesma designação (Niegel & Lee, 1998; Strauss & Corbin, 2008). Assim, ao longo do processo de análise foram emergindo as categorias, que configuravam as *competências parentais*, e as subcategorias, que configuravam os indicadores das competências parentais, do domínio conhecimento e do domínio habilidade.

A escolha dos nomes das categorias começou por ser intuitiva, isto é, de acordo com o que imediatamente ocorria à ideia, tal como se ilustra no exemplo seguinte.

«Agora...dou-lhe de comer [alimentar a criança] ...o banhinho... [banho] ...lá no hospital a enfermeira [fonte de informação] deu o primeiro para explicar a mim [instruir a dar banho], tive eu e o meu marido a ver e logo no segundo dia eu peguei logo nela, para lhe dar banho [aprender a dar banho] ... pois claro, eu tinha que aprender, [reconhecer necessidade de aprender] não é? Claro que tive um bocadinho de receio [medo associado ao cuidado - banho] ... ela era tão pequenina... [justificação do medo; necessidade de aprender medidas de segurança] que uma pessoa até tem medo de a aleijar [justificação do medo], mas adaptei-me bem ...depois fui sempre eu, a [perceção da adaptação ao papel] nunca foi a minha mãe, nem a minha sogra [suporte familiar] ...fui sempre eu...a mudar a fralda [trocar a fralda], por acaso adaptei-me bem...a tudo... às vezes pensei até que fosse mais complicado [expectativa em relação ao desempenho do papel], como é a primeira e tudo [ausência de experiência anterior] ...» (E6)

O nome das categorias e das subcategorias foi sendo revisitado e reformulado de acordo com o conteúdo que parecia estar representado – do domínio do conhecimento e da habilidade. Por exemplo, no início da análise havia uma categoria designada de “*cólicas*” (*código in vivo*). Com a continuação da análise, percebeu-se que o que as mães/pais pareciam referir como necessidade de aprendizagem o *como reconhecer que a criança está com cólicas e como lidar com a situação*, o que condicionou o ajustamento da nomeação da categoria.

Estava claro que, pela natureza da análise, cada vez que se criava uma categoria decidia-se sobre a organização dos dados (Roberts & Wilson, 2002; Odena, 2007; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2008). Neste processo flexível e dinâmico, as categorias iam sendo reformuladas: novas categorias iam sendo criadas, outras pareciam assumir-se como subcategorias.

Para facilitar o manuseamento dos dados, nomeadamente alterar, apagar, criar, visualizar, e conseguir organizar o produto da análise, as categorias e as subcategorias recorreu-se ao NVivo7. O NVivo7 é um *software* destinado a facilitar o processo de codificação, auxiliando os investigadores a lidar com os dados ao longo da análise qualitativa, permitindo criar categorias, codificar, fazer buscas e questionar os dados com o objetivo de responder às questões de investigação (Bazeley & Richards, 2000; Richards, 2006; Lichtman, 2001; Odena, 2007). Apesar de todas as mais-valias do NVivo7, o processo de análise e o seu desenvolvimento não são possíveis sem o envolvimento efetivo do investigador e a leitura atenta dos textos.

Dos resultados: as competências parentais e respetivos indicadores

Sob o tema *o que aprender para cuidar do filho* foram identificadas as categorias, que representavam *competências parentais* – os conhecimentos e as habilidades necessárias para se preparar e para assegurar os cuidados ao filho nos primeiros seis meses de vida. Foram identificadas 17 competências parentais (Figura 5).

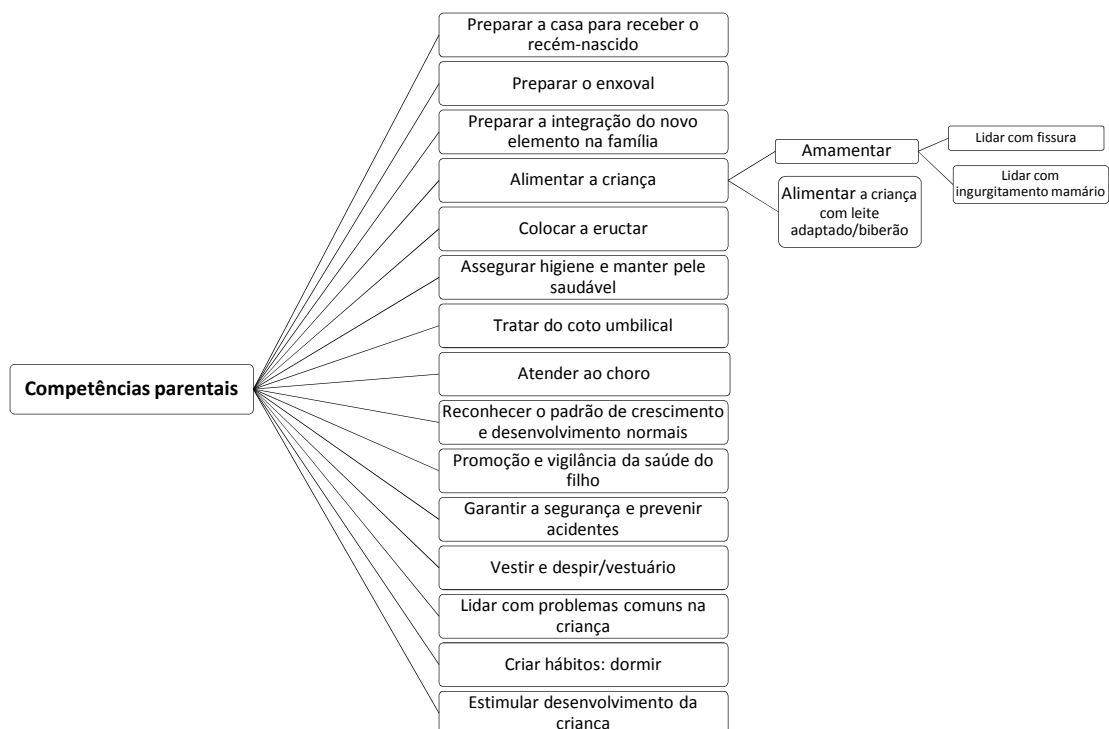


Figura 5. Categorias associadas às competências parentais

Relativamente à competência parental *alimentar a criança* foi possível distinguir duas competências específicas: *amamentar* e *alimentar com biberão/leite adaptado*. Acresce ainda que quando as mães amamentam emerge mais uma competência específica: *lidar com as complicações associadas (fissura/ingurgitamento mamário)*. As subcategorias representam os conhecimentos e as habilidades (indicadores das competências parentais) referidos pelas mães e pais como conteúdos relevantes para o processo de aprendizagem para se prepararem e para assumirem os cuidados ao filho (Anexo 5).

2.2.1.2 Contributos da revisão da literatura

A revisão da literatura teve como principal propósito complementar as necessidades de aprendizagem já identificadas. Para a seleção dos conteúdos a analisar recorreu-se a duas fontes principais: as bases de dados disponíveis e a *Nursing Outcomes Classification*.

Recorreu-se à classificação de resultados de enfermagem, desenvolvida, desde 1991, pela equipa da *University of Iowa College of Nursing*, pelo facto de o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento resultar de estudos de investigação clínica (Johnson, Maas & Moorhead, 2000).

Procedeu-se a uma pesquisa na CINALHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e na *Cochrane Database of Systematic Reviews* e em repositórios de estudos, dissertações e teses portuguesas. Foram usadas como palavras-chave, em inglês: *transition to parenthood; parenting; parental competence; maternal competence; parental learning needs; maternal learning needs; learning needs during pregnancy; parental efficacy; mother and child care*; e em português: parentalidade, maternidade, paternidade, necessidades de aprendizagem da mãe/pai/ durante a gravidez; competência materna. Aceitaram-se estudos publicados a partir de 1980.

Da pesquisa realizada emergiram artigos e teses que interessava analisar, já que, após leitura do resumo/*abstract*, se inferiu que abordavam, direta ou indiretamente, conteúdos relacionados com as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais para assumirem o papel parental, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade da criança. A questão que guiou a análise dos estudos foi: *que necessidades de aprendizagem é possível inferir a partir dos resultados do estudo?* Da análise dos estudos foram identificadas um conjunto de conhecimentos e de

habilidades relacionados com as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais para se prepararem e assegurarem os cuidados ao filho (Anexo 1).

Entendida como uma etapa complementar da revisão da literatura, com vista à identificação das necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, procedeu-se à análise detalhada dos resultados (*outcomes*), e dos respetivos indicadores, inscritos na classificação dos resultados de enfermagem (NOC). A NOC é uma classificação dos resultados relativos ao cliente, desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem. A 3.^a edição (2008) apresenta 330 resultados, dos quais 311 referem resultados do domínio individual, organizados em 31 classes e sete domínios. Os domínios são: saúde funcional; saúde fisiológica; saúde psicossocial; conhecimento e comportamento de saúde; perceção do estado de saúde; saúde da família; e, saúde comunitária. Os resultados têm associado a definição e um conjunto de indicadores considerados relevantes para descrever e determinar a condição do cliente em relação a um determinado resultado (Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

Os resultados e os indicadores são entendidos como elementos úteis para a avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem. De facto, a sua avaliação inicial é essencial para monitorizar a evolução da situação sob efeito das intervenções de enfermagem e ao longo do tempo (Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

Assim, da análise resultado a resultado, identificaram-se sete resultados (*outcomes*), tanto do domínio do conhecimento como do domínio do desempenho, que se relacionavam com os cuidados à criança, especificamente com crianças até aos seis meses de idade. Foram considerados relevantes para descrever as necessidades de aprendizagem os indicadores dos resultados (*outcomes*): (1) estabelecimento da amamentação: mãe; (2) estabelecimento da amamentação: bebé; (3) amamentação: manutenção; (4) amamentação: desmame; (5) conhecimento: amamentação; (6) conhecimento: cuidados com o bebé; e, (7) maternidade/paternidade: segurança da criança (Anexo 6).

2.2.2 ETAPA II: Definição do modelo do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais

Nesta etapa interessava definir o modelo do instrumento de recolha de dados quanto ao conteúdo, ao formato e quanto às condições de aplicação, a partir dos conteúdos identificados na etapa anterior, a partir de diversas fontes. Assim, tendo presente o objetivo do I_ACP, procurou-se definir *o que avaliar, quando avaliar* e os *critérios de avaliação*.

2.2.2.10 *que avaliar e quando avaliar: definição do conteúdo e dos momentos de avaliação*

O conteúdo substantivo a incluir no instrumento resultou da organização das necessidades de aprendizagem identificadas na revisão da literatura e na análise das entrevistas, definindo-se, assim, o *que avaliar*.

Como já foi referido na introdução, na literatura ainda não se encontrou resposta cabal sobre os momentos mais indicados para avaliar a necessidade de aprendizagem e para prover a informação sobre os cuidados ao filho. Aliás, são vários os autores que recomendam a realização de mais estudos sobre qual o melhor momento para avaliar a necessidade de aprendizagem sobre os cuidados à criança. A organização dos diversos indicadores em função dos diversos momentos teve por base as referências encontradas na literatura (Brazelton & Cramer, 1990; Birk, 1996; McCann, 1997; Camiletti & Alder, 1999; Lugina *et al.*, 2001; Page, 2002; Bowman, 2005; Sword & Watt, 2005; Berman, 2006; Senarath *et al.*, 2007), a experiência da investigadora e de peritos nesta área de prestação de cuidados de enfermagem e o conceito de cuidados antecipatórios. Assim, para se proceder à avaliação das competências parentais, e tomando em consideração o facto de o desenho do estudo ser longitudinal, foram definidos dois períodos axiomáticos: um antes do nascimento (gravidez) e outro após o nascimento; em cada um dos períodos foram identificados momentos chave – três durante a gravidez e quatro após o nascimento da criança –, tal como se procura ilustrar na Figura 6.

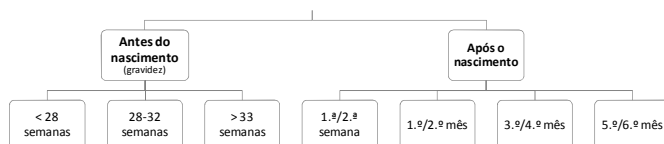


Figura 6. Distribuição dos momentos previstos no I_ACP para avaliar as competências parentais

Durante a gravidez, definiram-se três momentos para avaliação das competências parentais: antes das 28 semanas, das 28 às 32 semanas e após as 33 semanas de gestação. Admitiu-se, contudo, que, durante a gravidez, a avaliação poderia ocorrer num único momento de acordo com a disponibilidade da mãe e/ou do pai. Em relação ao período após o nascimento da criança, estipulou-se a avaliação das competências parentais em quatro momentos: 1.^a/2.^a semana, 1.^o/2.^o mês, 3.^o/4.^o mês e 5.^o/6.^o mês de idade da criança.

Identificadas as competências parentais e respetivos indicadores e estabelecidos os momentos a contemplar na avaliação, procedeu-se à definição do conteúdo e à lógica de organização do instrumento.

Na competência *preparar a casa para receber o recém-nascido*, foram identificados cinco indicadores do domínio do conhecimento, relacionados com os conhecimentos necessários para organizar a casa de modo a garantir a segurança e o conforto do recém-nascido e para conhecer os critérios de escolha de alguns materiais e equipamentos, nomeadamente a cama ou o berço, a banheira, a cadeira de transporte e o carrinho de passeio. A avaliação dos conhecimentos nesta competência foi sugerida em torno das 28 semanas de gestação (Quadro 1).

Quadro 1. Competência parental: Preparar a casa para receber o recém-nascido e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Preparar a casa para receber o recém-nascido	< 28 semanas de gestação	Conhecimento sobre as características do quarto do recém-nascido	5
		Conhecimento sobre as características do berço/cama	
		Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	
		Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	
		Conhecimento sobre as características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	

Relativamente à competência *preparar o enxoval*, foram identificados cinco indicadores do domínio conhecimento, organizados em dois momentos de avaliação. Antes da 28.^a semana de gestação, sugere-se a avaliação dos conhecimentos necessários para decidir o que adquirir para o enxoval e que critérios usar na respetiva escolha, nomeadamente das roupas, das fraldas e dos toalhetes e da chupeta (critérios de escolha e quando a oferecer à criança); já em relação aos conhecimentos sobre o que levar para o hospital, dado ser um conhecimento a ser mobilizado mais próximo do nascimento, sugere-se a sua avaliação a partir das 33 semanas (Quadro 2).

Quadro 2. Competência parental: Preparar o enxoval e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Preparar o enxoval	< 28 semanas de gestação	Conhecimento sobre os critérios de escolha da roupa para o bebé Conhecimento sobre os cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé Conhecimento sobre os critérios de escolha e de uso de chupeta Conhecimento sobre os critérios de escolha das fraldas e toalhetes	4
	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre o necessário preparar para levar para o hospital	1

No que se refere à competência *preparar a integração do novo elemento na família*, foram identificados três indicadores relacionados com o conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração do novo elemento na família. Dado a especificidade do tipo de estratégias, considerou-se a avaliação do conhecimento sobre as estratégias a adotar para gerir o ciúme do irmão durante a gravidez antes das 28 semanas de gravidez e o conhecimento sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão a adotar durante o internamento e nos primeiros dias após o regresso a casa numa fase mais avançada da gravidez, isto é, após as 33 semanas de gestação (Quadro 3).

Quadro 3. Competência parental: Preparar a integração do novo elemento na família e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Preparar a integração do novo elemento na família	< 28 semanas de gestação	Conhecimento sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez	1
	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento Conhecimento sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa	2

Em relação ao *alimentar a criança*, de acordo com a escolha do método de alimentação do filho, distinguiram-se duas competências parentais: *amamentar e lidar com complicações associadas* e *alimentar com biberão*, tendo em vista a especificidade dos conhecimentos e das habilidades exigidas para as decisões e o desempenho relativos à tarefa parental.

A competência *amamentar e lidar com as complicações associadas* agregou 38 indicadores, tanto do domínio do conhecimento como do domínio da habilidade. Os indicadores associados a estas competências referem necessidades de aprendizagem relacionadas com a capacidade para amamentar o filho, saber como prevenir e tratar complicações e como manter a lactação, pelo menos até ao sexto mês de idade da criança.

Assim, durante a gravidez, especificamente entre as 28-32 semanas de gestação sugeriu-se a avaliação do conhecimento sobre os conteúdos básicos para conseguir manter a amamentação e lactação; decidir a duração e frequência das mamadas; reconhecer se o leite materno está a suprir as necessidades hídricas e nutricionais da criança; amamentar com a técnica correta; e, como prevenir as complicações mais frequentes – a fissura e o ingurgitamento mamário.

Após o nascimento, na 1.ª/2.ª semana, interessava avaliar a habilidade para amamentar e a capacidade para mobilizar o conhecimento, adquirido durante a gravidez e as primeiras 48 horas pós-parto (duração normal do período de internamento), para tomar decisões inerentes à amamentação.

Já no 1.º/2.º mês recomendava-se a avaliação do conhecimento sobre como manter a lactação e como conservar o leite materno de modo a assegurar o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade da criança, tal como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1998, 1996).

Ao 3.º/4.º mês, mantendo a intencionalidade de oferecer cuidados antecipatórios, interessa avaliar o conhecimento sobre estratégias de desmame de modo a manter o aleitamento materno, se desejado, mesmo após a introdução de novos alimentos e regresso ao trabalho (Quadro 4).

Quadro 4. Competência parental: Amamentar e lidar com as complicações associadas e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Amamentar e lidar com as complicações associadas [fissura e ingurgitamento mamário (IM)]	28-32 semanas de gestação	Conhecimento sobre os benefícios da amamentação Conhecimento sobre as características do colostro e do leite Conhecimento sobre os critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas Conhecimento sobre os critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas Conhecimento sobre os sinais de ingestão nutricional suficiente Conhecimento sobre os sinais de fome Conhecimento sobre os sinais de saciedade Conhecimento sobre a posição da mãe e do filho Conhecimento sobre os sinais de pega adequada Conhecimento sobre as estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada Conhecimento sobre os sinais de produção e libertação de leite Conhecimento sobre as medidas que estimulam a lactação Conhecimento sobre a influência da alimentação da mãe no leite (composição) Conhecimento sobre os efeitos da ingestão de cafeína na criança Conhecimento sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança Conhecimento sobre os efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança Lidar com fissura: conhecimento sobre os fatores de risco de fissura do mamilo Lidar com fissura: conhecimento sobre as medidas de prevenção de fissura do mamilo Lidar com IM: conhecimento sobre a diferença entre a subida de leite vs IM Lidar com IM: conhecimento sobre os fatores de risco de IM Lidar com IM: conhecimento sobre as medidas de prevenção de IM	21
	1.ª/2.ª semana após o nascimento	Habilidade para identificar sinais de ejeção de leite Habilidade para adotar posição confortável e posicionar a criança Habilidade para assegurar pega adequada Habilidade para estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada Habilidade para interromper a sucção antes de retirar a criança da mama Habilidade para adotar medidas adequadas de higiene das mamas Habilidade para reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere Lidar com fissura: habilidade para reconhecer sinais de fissura do mamilo Lidar com fissura: habilidade para implementar medidas de tratamento da fissura Lidar com fissura: habilidade para reconhecer sinais de cicatrização da fissura Lidar com IM: habilidade para reconhecer sinais de ingurgitamento mamário Lidar com IM: habilidade para implementar medidas de alívio do IM Lidar com IM: habilidade para extrair leite manualmente/com bomba	13
	1.ª/2.ª mês	Conhecimento sobre estratégias para manter a lactação/amamentação Conhecimento sobre como extrair leite para armazenar Conhecimento sobre condições e material para armazenar leite materno Conhecimento sobre como descongelar o leite materno	4

A competência *alimentar a criança com biberão/leite adaptado* agregou oito indicadores, relacionados com os conhecimentos sobre os critérios de escolha do equipamento para alimentar, nomeadamente as características do biberão, tetinas e equipamento para esterilizar e com as habilidades para preparar o leite adaptado e para alimentar a criança com biberão corretamente (Quadro 5).

Na organização dos indicadores associados a esta competência verificou-se uma situação de exceção. Sugere-se a avaliação dos conhecimentos relativos a estas competências quando, durante a gravidez, era identificado que a mãe apresentava impossibilidade de amamentar ou decidiu não amamentar e/ou manifestava interesse em saber mais sobre o assunto. Avalia-se os conhecimentos relacionados com o aleitamento artificial, nomeadamente o material e equipamento necessários, os métodos de lavagem e a esterilização dos materiais, a preparação do leite artificial e a técnica de alimentação por biberão.

Se tais situações não fossem identificadas, a avaliação dos conhecimentos e/ou habilidades, relacionados com esta competência, seria implementada somente após o nascimento (1.ª/2.ª semana), se identificado compromisso na amamentação ou a mãe decidir alimentar a criança com biberão. Dado que em muitos casos, o abandono da amamentação ocorre ao final do 1.º

mês, nesta altura interessa avaliar as habilidades para preparar o leite de acordo com as indicações e na quantidade adequada às necessidades nutricionais à fase de crescimento e desenvolvimento da criança.

Quadro 5. Competência parental: Alimentar a criança com biberão e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança com biberão	< 28 semanas de gestação * * Somente se impossibilidade de amamentar	Conhecimento sobre material: biberões e tetinas e critérios de escolha Conhecimento sobre métodos de lavagem e esterilização Conhecimento sobre como preparar o leite adaptado Conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão.	4
	1. ^ª /2. ^ª semana após o nascimento	Conhecimento sobre material: biberões e tetinas e critérios de escolha Conhecimento sobre métodos de lavagem e esterilização Conhecimento sobre como preparar o leite adaptado Conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão Habilidade para garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão, tetinas) Habilidade para garantir preparar o leite de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança Habilidade para garantir alimentar a criança, com técnica correta	7
	1. ^ª /2. ^ª mês	Habilidade para garantir preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	1

Pese embora as competências *amamentar* e *alimentar com biberão* exigirem conhecimentos e habilidades específicos, reconhece-se que existem conhecimentos e habilidades transversais a ambos os métodos de *alimentar a criança*. Assim, foram identificados dez indicadores que referiam os aspetos básicos relativos à nutrição adequada da criança, de acordo com a sua idade, especialmente nos primeiros meses de vida. Na 1.^ª/2.^ª semana após o nascimento, interessa avaliar os conhecimentos da mãe e/ou do pai relativamente à capacidade para decidir sobre o horário das refeições, para identificar os sinais de fome e de ingestão nutricional suficiente e para decidir sobre as necessidades nutricionais e hídricas naquela etapa específica. Ao 3.^ª/4.^ª mês, interessa avaliar os conhecimentos sobre a introdução de novos alimentos (Quadro 6).

Quadro 6. Competência parental: Alimentar a criança e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Alimentar a criança	1. ^ª /2. ^ª semana após o nascimento	Conhecimento sobre frequência das refeições Conhecimento sobre necessidades nutricionais e hídricas Habilidade para identificar sinais de ingestão nutricional suficiente Habilidade para identificar sinais de fome	4
	3. ^ª /4. ^ª mês	Conhecimento sobre sinais de desenvolvimento que indicam que a criança está apta para iniciar outros alimentos Conhecimento sobre critérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança Conhecimento sobre estratégias para o desmame Conhecimento sobre possíveis reações gastrointestinais ao alimento Conhecimento sobre modo de preparar os alimentos Conhecimento sobre critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	6

Relativamente à competência *colocar a eructar* foram associados três indicadores (Quadro 7). Os indicadores referem os conhecimentos e as habilidades necessários para orientar a adoção de estratégias facilitadoras da expulsão do ar deglutido durante as mamadas, prevenindo a regurgitação e diminuindo o risco de cólicas. Durante a gravidez, recomenda-se a avaliação dos conhecimentos sobre os benefícios e as posições que facilitam o eructar e,

após o nascimento, a avaliação das habilidades com que mãe/pai realizam a técnica de eructação e a sua eficácia.

Quadro 7. Competência parental: Colocar a eructar e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Colocar a eructar	28-32 semana de gestação	Conhecimento sobre benefícios da eructação Conhecimento sobre posicionar a criança para eructar	2
	1.ª/2.ª semana após nascimento	Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação	1

No que refere a competência *assegurar a higiene e manter pele saudável*, foram identificados 18 indicadores, tanto do domínio conhecimento e como do domínio habilidade (Quadro 8). Durante a gravidez, a partir da 33.ª semana de gestação, recomenda-se a avaliação dos conhecimentos sobre o material para o banho, designadamente: os critérios de escolha dos produtos de higiene e os de aplicação tópica na pele; como dar banho; como cortar as unhas; e, quais as medidas adequadas para a manutenção da pele saudável, em particular a pele da região perineal. Já após o nascimento interessa verificar o modo como os conhecimentos são mobilizados e aplicados, através da avaliação das habilidades para desempenhar as tarefas e a capacidade para tomar decisões.

Quadro 8. Competência parental: Assegurar a higiene e manter pele saudável e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Assegurar a higiene e manter pele saudável	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre material necessário e condições prévias para o banho Conhecimento sobre critérios para escolher os produtos de higiene a usar Conhecimento sobre frequência e horário do banho Conhecimento sobre lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos Conhecimento sobre como dar banho Conhecimento sobre como e quando cortar as unhas Conhecimento sobre material necessário para a troca da fralda Conhecimento sobre critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal Conhecimento sobre lavar o períneo (se menino/se menina) Conhecimento sobre sinais de eritema pela fralda Conhecimento sobre fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	11
	1.ª/2.ª semana após nascimento	Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura Habilidade para dar banho Habilidade para adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho Habilidade para cortar as unhas Habilidade para reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda Habilidade para lavar e secar zona coberta pela fralda Habilidade para adotar medidas de prevenção do eritema da fralda	7

A competência *tratar coto umbilical* agregou oito indicadores, que referem os conhecimentos e as habilidades necessários para desinfetar o coto umbilical e promover a sua mumificação e queda, sem que ocorram complicações (Quadro 9).

Após a 33.ª semana de gestação, recomenda-se a avaliação dos conhecimentos relacionado com o material necessário e como se realiza a desinfecção do coto umbilical, assim como quando é esperada a queda do coto, como promover a sua mumificação e quais os sinais de alerta. Após o nascimento da criança, importa avaliar o modo como os conhecimentos são

mobilizados através da avaliação das habilidades para desinfetar o coto umbilical e para adotar medidas que promovam a respetiva mumificação.

Quadro 9. Competência parental: Tratar do coto umbilical e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Tratar do coto umbilical	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre material necessário para a desinfecção do coto umbilical Conhecimento sobre quando é esperado a queda do coto umbilical Conhecimento sobre como e com que frequência desinfetar o coto umbilical Conhecimento sobre estratégias para promover a mumificação Conhecimento sobre sinais de infeção do coto umbilical	5
	1.ª/2.ª semana após nascimento	Habilidade para reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical Habilidade para desinfetar coto umbilical Habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	3

No que concerne a competência *vestir e despir/vestuário*, foram identificados dois indicadores relativos às habilidades necessárias para a manipulação a criança, com segurança, particularmente para a vestir e despir e para decidir sobre o tipo e quantidade de vestuário apropriado à temperatura ambiente, recomendando-se a sua avaliação na 1.ª/2.ª semana após o nascimento.

A competência *lidar com o choro* refere os conhecimentos e as habilidades necessárias para conseguir interpretar e lidar com o choro da criança, nas primeiras semanas após o nascimento. Foram associados a esta competência sete indicadores (Quadro 10).

Durante a gravidez, recomenda-se a avaliação dos conhecimentos sobre o padrão esperado e tipos de choro e sobre possíveis estratégias de consolo; neste momento de avaliação, interessa também avaliar os conhecimentos sobre um dos principais motivos de preocupação parental e uma das razões do choro da criança, especificamente a cólica e como a distinguir da síndrome de cólicas. Após o nascimento, torna-se relevante compreender o modo como a mãe e/ou o pai lidam com o choro da criança através da avaliação das habilidades para identificar as necessidades básicas da criança pelo tipo de choro e a efetividade das estratégias implementadas pela mãe e/ou pai para confortar a criança e para responder às necessidades manifestadas pelo choro.

Quadro 10. Competência parental: Lidar com o choro e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Lidar com o choro	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre padrão esperado de choro e tipos de choro Conhecimento sobre estratégias de consolo Conhecimento sobre sinais de cólica Conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólica Conhecimento sobre medidas de alívio da dor abdominal	5
	1.ª/2.ª semana após nascimento	Habilidade para distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro Habilidade para confortar o bebé, quando chora	2

A competência *reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal* agregou 17 indicadores, que referem os conhecimentos e as habilidades necessários para reconhecer os parâmetros de normalidade e de anormalidade, em função da idade da criança e dos comportamentos da criança esperados para a idade (Quadro 11).

Durante a gravidez, importa avaliar os conhecimentos sobre aspetos relacionados com o recém-nascido, nomeadamente a aparência esperada do recém-nascido e os achados normais na pele; as capacidades dos órgãos dos sentidos; os reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido; e, a regurgitação e medidas de prevenção.

Já após o nascimento, interessa avaliar, nas diversas etapas de crescimento e desenvolvimento, os conhecimentos parentais relativamente às características de crescimento e do desenvolvimento que a criança vai apresentando à medida que cresce e se desenvolve, designadamente o temperamento, a capacidade motora, a capacidade sensorial, a capacidade para comunicar e os principais marcos de desenvolvimento.

Quadro 11. Competência parental: Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normais	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele Conhecimento sobre capacidades dos órgãos dos sentidos Conhecimento sobre reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido Conhecimento sobre regurgitação e medidas de prevenção	4
	1. ^o /2. ^o semana após o nascimento	Conhecimento sobre capacidade de interação e competências do recém-nascido	1
	1. ^o /2. ^o mês	Conhecimento sobre temperamento da criança ao 1. ^o /2. ^o mês Conhecimento sobre capacidade motora ao 1. ^o /2. ^o mês Conhecimento sobre capacidade sensorial ao 1. ^o /2. ^o mês Conhecimento sobre capacidade para comunicar ao 1. ^o /2. ^o mês Conhecimento sobre marcos de desenvolvimento ao 1. ^o /2. ^o mês	5
	3. ^o /4. ^o mês	Conhecimento sobre capacidade motora ao 3. ^o /4. ^o mês Conhecimento sobre capacidade para comunicar ao 3. ^o /4. ^o mês Conhecimento sobre capacidade sensorial ao 3. ^o /4. ^o mês Conhecimento sobre marcos de desenvolvimento ao 3. ^o /4. ^o mês	4
	5. ^o /6. ^o mês	Conhecimento sobre capacidade motora ao 5. ^o /6. ^o mês Conhecimento sobre marcos de desenvolvimento ao 5. ^o /6. ^o mês Conhecimento sobre reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	3

A competência *promoção e vigilância da saúde* agregou 22 indicadores, que referem os conhecimentos e as habilidades básicos para seguir o esquema de vigilância de saúde infantil recomendado e para conseguir distinguir os parâmetros de normalidade dos sinais de alerta e decidir qual a ação a adotar (Quadro 12).

Assim, durante a gravidez interessa avaliar os conhecimentos parentais relativos ao padrão de normalidade da eliminação intestinal e aos primeiros cuidados de vigilância de saúde – o diagnóstico precoce e o início do esquema de vacinação. Após o nascimento da criança, releva realizar a avaliação dos conhecimentos sobre o padrão de normalidade, nomeadamente no que se refere aos aspetos relacionados com os achados normais na pele da criança; à explicação para a perda fisiológica de peso nas primeiras duas semanas; ao padrão de aumento de peso esperado; ao padrão de eliminação intestinal; ao padrão de sono; às reações às vacinas (BCG, VHB)³; e, à coloração ictérica e icterícia. Neste momento de avaliação recomenda-se, também, a avaliação dos conhecimentos sobre as medidas básicas de prote-

³ A BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) é a vacina antituberculose e a VHB é a vacina anti-hepatite B.

ção contra as infeções e sobre como avaliar a temperatura corporal e qual o valor normal da temperatura corporal. Já no 1.º/2.º mês, recomenda-se a avaliação dos conhecimentos sobre as reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib)⁴ e os sinais de alerta nesta fase e a avaliação das habilidades para usar o termómetro para avaliar temperatura corporal e interpretar os resultados. No 3.º/4.º mês, para além de avaliar os conhecimentos sobre os sinais de alerta nesta etapa, interessa avaliar os conhecimentos relacionados com a dentição, especificamente quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam; as medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes e sobre as medidas de higiene oral. No 5.º/6.º mês, recomenda-se a avaliação da habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes e para adotar medidas de higiene oral.

Quadro 12. Competência parental: Promoção e vigilância da saúde e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Promoção e vigilância da saúde	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre características iniciais da eliminação intestinal Conhecimento sobre quando deve ser realizado o diagnóstico precoce Conhecimento sobre quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	3
	1.º/2.ª semana após o nascimento	Conhecimento sobre achados normais na pele da criança Conhecimento sobre medidas de proteção contra infeções Conhecimento sobre explicação para a perda fisiológica de peso Conhecimento sobre padrão de aumento de peso esperado Conhecimento sobre padrão de eliminação intestinal Conhecimento sobre padrão de sono Conhecimento sobre reações às vacinas (BCG, VHB) Conhecimento sobre coloração icterícia e icterícia Conhecimento sobre como avaliar a temperatura corporal e valor da T corporal normal Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde 1.º/2.ª semana	10
	1.º/2.º mês	Conhecimento sobre reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib) Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde 1.º/2.º mês Habilidade para avaliar temperatura corporal	3
	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam Conhecimento sobre medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes Conhecimento sobre medidas de higiene oral Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde 3.º/4.º mês	4
	5.º/6.º mês	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes Habilidade para adotar medidas de higiene oral	2

A competência *garantir segurança e prevenir acidentes* agregou 16 indicadores, que referem os conhecimentos e as habilidades relevantes para conseguir tomar decisões relacionados as medidas a adotar para manter a criança segura e para prevenir acidentes (Quadro 13).

Durante a gravidez, interessa avaliar os conhecimentos sobre: as medidas de prevenção de queimaduras; as medidas de prevenção de asfixia/sufocação; o modo adequado de segurar/manipular a criança; as medidas de prevenção de quedas; as medidas de prevenção e os fatores de risco da síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)⁵; as medidas segurança para o transporte da criança no automóvel; os critérios de escolha dos brinquedos ajustados a uma criança recém-nascida; e, os cuidados com os animais domésticos.

⁴ A DTP corresponde à vacina tríplice contra a Difteria/Tétano/Coqueluche; a VAP corresponde à vacina antipoliomielite; a Hib corresponde à vacina anti *Haemophilus influenzae serotipo b*.

⁵ A *síndrome da morte súbita infantil* é definida como a morte repentina e inesperada de uma criança com menos de um ano de idade, que permanece inexplicável após uma autópsia completa, investigação do local onde ocorreu a morte e a avaliação da história clínica da criança e da sua família.

Quadro 13. Competência parental: Garantir segurança e prevenir acidentes e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Garantir segurança e prevenir acidentes	≥ 33 semanas de gestação	Conhecimento sobre medidas de prevenção de queimaduras Conhecimento sobre medidas de prevenção de asfixia/sufocação Conhecimento sobre medidas de prevenção de quedas Conhecimento sobre medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL Conhecimento sobre medidas segurança para transporte no automóvel Conhecimento sobre critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido) Conhecimento sobre cuidados com animais domésticos Conhecimento sobre modo adequado de segurar / manipular a criança	8
	1.ª/2.ª semana após o nascimento	Habilidade para adotar medidas de prevenção de queimaduras Habilidade para adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação Habilidade para adotar medidas de prevenção de quedas Habilidade para adotar medidas de prevenção do SMSL Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado Habilidade para afastar a criança de animais domésticos	6
	1.ª/2.ª mês	Conhecimento sobre medidas de proteção contra queimaduras solares Habilidade para transportar a criança com segurança	2

A competência *lidar com os problemas comuns na criança* agregou 18 indicadores, que referem os conhecimentos e as habilidades necessários para lidar com problemas frequentes na criança, como por exemplo episódios de regurgitação, cólicas, choro excessivo associado à síndrome de cólicas, eritema pela fralda, obstrução nasal, descamação da pele, diarreia e obstipação (Quadro 14).

Assim, na 1.ª/2.ª semana interessa avaliar a habilidade que a mãe e/ou o pai possuem as habilidades necessárias para adotar as medidas apropriadas para responder às necessidades da criança, nomeadamente para adotar medidas de prevenção de regurgitação; para reconhecer a diferença entre regurgitação e vómito; para reconhecer sinais de cólica; para identificar fatores de risco/predisponentes de cólica; para implementar medidas de alívio da dor abdominal; para reconhecer sinais de alívio da dor abdominal; para adotar medidas de prevenção; para tratar o do eritema pela fralda do eritema pela fralda; e, para identificar os sinais de obstrução nasal e para adotar as medidas de alívio apropriadas. Também neste momento, importa avaliar o conhecimento sobre as medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele, se presente.

No 1.ª/2.ª mês, e em relação à obstrução nasal, recomenda-se a avaliação das habilidades para reconhecer presença de obstrução nasal e para implementar as medidas de alívio. Neste momento, relativamente a algumas situações frequentes, em particular se existirem fatores de risco, interessa avaliar os conhecimentos sobre os sinais de obstipação e sobre as medidas de estimulação da eliminação intestinal; sobre os sinais de diarreia e sobre as medidas de prevenção da desidratação; e, sobre as medidas de diminuição da temperatura corporal.

Quadro 14. Competência parental: Lidar com problemas comuns na criança e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Lidar com problemas comuns na criança	1.º/2.ª semana	Habilidade para adotar medidas de prevenção de regurgitação Habilidade para reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito Habilidade para reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólica Habilidade para adotar estratégias para reduzir choro excessivo Habilidade para implementar medidas de alívio da dor abdominal Habilidade para reconhecer sinais de eritema pela fralda Habilidade para manter medidas de prevenção do eritema pela fralda Habilidade para tratar o eritema pela fralda Conhecimento sobre sinais de obstrução nasal Conhecimento sobre medidas de alívio de obstrução nasal Conhecimento sobre medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele	11
	1.º/2.º mês	Conhecimento sobre sinais de obstipação Conhecimento sobre medidas de estimulação da eliminação intestinal Conhecimento sobre sinais de diarreia Conhecimento sobre medidas de prevenção da desidratação Conhecimento sobre medidas de diminuição da temperatura corporal Habilidade para reconhecer presença de obstrução nasal Habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal	7

No que se refere à competência *criar hábitos para dormir*, foram identificados dois indicadores que referem os conhecimentos necessários para a adoção de rotinas diárias promotoras de um padrão de sono compatível com as necessidades da criança e com as atividades e horários da família. Interessa, por isso, avaliar os conhecimentos sobre as alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo, e os conhecimentos sobre as estratégias para criar hábitos para dormir, recomendando-se a avaliação destes indicadores ao 1.º/2.º mês.

A competência *estimular o desenvolvimento* agregou sete indicadores, que referem os conhecimentos relevantes para a adoção de estratégias promotoras do desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual da criança (Quadro 15). Assim, no 1.º/2.º mês de idade da criança, importa avaliar os conhecimentos sobre: quando o bebé está recetivo à estimulação; as estratégias de estimulação sensorial; as estratégias promotoras de sentimentos de confiança da criança; os benefícios da massagem; a escolha de brinquedos adequados à estimulação; e, sobre as estratégias de estimulação da linguagem. Ao 3.º/4.º mês, interessa averiguar os conhecimentos sobre as estratégias de estimulação sensorial apropriadas para esta etapa do desenvolvimento.

Quadro 15. Competência parental: Estimular o desenvolvimento e respetivos indicadores

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Estimular o desenvolvimento	1.º/2.º mês	Conhecimento sobre quando o bebé está recetivo à estimulação Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 1.º/2.º mês Conhecimento sobre estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança Conhecimento sobre benefícios da massagem Conhecimento sobre escolha de brinquedos adequados à estimulação Conhecimento sobre estratégias de estimulação da linguagem	6
	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 3.º/4.º mês	1

Após a identificação das competências parentais e a organização dos indicadores em função dos momentos indicados para a sua avaliação, importava definir os critérios de avaliação e clarificar o procedimento diagnóstico a implementar.

2.2.2.2 Como avaliar: definição dos critérios de avaliação das competências parentais

Na construção de um instrumento de medida, com as propriedades definidas para o instrumento de avaliação das competências parentais, designadamente ser orientador do processo diagnóstico das necessidades de aprendizagem relativas às competências parentais, foi necessário decidir sobre a sua aproximação à realidade, isto é, se deveriam ser as mães e os pais a proceder à autoavaliação ou se a avaliação resultaria do juízo clínico do enfermeiro. Decidiu-se aceder à avaliação das competências parentais a partir do juízo clínico do enfermeiro. As razões para esta decisão tiveram por fundamento dois princípios: por um lado, o conceito de avaliação de competências remete para uma apreciação realizada por outros, a partir de critérios previamente definidos, da capacidade de desempenho de alguém para uma tarefa específica, num determinado contexto (Fowles & Horowitz, 2006); por outro, os dados relativos à avaliação das competências parentais constituem a matéria-prima para o processo diagnóstico e diagnóstico do enfermeiro, essencial para a construção de planos de cuidados significativos e efetivos na promoção da transição para a parentalidade (Doenges & Moorhouse, 1992; Phaneuf, 2001).

A decisão por este modelo de recolha de dados influenciou a estrutura do instrumento, nomeadamente a organização dos itens e a lógica de aplicação, em particular na sistematização dos critérios de diagnóstico. Assim, admitiu-se que o instrumento poderia ser encarado como um guia orientador da avaliação das competências parentais, tanto para a avaliação inicial, como para a avaliação da evolução do *status* do diagnóstico após as intervenções.

Para efeitos deste estudo, assumiu-se que o instrumento se iria centrar apenas na avaliação inicial, enquanto etapa primeira do processo de enfermagem. A avaliação inicial engloba a recolha sistemática de dados e a sua organização e interpretação (Doenges & Moorhouse, 1992). Esta etapa é complexa. A complexidade advém da quantidade de dados a analisar; da diversidade das fontes de informação; e, da quantidade e qualidade dos processos intelectuais envolvidos, nomeadamente a observação, a memorização, o raciocínio, a análise das relações e o juízo clínico (Doenges & Moorhouse, 1992; Paul & Reeves, 1993; Phaneuf, 2001). Assim, a partir dos indicadores identificados procurou-se definir os conteúdos específicos de informação relativa a cada assunto e a operacionalização dos critérios de diagnóstico (Anexo 7).

Para documentar as conclusões relativas ao juízo diagnóstico resultante da avaliação do conhecimento e/ou habilidade das mães e/ou dos pais foram definidos como juízos diagnósticos “*sim*” e “*não*”. O “*sim*” traduz a adequação do nível de conhecimento.

Ajuizar o conhecimento como adequado significa que os conhecimentos demonstrados revelam situar-se num nível considerado apropriado, quer para a tomada de decisões sobre esse assunto, quer como alicerce para a ação de modo a alcançar os ganhos em saúde esperados; na mesma linha de pensamento, ajuzar o desempenho de determinada habilidade como adequada é sinónimo de mestria ou de potencial para alcançar o nível de mestria, na realização da tarefa.

O “*não*” traduz a identificação de uma oportunidade de desenvolvimento, relacionada com nível de conhecimento insuficiente, incorreto ou ausente para a decisão ou para a ação (Moorhead, Johnson & Maas, 2008); do mesmo modo, quando há incapacidade, dificuldade, negligência ou insatisfação na realização de determinada tarefa parental, com conseqüente prejuízo para a saúde da criança e/ou para a mãe/pai, o “*não*” traduz a identificação de uma oportunidade de desenvolvimento no âmbito do desempenho das habilidades.

2.2.2.3 Formato do instrumento de avaliação das competências parentais

A construção do instrumento visou organizar as competências parentais, e respetivos indicadores, numa lógica que orientasse a sua avaliação clínica; por isso, interessava decidir quanto ao número de itens a incluir, aos critérios para os organizar nos diversos momentos de avaliação e o modelo de aplicação.

A aplicação do instrumento de avaliação das competências parentais (I_ACP) contemplou a recolha de dados através da entrevista e da observação, apresentando os indicadores das competências parentais a avaliar em cada momento. Para avaliar o nível de conhecimento optou-se pela *entrevista* à mãe e/ou ao pai como técnica de recolha de dados; assim, os indicadores do domínio do conhecimento funcionavam como o *roteiro da entrevista* (Polit, Beck & Hungler, 2006). Para avaliar o desempenho numa determinada atividade/tarefa a técnica de recolha de dados foi predominantemente a *observação*. O conteúdo do I_ACP, que referia aspetos relacionados com as habilidades, constituía o guia de observação clínica, orientando a recolha de dados relativa aos comportamentos da mãe/pai nos cuidados ao filho e apreciá-los em função dos critérios de diagnóstico definidos (Polit, Beck & Hungler, 2006).

O I_ACP foi organizado em duas partes principais: uma, centrada nos indicadores das competências parentais a avaliar nos diferentes momentos; e, outra, destinada a recolha de dados para a caracterização das mães e dos pais.

Para a avaliação das competências parentais foram incluídos 193 itens (indicadores das competências parentais), distribuídos pelos diversos momentos – gravidez; 1.^a/2.^a semana; 1.^o/2.^o mês; 3.^o/4.^o mês; e, 5.^o/6.^o mês.

A avaliar durante a gravidez, foram considerados 76 indicadores do domínio do conhecimento, relativos a onze competências parentais; na 1.^a/2.^a semana foram considerados 67 indicadores do domínio do conhecimento e de habilidade, relativos a doze competências parentais; no 1.^o/2.^o mês foram considerados 30 indicadores do domínio do conhecimento e de habilidade, associados a sete competências parentais; no 3.^o/4.^o mês foram considerados 15 indicadores do domínio do conhecimento relativos a quatro competências; e, no 5.^o/6.^o mês foram considerados cinco indicadores do domínio de conhecimento e de habilidade associados a duas competências parentais.

No que se refere à caracterização da amostra, foram consideradas variáveis atributo tanto as relacionadas com o período antenatal, como com o período pós-natal. Em todos os contactos previa-se documentar o local de contacto (centro de saúde, consulta externa do Hospital Pedro Hispano, consultório médico particular ou domicílio) e a idade da criança (idade gestacional, se durante a gravidez, ou número de dias de vida, se após o nascimento).

Para caracterizar a amostra relativamente ao período antenatal foram consideradas as variáveis: (1) sociodemográficas (idade, profissão, escolaridade, estado civil); (2) obstétricas (idade gestacional, índice obstétrico, gravidez planeada/desejada, complicações durante a gravidez, caracterização do parto anterior, idade do(s) filho(s)); (3) caracterizadoras do apoio familiar e do suporte social (previsão da ajuda para cuidar da criança nos primeiros tempos após o regresso a casa) e do tipo de ajuda (no tomar conta, nos cuidados à criança e nas tarefas domésticas); (4) caracterizadoras do comportamento de procura de informação durante a gravidez (atitude face à procura de informação e fontes de informação); (5) caracterização da assistência de saúde (local de vigilância da gravidez, acompanhamento de enfermagem na consulta, frequência das sessões de preparação para o parto e parentalidade); (6) caracterizadoras da experiência anterior em cuidados a crianças, até aos seis meses de idade (amamentar e lidar com complicações relacionadas; colocar a eructar; alimentar com biberão; dar banho; trocar a fralda; tratar do coto umbilical; e, lidar com o choro).

Após o nascimento da criança, para a caracterização da amostra foram consideradas as variáveis: (1) a experiência de parto (local do parto, tipo de parto, se o pai assistiu ao parto e como percebeu a experiência, complicações peri-parto e neonatais); e, (2) o comportamento de procura de informação após o nascimento (atitude face à procura de informação e fontes de informação).

Na recolha de dados na 1.^a/2.^a semana foram contemplados, ainda, dados relativos às características e condições de saúde da criança, designadamente o estado pele da zona coberta pela fralda (íntegra, macerada), o eritema pela fralda (presente, ausente), a descamação da pele (presente, ausente), o aspeto do coto umbilical, se presente (húmido, seco, cor “preta”); a caracterização da alimentação da criança nomeadamente se amamentada ou se é alimentada com leite artificial. Se a mãe amamentava, interessava recolher dados quanto à perceção da experiência (positiva, negativa); se o regime de aleitamento materno era exclusivo ou misto; e, à presença/ausência de complicações associadas à amamentação, nomeadamente fissura e/ou ingurgitamento mamário. Se a criança estivesse a ser alimentada com leite artificial, importava identificar quem o havia recomendado (enfermeiro, médico, opção, outro). Procurou-se, ainda, identificar a presença/ausência de situações comuns na criança, nomeadamente episódios de regurgitação, obstrução nasal, cólicas e síndrome de cólicas. Procurou-se, ainda, conhecer a perceção da mãe/pai relativamente ao choro da criança (excessivo, moderado, pouco).

Ainda relativamente às variáveis atributo, no 1.^o/2.^o mês importava continuar a identificar o tipo de alimentação da criança, se amamentada ou se alimentada com biberão; a perceção da mãe/pai relativamente ao temperamento do filho (fácil, difícil, não é capaz de identificar); e, a presença/ausência de situações comuns na criança, designadamente obstipação, diarreia e febre. Ao 3.^o/4.^o e 5.^o/6.^o meses voltava-se a identificar o tipo de alimentação, nomeadamente se a criança ainda era amamentada e se já havia ocorrido a introdução de novos alimentos.

2.2.2.4 Análise da primeira versão do I_ACP

Após a construção da primeira versão do instrumento, isto é, após a formulação e a ordenação provisória dos itens, foi necessário garantir que o instrumento seria aplicável e permitiria obter as respostas para as questões de investigação (Ghiglione & Matalon, 1993; Polit, Beck & Hungler, 2006; Carvalho, 2006).

Iniciou-se o processo pela análise de validade do conteúdo do instrumento, considerada relevante nos testes de conhecimento (Polit, Beck & Hungler, 2006; Almeida & Freire, 2007). A análise qualitativa e substantiva do instrumento permite a interligação entre a definição operacional do constructo e as dimensões abrangidas pelos itens através de critérios de relevância.

A análise do I_ACP visou averiguar o grau de adequação, relevância e representatividade dos itens, em relação ao que se pretendia avaliar com o instrumento e, tal como a sua designação deixa antever, procurou apreciar em que medida o conteúdo da prova – os itens – contemplava os aspetos mais relevantes do constructo – definição operacional da dimensão avaliada (Almeida & Freire, 2007).

Para proceder à análise de conteúdo do instrumento formou-se um *focus group*. O objetivo do grupo de peritos foi proceder ao julgamento qualitativo dos itens quanto à sua pertinência, à adequação do momento recomendado para a sua avaliação e à sua ordenação. O grupo de discussão foi constituído por doze enfermeiras, tanto da prestação de cuidados como da docência, especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (nove enfermeiras) e em enfermagem em saúde infantil e pediatria (três enfermeiras); a opção pelos peritos teve por fundamento considerar que estes profissionais seriam os detentores de maior nível de conhecimento disciplinar na área em estudo.

Da discussão resultou uma declaração de consensos em torno de quatro ideias: 1.^a – os itens abordavam as áreas consideradas relevantes para a preparação para o exercício parental, nas diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento da criança e para a monitorização do modo como o processo de desenvolvimento das competências parentais estava a evoluir, em particular nas primeiras semanas de vida da criança; 2.^a – os momentos sugeridos foram considerados os adequados, admitindo-se, todavia, que, de acordo com as necessidades e a disponibilidade de tempo das mães/pais, a ordem e a quantidade de itens a avaliar poderia ser ajustada; 3.^a – para facilitar a abordagem do assunto e o processo diagnóstico sugeriu-se que os itens que referiam assuntos relacionados deveriam aparecer de forma sequencial; do mesmo modo, sugeriu-se que os dados relativos à experiência anterior, numa determinada competência, deveriam surgir imediatamente antes dos indicadores da competência relacionados; 4.^a – no que se referia aos problemas comuns na criança, foi sugerido acrescentar uma variável que permitisse registar a sua presença, ou ausência e, se se tratasse de proble-

ma ausente, assinalar “não se aplica”, não havendo cabimento para a avaliação das habilidades.

Como ponto fraco do instrumento foi apontado a quantidade de itens a avaliar em alguns momentos, designadamente os indicadores a avaliar durante a gravidez (76 itens) e na 1.^a/2.^a semana, o que exigiria maior necessidade de tempo para a avaliação das habilidades através da observação da tarefa. Todavia, dada a relevância da avaliação desses parâmetros para a avaliação das competências parentais nesses momentos específicos foi consensual a manutenção de todos os itens.

Para averiguar a aplicabilidade do instrumento procurou-se examinar a duração da interação, nos diferentes momentos, e a aceitação por parte das mães e dos pais. Estabeleceram-se como condições de aplicação:

- (1) admitiu-se a possibilidade de avaliação de todos os indicadores previstos para o período relativo à gravidez num único contacto, se houvesse disponibilidade da mãe/pai;
- (2) a avaliação das habilidades deveria ocorrer, sempre que possível, no contexto onde habitualmente eram realizadas; por isso, a avaliação das habilidades previstas na 1.^a/2.^a semana deveria ser realizada, sempre que possível, em contexto domiciliário;
- (3) admitia-se que a avaliação dos conhecimentos, em particular após o 1.^o/2.^o mês, poderia ser realizada por contacto telefónico;
- (4) recomendava-se, sempre que apropriado, a implementação das intervenções de enfermagem, como garantia dos postulados ético-deontológicas em que assenta o estudo.

Para testar estas condições procurou-se usar o instrumento como guia de avaliação das competências parentais em 25 mães; em três dos casos estava presente também o pai. O I_ACP foi utilizado pela investigadora e por uma enfermeira. Procurou-se avaliar as competências parentais em todos os momentos, tendo-se realizado um total de quinze entrevistas durante a gravidez, quatro na 1.^a/2.^a semana, duas no 1.^o/2.^o mês, duas no 3.^o/4.^o mês e apenas uma no 5.^o/6.^o mês.

A avaliação das competências parentais durante a gravidez e na 1.^a/2.^a semana constituíam os contactos mais demorados, sendo este último o mais difícil de conseguir. De facto, a observação do desempenho das tarefas parentais, como por exemplo dar banho e amamentar, exigiam tempo e disponibilidade, quer por parte da enfermeira, quer por parte da mãe e/ou pai e que a avaliação se realize no domicílio, o que, num número considerável de vezes, não foi possível. Para além disso, foram implementadas as intervenções apropriadas em fun-

ção das necessidades em cuidados identificadas, conforme é explicado com maior detalhe nas considerações éticas, o que tornava o contacto ainda mais demorado.

Face a estas dificuldades, reconsiderou-se o processo de avaliação das habilidades, em especial na avaliação da 1.^a/2.^a semana. Por isso, e na senda de dar resposta às questões de investigação, tomaram-se decisões relativamente a estratégias complementares de recolha de dados, nomeadamente a possibilidade de realizar a entrevista por telefone e a construção de uma escala de avaliação da perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho.

De acordo com alguns autores a entrevista por telefone tem as mesmas vantagens que as presenciais (Polit, Beck & Hungler, 2006). Assim, decidiu-se que, quando houvesse impossibilidade de acordar a visita domiciliária ou impossibilidade de realizar a entrevista presencial, esta poderia ser via telefone, com o consentimento da mãe e /ou do pai. Assim, ao longo do estudo, foram realizadas um total de 112 entrevistas telefónicas, 47% (n=53) das quais foram relativas à avaliação das competências parentais no 3.^o/4.^o mês e 35% na 1.^a/2.^a semana (n=39); no 1.^o/2.^o mês realizaram-se nove e no 5.^o/6.^o mês realizaram-se dez entrevistas.

A abrangência do I_ACP foi ampliada através da incorporação de uma nova variável: a perceção da autoeficácia, através da inclusão da *escala de perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho*, destinada a obter a perceção da mãe sobre a sua capacidade e sucesso no desempenho das tarefas parentais contempladas no I_ACP. Para efeitos do estudo, interessava construir uma escala que permitisse aceder à perceção da mãe sobre o seu desempenho nos cuidados ao filho quando fosse impraticável a observação da habilidade.

2.2.2.5 Escala de perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho

A decisão de construir uma escala de avaliação da perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho, e de a incluir no I_ACP, teve por base a noção de que a autoeficácia tem, crescentemente, sido entendida como uma aproximação relevante à previsão dos comportamentos relacionados com a saúde (Santos & Barcia, 2009). Diversos autores defendem que as crenças de autoeficácia ajudam a prever os comportamentos parentais, na medida em que as mães com valores mais elevados de autoeficácia revelam práticas parentais mais adequadas (Dennis & Faux, 2003; Teti & Gelfand, 1991; MacPhee, Fritz & Miller-Heyl, 1996).

A autoeficácia resulta de um processo cognitivo e emocional de avaliação individual específico, relativamente à capacidade de um desempenho competente, em determinadas condi-

ções e em contextos específicos, pressupondo uma confiança sobre a própria competência para lidar com situações geradoras de stress (Steffenet *et al.*, 2002; Bandura, 1994). A autoeficácia materna tem sido entendida como o resultado do processo de avaliação da percepção da mãe relativamente ao seu funcionamento enquanto cuidadora do filho e o modo como assume as tarefas e os desafios associados ao respetivo papel maternal (Kuhn & Carter, 2006; Teti, O'Connell & Reiner, 1996). As mães desenvolvem a crença na sua própria capacidade a partir das experiências anteriores, da observação de outras mães nos cuidados aos seus filhos, do encorajamento de significativos e da percepção que têm do seu estado fisiológico e afetivo.

Assim, neste estudo, a **percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho** é definida como a percepção da mãe relativamente à sua própria capacidade para, com efetividade, gerir uma variedade de situações e de realizar, com sucesso, as tarefas relacionadas com as necessidades da criança, de modo a facilitar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

Construção da escala de percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho

O primeiro passo para a construção da escala para medir a percepção de autoeficácia nos cuidados ao filho foi identificar os elementos relevantes para a sua definição. Para a redação dos itens tomou-se por referência o guia para a construção de escalas de autoeficácia de Bandura (2006). De acordo com este autor, a autoeficácia está relacionada com a capacidade percebida, por isso os itens devem iniciar por “*consigo fazer*” em vez de “*farei*”. A justificação para esta distinção é que o “*conseguir*” é um julgamento de capacidade e o “*farei*” apenas revela a intencionalidade da ação.

A definição dos itens a incluir na escala teve por base o conteúdo e a estrutura do I_ACP. Assim, nos momentos em que no I_ACP estava previsto a avaliação de uma determinada habilidade, foi associado um item para avaliar a percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho nessa habilidade específica (Anexo 8).

Com base neste exercício, construiu-se a **escala de percepção autoeficácia nos cuidados ao filho (PAE_CF)** ficando constituída por 33 itens, associados a indicadores de competências parentais do domínio de habilidade, nos diferentes momentos (Quadro 16).

Quadro 16. Estrutura teórica da associação dos itens da PAE_CF em função das competências parentais do I_ACP

Competência parental (CP)	Momento de avaliação	Itens da PAE_CF
Assegurar higiene e manter pele saudável	1.ª/2.ª semana	1,2, 4
Vestir e despir	1.ª/2.ª semana	3
Tratar coto umbilical	1.ª/2.ª semana	7, 8
Alimentar a criança	1.ª/2.ª semana	9,10
Amamentar e lidar com complicações associadas	1.ª/2.ª semana	11,12,13,14,15,16,17,18,19
Alimentar com biberão	1.ª/2.ª semana	20
	1.º/2.º mês	28
Colocar a eructar	1.ª/2.ª semana	21
Lidar com o choro	1.ª/2.ª semana	23, 24
Lidar com problemas comuns na criança	1.ª/2.ª semana	5,6, 22, 25,26
	1.º/2.º mês	31, 30
Promoção e vigilância da saúde	5.º/6.º mês	32, 33
Garantir segurança e prevenir acidentes	1.ª/2.ª semana	27
	1.º/2.º mês	29

A maior parte dos itens (27 itens) refere a perceção da mãe da sua própria eficácia nos cuidados ao filho, na 1.ª/2.ª semana após o nascimento, tal como acontecia com a maior parte dos indicadores do domínio habilidade; os restantes, quatro referiam habilidades avaliadas ao 1.º/2.º mês e dois itens com habilidades avaliadas ao 5.º/6.º mês.

A perceção da autoeficácia da mãe nos cuidados ao filho foi mensurada de acordo com o nível de concordância com a afirmação, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, na qual o ‘1’ representava total discordância e ‘4’ total concordância (1 – *Discordo totalmente*; 2 – *Discordo*; 3 – *Concordo*; 4 – *Concordo totalmente*). A opção por uma escala de quatro pontos teve por fundamento dirigir uma tendência para o posicionamento num dos pólos opostos (discordo/concordo) e evitar a escolha de um ponto intermédio (Ghiglione & Matalon, 1993). Na Figura 7 ilustra-se o modo como a escala de perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho foi integrada no I_ACP.

Em relação ao **ASSEGURAR HIGIENE DA CRIANÇA** e **VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO**

Quem tem dado banho: mãe pai outro _____ n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: CS D CT Idade da criança: _____ s _____ d

é capaz de: Relativamente à higiene e conforto do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...
(1-Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo totalmente)

77	▪ Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar temperatura e aquecer o ambiente	1. ...dar-lhe o banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
78	▪ Dar banho		____/____	
79	▪ Adoptar medidas para prevenir acidentes durante o banho		____/____	
80	▪ Cortar as unhas	2. ...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
87	▪ Escolher vestuário adequado à temperatura	3. ...vestir e despir sem dificuldade.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
88	▪ Vestir e despir a criança		____/____	
Pele da zona coberta pela fralda: <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> macerada				
81	▪ Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda		____/____	
82	▪ Lavar e secar zona coberta pela fralda	4. ...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
83	▪ Adoptar medidas de prevenção do eritema pela fralda		____/____	

Figura 7. Exemplo da integração dos itens da PAE_CF no I_ACP

Para averiguar a perceção de autoeficácia materna numa determinada habilidade era pedido à mãe que manifestasse o nível de concordância, ou discordância, com a afirmação relativa à sua capacidade para realizar a habilidade, por exemplo *em relação à alimentação do seu filho, numa apreciação de discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) ou concordo totalmente (4), como se sente relativamente à sua capacidade para perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as suas necessidades nutricionais?* O registo era realizado circundando o número da escala que representasse a resposta dada pela mãe.

Propriedades psicométricas da escala de *Perceção de autoeficácia nos cuidados ao filho* (PAE_CF)

Na análise das características psicométricas da escala procurou-se, por um lado, verificar a sua adequação à amostra e ao objeto em estudo e, por outro, contribuir para o estudo da sua validade. Antes de iniciar a análise das características métricas da PAE_CF, primeiramente procedeu-se ao exame do número de respostas obtidas em cada um dos itens com o propósito de verificar a existência de um número mínimo de respostas por cada item para viabilizar a análise estatística (pelo menos 5 participantes por item).

A partir da análise do número de respostas para cada item, decidiu-se subtrair todos os itens que tivessem número de respostas igual ou inferior a 76. Foram retirados treze itens: *desinfetar corretamente o coto umbilical* (n=40); *promover a mumificação do coto e a cicatrização da ferida após a sua queda* (n=41); *saber o que fazer para promover a cicatrização da fissura e monitorizar a evolução* (n=53); *extrair leite da mama manualmente/atraves da bomba* (n=38); *fazer com que a criança eructe* (n=22); *saber quando tem cólica e adotar medidas de alívio* (n=76); *reconhecer síndrome de cólicas e adotar medidas de consolo* (n=76); *preparar leite na quantidade adequada às necessidades e idade da criança* (n=35); *transportar a criança, garantindo as condições de segurança* (n=75); *usar o termómetro corretamente e interpretar o valor obtido* (n=75); *avaliar a obstrução nasal quando presente* (n=22); *aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes* (n=74); e, *assegurar a higienização dos dentes e gengivas* (n=70). A principal razão para o menor número de participantes nestes itens reside no facto de não se verificar a sua “presença” aquando da avaliação (por exemplo, aquando do contacto o coto umbilical já havia caído e, por isso, não se procedia à avaliação). Deste modo, a escala final foi renumerada tendo ficado constituída

por 20 itens relativos à avaliação da perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho na 1.^a/2.^a semana (Anexo 9).

Participantes

Para o processo de análise das propriedades métricas da PAE_CF, a amostra foi constituída por 114 mães, com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos, sendo a média de 29,3 (D.P.=5,08), das quais 23,4% tinham formação de nível básico, 31,5% ensino secundário e 45,2% formação de nível superior. Verificou-se que 78,3% das mães viviam com o pai da criança e para 73,6% constituía o primeiro filho. A gravidez foi planeada em 58,1% dos casos e desejada em 93,8%. Constatou-se que 1/4 das mães optou pela assistência de saúde privada (médico privado) e 51,2% frequentou as sessões de preparação para o parto e parentalidade. Em 98,4% dos casos a mãe assumiu os cuidados ao filho após o seu nascimento e 3/4 dos pais participavam ativamente nos cuidados ao filho. No que se refere ao apoio familiar após o nascimento da criança, 51,6% das mães referiram ter tido ajuda no tomar conta da criança e apenas 41,4% e 35,2% tiveram ajuda nos cuidados à criança e nas tarefas domésticas, respetivamente. Destas mães, 92,2% amamentaram o filho. Em relação às fontes de informação usadas pelas mães verificou-se que 75,8% recorria aos enfermeiros e 57,8% ao médico; 40,6% recorria aos livros e 40,3% à internet; 21,9% recorria aos familiares e apenas 5,5% recorria a outras mães.

Análise da validade: análise das componentes principais

O método de geração dos itens a partir dos indicadores do domínio das habilidades do I_ACP constituiu uma garantia da validade do constructo. Numa perspetiva de validade de constructo e de conteúdo do instrumento (homogeneidade dos itens), a análise fatorial ajuda a verificar se o constructo deve ser analisado segundo um número menor de dimensões ou se as dimensões teóricas se mantêm. Para explorar a eventual dimensionalidade da PAE_CF, procedeu-se ao seu estudo da através da análise fatorial. O coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* obteve um valor de 0,719 e o *Bartlett's Test of Sphericity* um valor de $\chi^2_{(190)}=535,85$; $p<0,001$, legitimando-se, assim, o prosseguimento da análise.

Para examinar a distribuição fatorial dos itens recorreu-se à análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais e, para maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação *Varimax*. Alguns autores apontam 0,30 como saturação mínima exigida para a associação de um item a fator (Tinsley & Tinsley,

1987) e outros apontam para critérios mais exigentes sugerindo como critério para a manutenção do item uma saturação mínima de 0,40 (Marôco, 2007). Considerou-se como mínimo aceitável uma correlação entre as variáveis originais e as componentes principais de 0,30 e incluíram-se todos os fatores que respeitaram o critério de valor próprio (*eigenvalues*) superior a 1.

Na solução fatorial assim conseguida, extraíram-se seis fatores, que explicam 58,21% da variabilidade. A carga fatorial dos itens pode ser observada na Tabela 1. De modo geral, verificou-se carga fatorial elevada (> 0,50) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Tabela 1. Pesos fatoriais dos itens da PAE_CF nos seis fatores retidos, *eigenvalues* e % de variância explicada, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação *Varimax*

	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	Fator VI
IT24...perceber se a estratégia de consolo está surtir efeito	,765					
IT9...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais	,658					
IT23...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada	,636					
IT16...fazer com que a criança eructe	,598					
IT22...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite	.309	,428		,355		
IT2...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão	,764					
IT1...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes	,763					
IT3...vestir e despir sem dificuldade	.380					,351
IT12...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola			,766			
IT13...mantê-lo acordado durante a mamada			,652			-,367
IT14...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção			,564	,336		
IT11...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada		,342	,554			
IT10...reconhecer quando tem fome	.396	,423	.393			
IT15...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança				,748		
IT18...identificar se o mamilo tem fissura				,684		
IT20...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer				,521		
IT5...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda					,872	
IT6...saber o que fazer se eritema pela fralda presente					,782	
IT27...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis: Queimaduras; Quedas; Asfixia/ sufocação/ aspiração; SMSL						,785
IT4...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda		,432				,587
<i>Eigenvalues</i>	4,49	1,76	1,59	1,44	1,29	1,08
Variância explicada	22,5%	8,8%	7,9%	7,2%	6,5%	5,4%
<i>Alpha de Cronbach</i>	0,683	0,578	0,670	0,544	0,665	0,585

Método de extração: *Principal Component Analysis*. Método de rotação: *Varimax with Kaiser Normalization*; itens com carga fatorial superior a 0,30

Da análise da carga fatorial de cada item em cada fator, aceitando cargas fatoriais superiores a 0,30, foi possível diferenciar seis fatores.

No fator I, designado de *saciedade e consolo*, ficaram agregados itens que apontavam para a perceção de autoeficácia materna nas tarefas relativas às necessidades da criança relacionadas com o atender o choro e ao conseguir consolar a criança e com os aspetos relacionados com a ingestão nutricional suficiente, quer pelo reconhecimento dos sinais de ingestão nutricional adequada, quer pela adoção de estratégias que permitam a absorção do leite ingerido, nomeadamente através da eructação e da prevenção da regurgitação. O item 22 foi associado

ao fator I, pois apesar de não ser neste fator onde apresentava o peso fatorial mais elevado, o teor do item revelava maior proximidade com as características definidoras e, simultaneamente, apresentava carga fatorial superior a 0,30. Assim, o fator I agregou cinco itens que explicam 22,5% da variância e apresenta valor de *alpha de Cronbach* de 0,683.

No fator II, designado de *higiene e vestir*, ficaram agregados três itens que apontavam para a percepção de autoeficácia materna nas tarefas relativas às necessidades da criança relacionadas com a manutenção de higiene e com a manipulação da criança para vestir e despir. Este conjunto de itens explica 8,8% da variância e apresenta valor de *alpha de Cronbach* de 0,578.

No fator III, designado de *amamentação*, ficaram agregados itens que apontavam para a percepção de autoeficácia materna nas tarefas relativas às necessidades da criança relacionadas com o amamentar e a manutenção da pele da mama saudável. O item 10 foi associado a este fator, pois mesmo não tendo sido observado a carga fatorial mais elevada, a percepção da autoeficácia na identificação dos sinais que evidenciam que a criança tem fome guarda maior proximidade com as características definidoras do fator III, para além de apresentar carga fatorial superior a 0,30 neste fator. O conjunto de itens que o fator III agrega explica 7,9% da variância e apresenta valor de *alpha de Cronbach* de 0,670.

No fator IV, designado de *complicações e efeitos da amamentação*, ficaram agregados itens que apontavam para a percepção de autoeficácia materna nas tarefas relativas aos aspetos relacionadas com os efeitos colaterais da amamentação, tanto na mãe – fissura e ingurgitamento mamário – como na criança – efeitos resultantes dos alimentos que a mãe ingere. Este fator agregou três itens que explicam 7,2% da variância e apresenta valor de *alpha de Cronbach* de 0,544.

No fator V, designado de *tratamento do eritema pela fralda*, ficaram agregados dois itens que apontavam para a percepção de autoeficácia materna nas tarefas relativas às necessidades da criança relacionadas com um problema da pele comum nesta fase – o eritema pela fralda. Este conjunto de itens explica 6,5% da variância e apresenta valor de *alpha de Cronbach* de 0,665.

No fator VI, designado de *preservação da saúde*, ficaram agregados dois itens que apontavam para a percepção de autoeficácia materna nas tarefas relativas às necessidades da criança relacionadas com a manutenção da pele saudável e com a prevenção de acidentes, explicando 5,4% da variância e apresentando valor de *alpha de Cronbach* de 0,585.

Análise da fidelidade: análise da consistência interna dos itens

A fidelidade pode ser entendida como a capacidade de uma medida produzir resultados consistentes e replicáveis. A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente, traduzida pela obtenção dos mesmos resultados quando o instrumento é aplicado a alvos estruturalmente semelhantes (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Martins, 2006; Field, 2005).

A consistência interna da escala utilizada foi avaliada através de dois métodos: correlação interitem (r) e $alpha$ (α) de *Cronbach*. Os critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo $alpha$ de *Cronbach* são definidos por vários autores, variando o limiar da sua aceitabilidade em tornos dos 0,60 (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Todavia, e de um modo geral, um instrumento é considerado como tendo uma fiabilidade apropriada quando o $alpha$ de *Cronbach* é, pelo menos, de 0,70 (Nunnally, 1978). Alguns autores defendem que a obtenção do valor de $alpha$ de *Cronbach* de 0,80 é um objetivo razoável (Gliem & Gliem, 2003). Para efeitos de interpretação dos valores de $alpha$ de *Cronbach*, George & Mallery (2003) propõem a seguinte classificação: $\geq 0,90$ – Excelente | $\geq 0,80 < 0,90$ – Muito bom | $\geq 0,70 < 0,80$ – Bom | $\geq 0,60 < 0,70$ – Aceitável | $\geq 0,50 < 0,60$ – Questionável | $< 0,50$ – Pobre.

A consistência interna, avaliada pelo $alpha$ de *Cronbach*, para a escala PAE_CF foi de **0,808** (Anexo 10), correspondendo a um valor *muito bom* e assegurando que a escala possui nível de consistência interna capaz de lhe conferir critérios de fidelidade (Ferreira & Marques, 1998 ; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Nunnally, 1978).

Importa ainda salientar que os valores de $alpha$ de *Cronbach* das subescalas, resultantes da análise fatorial, são baixos, significando que a escala é mais consistente quando os itens são analisados na representação global da PAE_CF.

Na análise da correlação interitem, considerou-se como fraca uma correlação correspondente a um coeficiente inferior a 0,30, moderada entre 0,30 e 0,70 e forte se superior a 0,70 (Nunnally, 1978; Cortina, 1993; Almeida & Freire, 2007). Da análise da tabela da matriz de correlações interitens (Anexo 11) verificou-se que as correlações entre os itens eram, de modo geral, positivas e fracas ou moderadas, o que confirma o valor e o interesse intrínsecos de cada item para conferir à PAE_CF poder discriminatório.

2.3 FASE II: Avaliação das Competências Parentais

A construção da versão final do I_ACP permitiu a recolha de dados, com o propósito de caracterizar as competências parentais (Anexo 12). Para iniciar esta etapa, para além da autorização para a realização do estudo, interessava definir os critérios de inclusão, o procedimento de recolha de dados, a definição e a operacionalização das variáveis e a previsão da análise e tratamento dos dados.

2.3.1 População e amostra

A população-alvo em estudo englobou mães e pais, desde a gravidez até ao sexto mês de idade do filho. Decidiu-se estudar a população de mães e de pais cuja área de abrangência de assistência em saúde era a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. – Hospital Pedro Hispano (HPH) e Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos. Foram definidos como critérios de inclusão:

- Ser mãe/pai durante a gravidez e até ao 6.º mês de idade da criança;
- Pertencer à área de assistência da ULSM;
- Aceitar participar no estudo.

A composição da amostra resultou de um método de amostragem de conveniência (Polit, Beck & Hungler, 2006; Fortin, 1996). Assim, a amostra foi sendo constituída por mães e por pais presentes nos locais onde o estudo estava a ser realizado e que satisfizessem os critérios de inclusão.

O acesso à população em estudo foi facilitado pela criação das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), decorrente da reforma dos Cuidados de Saúde Primários publicado no Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Estas unidades visam prestar cuidados de saúde diferenciados, na comunidade, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis. Associado ao ACES de Matosinhos foram criadas quatro UCC: a de Leça da Palmeira, a da Senhora da Hora, a de S. Mamede e a de Matosinhos. Assim, no âmbito da UCC, os enfermeiros propuseram-se trabalhar com mães, pais e filhos desde a gravidez e até aos 18 anos da criança, delineando o *Projeto Bem-me-Quer*. Este projeto tem como finalidade contribuir para a transição saudável para a parentalidade, abrangendo mães, filho(s) e pais, a partir da gravidez, através da oferta de cuidados de enfermagem especializados, diferenciados e integrados que visam a promoção da adaptação à parentalidade, através de processos de aprendizagem centrados no desenvolvimento de competências, de modo a responder eficazmente às necessi-

dades do filho de acordo com a faixa etária e as características específicas. No *Projeto Bem-me-Quer*, o I_ACP foi adotado como guia orientador da avaliação das competências parentais, o que constituiu uma condição facilitadora para o desenvolvimento do estudo.

Avaliaram-se as competências parentais de 634 mães e de 129 pais, ao longo dos diversos momentos, tendo-se procurado seguir os casos, em todos os momentos, o que nem sempre se conseguiu. Esta circunstância evidencia as dificuldades que os autores referem relativamente aos estudos de carácter longitudinal (Polit, Beck & Hungler, 2006; Fortin, 1996).

Conseguiu-se acompanhar um total de 113 mães nos diversos momentos; nos restantes casos, não foi possível realizar contacto em todos os momentos pré-estabelecidos. Por isso, constata-se que nos diversos momentos existe diferente número de contactos com mães e/ou pais (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos contactos realizados em função dos momentos determinados para a avaliação das competências parentais

Momentos	Mães (n=634)		Pais (n=129)		
	n de mães/contacto	%	n de pais/contacto	%	
Gravidez	< 28 sem.	116	9,4	20	10,9
	28-33 sem.	211	17,2	40	21,7
	≥ 33 sem.	255	20,8	26	14,1
	Total/contacto durante a gravidez	582	47,4%	86	46,7%
Pós-nascimento	1. ^a /2. ^a sem.	211	17,2	57	31,0
	1. ^o /2. ^o mês	159	12,9	20	10,9
	3. ^o /4. ^o mês	140	11,4	10	5,4
	5. ^o /6. ^o mês	136	11,1	11	6,0
	Total/contacto após o nascimento	646	52,6%	98	53,3%
Total	1228	100%	184	100%	

Ao longo do estudo foram realizados 1228 contactos com mães, distribuídos pelos diferentes momentos. Dos momentos planeados para avaliação das competências parentais, a gravidez constitui o momento em que ocorreu maior número de entrevistas, num total de 582 contactos, correspondendo a 47,4% do total de contactos, tendo sido todos presenciais. Já nos momentos após o nascimento, verificou-se que 17,2% dos contactos ocorreu na 1.^a/2.^a semana. Dos contactos realizados na 1.^a/2.^a semana, 54,5% (n=115) decorreram no domicílio, 27,0% (n=57) decorreram no centro de saúde e 18,5% (n=39) resultaram de entrevistas telefónicas. No 1.^o/2.^o mês realizaram-se 12,9% dos contactos; e, 11,4% e 11,1% nos 3.^o/4.^o e 5.^o/6.^o meses, respetivamente. Em relação aos pais, verificou-se que foi durante a gravidez o momento em que participaram maior número de pais (46,7%). Já após o nascimento, foi na 1.^a/2.^a semana o momento em que maior número de pais participou (31,0%).

2.3.2 Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos por cinco pessoas, incluindo a investigadora. As enfermeiras exercem funções nas UCC onde o estudo estava a ser realizado. O processo de “*formação*” dos “*entrevistadores*”, tal como referem Ghiglione & Matalon (1993), foi facilitado pelo facto de todos os elementos que integravam a equipa de recolha de dados serem enfermeiras habituadas a lidar com as necessidades em cuidados da população em estudo e todas integraram o grupo de peritos que analisou a versão inicial do I_ACP.

Estabeleceu-se que, em cada contacto, importava registar o local de contacto e idade gestacional, se durante a gravidez, e a idade da criança, se após o nascimento. Sistematizou-se, também, a modalidade de registo do juízo clínico da enfermeira quanto à adequação do nível de conhecimentos/nível de sucesso no desempenho das habilidades.

Assim, se a avaliação fosse referente ao nível de conhecimentos: se a mãe/pai demonstrava conhecimentos para a tomada de decisão/ação, registava-se "M"/‘P’; se mãe/pai revelava falta de conhecimentos ou os conhecimentos eram insuficientes ou incorretos para a tomada de decisão/ação, registava-se ‘-’ (traço), conforme se ilustra na Figura 8.

Em relação ao **PREPARAR A CASA PARA RECEBER O RECÉM-NASCIDO**,

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local de contacto: CS D CT CE CS D CT CE CS D CT CE

Idade gestacional: 26 s 5 d _____ s _____ d _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

1. Características do quarto do recém-nascido
2. Características do berço/cama
3. Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho
4. Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte
5. Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio

M	P	/	/	/	/
M	--	/	/	/	/
--	--	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

Representa que a **mãe (M) e o pai (P)** sabem descrever as características do quarto.

Representa que **nem a mãe (-) nem o pai (-) sabem** quais são as características do equipamento para dar banho ao bebé

Representa que a **mãe sabe (M)** quais as características que o berço do bebé deve possuir mas o **pai não (-)**.

Figura 8. Modelo de registo do juízo clínico da avaliação dos indicadores das competências parentais

A mesma sinalética foi usada para registar o juízo diagnóstico relativo à avaliação das habilidades. Se a avaliação fosse referente à observação do desempenho nas habilidades: se a mãe/pai realizava a tarefa de forma adequada, registava-se ‘M’/‘P’; se mãe/pai não conseguia realizar a tarefa de forma adequada, registava-se ‘-’. Se impossibilidade de observar a mãe/pai na realização da tarefa, procurava-se saber qual a perceção que a mãe tinha sobre a sua própria capacidade para desempenhar com sucesso e segurança a tarefa específica – aplicação da escala de perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho.

Clarificados os critérios de diagnóstico e de registo do juízo diagnóstico deu-se início à recolha de dados, que decorreu de maio de 2009 a setembro de 2010.

As mães e/ou os pais foram convidados a participar no estudo no primeiro contacto, no local de assistência de saúde: centros de saúde e consulta externa do HPH da ULSM ou consultório de médico particular (Figura 9).

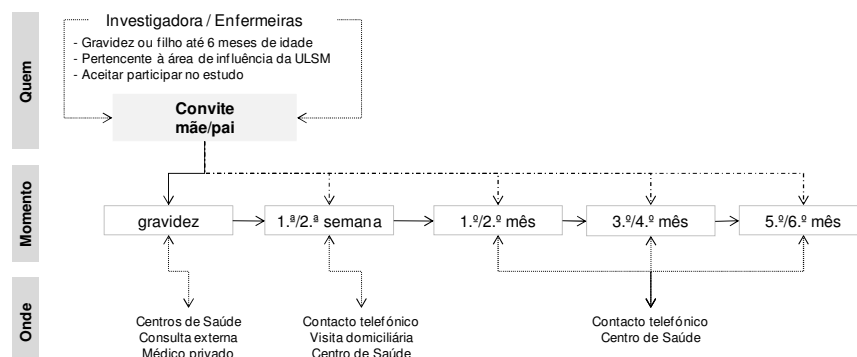


Figura 9. Esquema representativo dos momentos e tipos de contactos da recolha de dados

No primeiro contacto era explicado o objetivo do estudo, como poderiam participar e a importância de continuar a participar no estudo após o nascimento da criança. Quando eram as enfermeiras a estabelecer o primeiro contacto, ao convite para a participação no estudo, acrescentavam o facto de os dados recolhidos constituírem uma oportunidade para conhecerem as necessidades em cuidados e implementarem as intervenções de enfermagem necessárias. Após o assentimento em participar no estudo iniciava-se a recolha de dados.

Para aceder às grávidas seguidas por médicos particulares procurou-se solicitar a colaboração de enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, que colaboravam com esses médicos na atividade privada. Assim, a partir do contacto inicial proporcionado pelas enfermeiras, a investigadora acedia às grávidas, e, de acordo com a confirmação dos critérios de inclusão, convidava-as para participar no estudo. Verificou-se que, apesar de escolherem o médico para a vigilância da gravidez, escolhiam frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade oferecida nos centros de saúde. Quando assim era, as mães e pais eram contactados nos centros de saúde.

No contacto durante a gravidez, se houvesse disponibilidade de tempo por parte da mãe/pai, procedia-se à avaliação de todos os indicadores previstos no I_ACP para o período relativo à gravidez – < 28 semanas, 28-32 semanas e > 32 semanas; caso contrário, negociava-se uma data e marcava-se novo contacto para terminar a recolha de dados. Nos contactos após o nascimento da criança, era negociado telefonicamente a data e o tipo de contacto (no domicílio, no centro de saúde ou contacto telefónico).

2.3.3 Definição das variáveis e dos critérios de medida

A definição das variáveis e a operacionalização da sua definição é essencial para o tratamento e análise dos dados recolhidos.

Competências parentais. Conjunto de conhecimentos e de habilidades que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança. O I_ACP considera dezassete competências parentais: amamentar; alimentar a criança; alimentar a criança com biberão; assegurar a higiene e manter pele saudável; lidar com o choro; colocar a eructar; criar hábitos: dormir; estimular o desenvolvimento; garantir segurança e prevenir acidentes; lidar com problemas comuns na criança; preparar a casa para receber o recém-nascido; preparar enxoval; preparar integração novo elemento na família; promoção e vigilância da saúde do filho; reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal; tratar do coto umbilical; e, vestir e despir/vestuário.

Para efeitos de análise estatística dos dados, as competências parentais foram organizadas em dois níveis de abstração: um sem agregação, sendo identificadas ao longo do relatório como ‘CP’, e outro com agregação, sendo identificadas ao longo do relatório como ‘CP2’. O primeiro nível reuniu as dezassete competências parentais acima descritas; o segundo agregou oito competências parentais, tomando como critério de agregação a proximidade dos conteúdos (Anexo 13).

Conhecimento sobre ...(*especificar*). Indicador de uma competência parental que refere o conteúdo de informação relacionado com uma tarefa parental específica. Quando avaliado como *sim*, traduz o diagnóstico *conhecimento demonstrado*, isto é, a mãe ou o pai evidencia os conteúdos de informação necessários para a tomada de decisão relativa ao assunto, sendo atribuído o valor ‘1’; se avaliado como *não*, traduz o diagnóstico *conhecimento não demonstrado*, isto é, o conhecimento que a mãe ou o pai evidencia pode ser não adequado, incorreto ou insuficiente para a tomada de decisão relativa aos cuidados à criança, sendo atribuído o valor ‘0’; assinalava-se *não se aplica* quando a avaliação do conhecimento não era necessário para o caso específico (por exemplo, no caso de ser o primeiro filho não havia cabimento em avaliar o nível de conhecimento sobre estratégias para integrar o novo elemento na família relacionada com o ciúme entre irmãos). Quando a avaliação de determinado indicador era assinalada como *não se aplica*, este não era contabilizado para efeitos do cálculo do *score* do nível de conhecimento. O I_ACP contempla 139 variáveis do domínio de conhecimento.

Conhecimentos da mãe. Refere o *score* que resulta da média dos indicadores do domínio do conhecimento de todas as competências parentais.

Conhecimentos da mãe = Média dos *scores* finais dos conhecimentos da mãe nas competências parentais (CP2)

Conhecimentos do pai. Refere o *score* que resulta da média dos indicadores do domínio do conhecimento de todas as competências parentais.

Conhecimentos do pai = Média dos *scores* finais dos conhecimentos do pai nas competências parentais (CP2)

Conhecimentos na competência parental (CP)... Os conhecimentos da mãe ou os conhecimentos do pai agregaram os conhecimentos associados às 16⁶ competências parentais (CP): alimentar a criança; alimentar por biberão; amamentar; colocar a eructar; assegurar higiene; lidar com o choro; segurança e prevenção de acidentes; promoção e vigilância da saúde do filho; lidar com problemas comuns na criança; preparar casa; preparar enxoval; estimular desenvolvimento; preparar integração novo elemento; criar hábitos para dormir; tratar coto umbilical; reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal.

→ **Conhecimentos da mãe na competência parental (CP): ...(*especificar*).** O *score* dos conhecimentos da mãe numa determinada competência foi calculado a partir da equação, variando o resultado final entre 0 e 1:

Conhecimentos da mãe na competência parental X=

$$\frac{\sum '1' \text{ (sim) nos indicadores do domínio do } \textit{conhecimento} \text{ da competência parental X avaliados à mãe - (n.º de indicadores do domínio } \textit{conhecimento} \text{ 'não avaliados' + 'não se aplica'})}{\text{n.º de indicadores do domínio do conhecimento da competência parental X - (n.º de indicadores do domínio } \textit{conhecimento} \text{ 'não avaliados' + 'não se aplica'})}$$

→ **Conhecimentos do pai na competência parental (CP): ...(*especificar*).** O *score* dos conhecimentos do pai foi calculado a partir da equação, variando o resultado final entre 0 e 1:

Conhecimentos do pai na competência parental X=

$$\frac{\sum '1' \text{ (sim) nos indicadores do domínio do } \textit{conhecimento} \text{ da competência parental X avaliados ao pai - (n.º de indicadores do domínio } \textit{conhecimento} \text{ 'não avaliados' + 'não se aplica'})}{\text{n.º de indicadores do domínio do conhecimento da competência parental X - (n.º de indicadores do domínio } \textit{conhecimento} \text{ 'não avaliados' + 'não se aplica'})}$$

Conhecimentos na competência parental (CP2)... Os conhecimentos da mãe ou os conhecimentos do pai nas competências agregadas incorporaram os conhecimentos associados a oito competências parentais (CP2): alimentar; lidar com o choro; higiene & coto umbilical; crescimento & desenvolvimento; preparar casa & enxoval; saúde; segurança; e, preparar integração novo elemento.

⁶ A competência: vestir/despir e vestuário inclui somente indicadores do domínio habilidade, não sendo, por isso, considerada para cálculo dos conhecimentos.

→ **Conhecimentos da mãe na competência parental (CP2): ...(*especificar*)**. O *score* dos conhecimentos da mãe numa determinada competência foi calculado a partir da equação:

Conhecimentos da mãe na competência parental X2 = Média dos *scores* finais dos conhecimentos da mãe nas competências parentais (CP) associadas à competência X2

→ **Conhecimentos do pai na competência parental (CP2): ...(*especificar*)**. O *score* dos conhecimentos do pai numa determinada competência foi calculado a partir da equação:

Conhecimentos do pai na competência parental X2 = Média dos *scores* finais dos conhecimentos do pai nas competências parentais (CP) associadas à competência X2

Habilidade para ...(*especificar*). Indicador de uma competência parental que refere tarefas relacionadas com os cuidados à criança, como por exemplo dar banho, trocar a fralda ou amamentar. Assim, se a mãe desempenhava a atividade em conformidade com o esperado, a habilidade era avaliada como *sim* (demonstra), sendo atribuído valor ‘1’; se pelo contrário, na observação do desempenho da atividade, se verifica que há erros ou ações que colocam em risco a criança ou a mãe/pai, ou se existem efeitos secundários resultantes de cuidados deficitários/inadequados à situação, a habilidade é avaliada como *não* (não demonstra), sendo atribuído valor ‘0’. À semelhança do que acontecia com a avaliação dos conhecimentos, quando a habilidade não era necessária para a situação específica, assinalava-se como *não se aplica*. Quando a avaliação de determinado indicador era assinalada como *não se aplica*, este não era contabilizado para efeitos do cálculo do *score* do nível de desempenho nas habilidades. O I_ACP contempla 54 variáveis do domínio habilidade.

Habilidades da mãe. Refere o *score* que resulta da média dos indicadores do domínio de habilidade de todas as competências parentais.

Habilidades da mãe = Média dos *scores* finais das habilidades da mãe nas competências parentais (CP2)

Habilidades do pai. Refere o *score* que resulta da média dos indicadores do domínio de habilidade de todas as competências parentais.

Habilidades do pai = Média dos *scores* finais das habilidades do pai nas competências parentais (CP2)

Habilidades na competência parental (CP)...As habilidades da mãe ou as habilidades do pai agregaram as habilidades associados a onze competências parentais (CP): alimentar a criança; alimentar por biberão; amamentar; colocar eructar; assegurar higiene; lidar com o choro; segurança e prevenção de acidentes; lidar com problemas comuns na criança; promoção e vigilância da saúde da criança; tratar coto umbilical; e, vestir e despir/vestuário.

→ **Habilidades da mãe na competência parental (CP): ...(*especificar*).** O *score* das habilidades da mãe foi calculado a partir da equação, variando o resultado final entre 0 e 1:

Habilidades da mãe na competência parental X=

$$\frac{\sum \text{'1' (sim) nos indicadores do domínio do habilidade da competência parental X avaliados à mãe - (n.º de indicadores do domínio habilidade 'não avaliados' + 'não se aplica')}}{n.º \text{ de indicadores do domínio do habilidade da competência parental X - (n.º de indicadores do domínio habilidade 'não avaliados' + 'não se aplica')}} =$$

→ **Habilidades do pai na competência parental (CP): ...(*especificar*).** O *score* das habilidades da mãe foi calculado a partir da equação, variando o resultado final entre 0 e 1:

Habilidades do pai na competência parental X=

$$\frac{\sum \text{'1' (sim) nos indicadores do domínio do habilidade da competência parental X avaliados ao pai - (n.º de indicadores do domínio habilidade 'não avaliados' + 'não se aplica')}}{n.º \text{ de indicadores do domínio do habilidade da competência parental X - (n.º de indicadores do domínio habilidade 'não avaliados' + 'não se aplica')}} =$$

Habilidades na competência parental (CP2)...As habilidades da mãe ou as habilidades do pai nas competências agregadas incorporaram as habilidades associadas a cinco competências parentais (CP2): alimentar; lidar com o choro; higiene & coto umbilical; saúde; e, segurança.

→ **Habilidades da mãe na competência parental (CP2): ...(*especificar*).** O *score* das habilidades da mãe numa determinada competência foi calculado a partir da equação:

Habilidades da mãe na competência parental X2 = Média dos *scores* finais das habilidades da mãe nas competências parentais (CP) associadas à competência X2

→ **Habilidades do pai na competência parental (CP2): ...(*especificar*).** O *score* das habilidades do pai numa determinada competência foi calculado a partir da equação:

Habilidades do pai na competência parental X2 = Média dos *scores* finais das habilidades do pai nas competências parentais (CP) associadas à competência X2

Para averiguar a fiabilidade do I_ACP, procedeu-se à análise da sua consistência interna, através do cálculo do *alpha de Cronbach* das subescalas: conhecimentos e habilidades da mãe e conhecimentos e habilidades do pai (Tabela 3).

Tabela 3. Valor do *Alpha de Cronbach* das subescalas do I_ACP

		N.º de itens considerados para o cálculo do valor de <i>alpha</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Mãe	Conhecimento da mãe	8	,820
		7 ^a	,857
	Habilidades da mãe	5	,663
Pai	Conhecimento do pai	8	,890
		7 ^b	,850
	Habilidades do pai	5	,703
		4 ^c	,761

^a retirado conhecimentos da mãe na CP2: preparar integração novo elemento (n=170); ^b retirado conhecimentos do pai na CP2: preparar integração novo elemento (n=25); ^c retirado habilidades do pai na CP2: lidar com choro (n=59).

Da análise da tabela, verifica-se que, de modo geral, os valores de *alpha de Cronbach*, tomando por referência a classificação de George & Mallery, 2003, descrita anteriormente, revelam nível de *bom* nos conhecimentos, quer da mãe, quer do pai; mas nas habilidades já o

valor de *alpha de Cronbach* revelou nível *aceitável* nas habilidades do pai mas *questionável* nas habilidades da mãe. Em função destes resultados decidiu-se utilizar como variáveis para caracterizar as habilidades das mães, as variáveis relativas às habilidades em cada uma das competências parentais agregadas: habilidades da mãe nas competências agregadas – (CP2): (*especificar*).

Perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho. A perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho é definida como a perceção da mãe para, com efetividade, gerir uma variedade de situações e realizar com sucesso as tarefas inerentes às necessidades da criança, medida através da escala de perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho (PAE_CF). A PAE_CF tem como objetivo avaliar a perceção da mãe relativamente à sua capacidade para desempenhar as tarefas parentais básicas e gerir as situações relativas às necessidades da criança. A escala é composta por 20 itens, a avaliar na 1.^a/2.^a semana após o nascimento da criança, com *alpha de Cronbach* de 0,808.

Experiência parental anterior. A experiência anterior remete para o facto de a mãe e/ou o pai terem prestado cuidados a crianças nos primeiros seis meses após o nascimento. A resposta *sim* representa experiência anterior na tarefa parental em questão e a resposta *não* representa que não tem experiência anterior. As tarefas parentais contempladas no I_ACP para averiguação de experiência anterior são: (1) amamentar; (2) alimentar por biberão; (3) colocar a eructar; (4) dar banho; (5) trocar a fralda; (6) tratar do coto umbilical; e, (7) lidar com o choro; foi também contemplado a possibilidade de acrescentar “outra” tarefa parental, em texto livre.

Apoio familiar e suporte social. Pode ser definido como as ações intencionais que ajudam o outro em alguma atividade e que produz resposta positiva em quem a recebe (Logsdon, Birkimer & Ratterman, 2002). Durante a gravidez, procurou-se identificar a *previsão do suporte* esperado pela mãe e/ou pelo pai, isto é, procurava-se saber se previa ter ajuda nos cuidados ao bebé (sim; não), se sim, quem achava que iria ajudar (mãe/sogra; outros familiares; amigos; outros) e que tipo de ajuda seria mais provável receber: ajuda no tomar conta do bebé; ajuda nos cuidados ao bebé; e/ou, ajuda nas tarefas domésticas. Após o nascimento, para averiguar a perceção relativa ao *suporte recebido*, perguntava-se quem assumiu o papel principal nos cuidados ao bebé (mãe; pai), quem ajudou nos cuidados (mãe/sogra; outros familiares; amigos; outros) e que tipo de ajuda foi oferecido (ajuda no tomar conta do bebé, ajuda nos cuidados ao bebé e/ou ajuda nas tarefas domésticas). Na resposta a estas questões, considerou-se a possibilidade de escolha de mais do que uma opção.

Fontes de informação. A procura de informação e o processo de aprendizagem guardam relação com as fontes de informação disponíveis e com a preferência da mãe/pai. As fontes de informação correspondem a veículos, neste caso, portadores de informação relacionada com os cuidados ao filho. Assim, para identificar as fontes de informação a que as mães e os pais recorrem, tanto durante a gravidez como após o nascimento, perguntou-se quais eram as fontes de informação a que recorriam quando sentiam necessidade de informação sobre os cuidados ao filho. As fontes consideradas no I_ACP foram: enfermeiro, médico, internet, livros, familiares, outras mães e outros, sendo que cada mãe/pai poderia referir mais do que uma fonte de informação.

2.3.4 Análise e tratamento dos dados

Para facilitar a documentação dos dados recolhidos foi construída, especificamente para o efeito, uma base de dados no Access[®] 2007. À medida que os instrumentos de recolha de dados (I_ACP) ficavam completos, os dados iam sendo documentados na base de dados.

No tratamento dos dados foram usados procedimentos estatísticos. Os procedimentos de análise estatística usados no tratamento dos dados foram realizados recorrendo ao programa estatístico SPSS[®] 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente às frequências e respetivos valores percentuais, às médias, como medida de tendência central, e ao desvio padrão, como medida de dispersão, e à estatística inferencial, recorrendo a testes estatísticos paramétricos e não paramétricos. O recurso à estatística paramétrica exige que sejam cumpridos os pressupostos: distribuição normal da amostra e homogeneidade da variância; esta última é exigida se a análise estatística recai sobre diferentes grupos. Para se testar a normalidade, foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*, recomendado para analisar a normalidade da distribuição em amostras de dimensão igual ou superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2000).

Com base nos resultados da análise exploratória de dados, foi decidido o tipo de teste estatístico a usar; assim, apenas foram realizados testes paramétricos quando cumpridos os pressupostos subjacentes à sua utilização. Assim, para a análise inferencial, foram realizados testes paramétricos, nomeadamente, *teste t de student*, *One Way ANOVA* e testes *post-hoc* de *Scheffe*, para verificar se existem ou não diferenças significativas entre grupos para as variáveis em estudo. Nas variáveis em que não se verificaram os pressupostos subjacentes aos testes paramétricos foram usados testes não paramétricos, nomeadamente o teste U de

Mann-Whitney (dois grupos) e teste *Kruskall-Wallis* (três ou mais grupos). Quando se pretendia correlacionar as variáveis intervalares utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Pestana & Gageiro, 2000) e respetivo teste de significância. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I de 0,05 em todas as análises inferenciais (Marôco, 2010; Pestana & Gageiro, 2000).

2.3.5 Esquema síntese da metodologia do estudo

No quadro 17 apresenta-se um esquema síntese dos principais elementos metodológicos do dispositivo de investigação implementado. No quadro, procura-se descrever, em função dos propósitos orientadores da fase I e da fase II, os objetivos de cada etapa, a técnica de recolha de dados, os participantes no estudo e os procedimentos de análise de dados, em conformidade com a natureza dos dados e do propósito da análise.

Quadro 17. Esquema síntese da metodologia do estudo

FASE I – CONSTRUIR UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS				
	Objetivos	Técnica de recolha de dados	Amostra/ participantes	Análise dos dados
ETAPA 1	▪ Identificar as competências parentais na perspetiva das mães e dos pais	Entrevista	Mães=40 Pais=11	Análise de conteúdo: <i>grounded analysis</i> (Fernandes & Maia, 2002; Strauss & Corbin, 2008) Recurso: NVivo 7
	▪ Identificar as competências parentais baseado na literatura	Revisão da literatura		
ETAPA 2	▪ Definir no modelo do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)	<i>Focus group</i>	Enfermeiras: Especialistas em saúde materna e obstetrícia=9 Especialistas em saúde infantil e pediatria=3	Análise de conteúdo
		<i>Pré-teste</i>	25 mães	Análise de conteúdo das notas de campo
	▪ Construir Escala de perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho (PAE_CF)	PAE_CF	Mães=114	Tratamento estatístico SPSS® 19.0 - Análise da validade: análise dos componentes principais - Análise da fidelidade: análise da consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)
	▪ Identificar características psicométricas do I_ACP (Conhecimentos e habilidades das mães; conhecimentos e habilidades dos pais)	I_ACP	Contactos: Mães=1128 Pais=184	Tratamento estatístico SPSS® 19.0 - Análise da fidelidade: análise da consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)
FASE II – CARACTERIZAR AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS, DESDE A GRAVIDEZ ATÉ AO 6.º MÊS DE IDADE DA CRIANÇA				
	Objetivos	Técnica de recolha de dados	Amostra/ participantes	Análise dos dados
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar as competências parentais: conhecimentos e habilidades. ▪ Caracterizar os níveis de autoeficácia das mães nos cuidados ao filho. ▪ Correlacionar conhecimentos, habilidades, competências das mães e dos pais. 	I_ACP	Contactos: Mães=1128 (47,4% na gravidez e 52,6% nos 4 momentos após o nascimento) Pais=184 (46,7% na gravidez e 53,3% nos 4 momentos após o nascimento)	Tratamento estatístico SPSS® 19.0 - Teste <i>t student</i> - <i>One Way ANOVA</i> e testes <i>post-hoc</i> de <i>Scheffe</i> - U de <i>Mann-Witney</i> - <i>Kruskall-Wallis</i> - Correlação de <i>Spearman</i>

2.4 Considerações éticas

A observância dos princípios éticos foi uma preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo dado a centralidade das características dos participantes – grávidas. As gestantes são comumente consideradas pessoas vulneráveis, sendo recomendado que só sejam envolvidas em estudos cuja finalidade tiver relação com as suas necessidades de saúde e quando os riscos para o feto são mínimos (Polit, Beck & Hungler, 2004). O estudo desenvolvido cumpria este pressuposto.

Mais, associado à realização do estudo estabeleceram-se alguns “deveres” que guiaram as decisões éticas que foram despontando. Destes deveres destaca-se o consentimento informado (Anexo 4). O consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação ao estudo, que compreendem a informação e que têm o poder da livre escolha, podendo participar voluntariamente, ou desistir em qualquer altura (Polit, Beck & Hungler, 2006).

Na primeira fase do estudo, pretendia-se conhecer as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais recorrendo-se à entrevista como técnica de recolha de dados. Assim, aquando do primeiro contacto, era apresentado o convite para participar explicitando a finalidade, o como participar e a importância da colaboração; nesta altura, era garantida a confidencialidade dos dados e solicitada autorização para usar gravador para gravar a entrevista. Todas as mães e todos os pais convidados consentiram ser entrevistados e anuíram na gravação da entrevista.

Na segunda fase do estudo, agora de natureza longitudinal, o convite era apresentado logo no primeiro contacto. O convite para participar no estudo consistia na explicação do propósito do estudo; da importância da colaboração e como poderia participar; nesta altura, era também referido a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo e assegurado que qualquer que fosse a decisão, em algum momento, não teria qualquer impacto na qualidade dos cuidados. A todos era pedido a utilização dos dados recolhidos para o estudo, assegurando a confidencialidade e garantindo o anonimato.

Foi também um cuidado adotado, a clarificação de alguns aspetos que pudessem afetar, negativa ou positivamente, a mãe e/ou o pai, nomeadamente em termos de tempo dispendido, a necessidade de ir a casa observar os cuidados e os potenciais benefícios por participar

no estudo, de modo a assegurar o consentimento informado. De facto, em alguns momentos do estudo previa-se necessidade de gastar algum tempo na entrevista e/ou na observação do desempenho da tarefa, como por exemplo nos contactos da gravidez e 1.^a/2.^a semana, respectivamente; todavia, acreditava-se que a participação traria benefícios em termos de oferta de cuidados de enfermagem, pois a partir da identificação das necessidades de aprendizagem seriam prescritas e implementadas intervenções apropriadas para lhes dar resposta.

A maior parte das mães e dos pais convidadas aceitaram integrar o estudo, pelo menos durante a gravidez. Alguns acrescentavam que “*quando o bebé nascer logo se verá*”, sendo reiterado o respeito pela liberdade de desistir em qualquer fase do estudo.

A anuência para ir a casa avaliar as necessidades em cuidados e observar os cuidados ao filho nem sempre foi concedida. No contacto da 1.^a/2.^a semana, talvez pelo cansaço e pelas exigências das novas tarefas, as mães preferiam dirigir-se ao centro de saúde ou aceitar, antes, a entrevista telefónica do que permitir a visita domiciliária.

Vários autores já haviam alertado para estas dificuldades, referindo que quando os estudos exigem contactos repetidos, a obtenção de consentimento “definitivo” pode ser difícil no início do trabalho e a desistência ser mais frequente que noutra tipo de estudo (Polit, Beck & Hungler, 2006). Assim, o convite e o consentimento foram entendidos como um processo transaccional, a que aquelas autoras designam de processo de consentimento, no qual o investigador renegoceia continuamente o consentimento, permitindo a validação da permanência no estudo. Para além de assegurar os princípios éticos na interação com as pessoas, também foi formalizado o pedido de autorização à instituição onde o estudo ia ser desenvolvido, que foi concedida (Anexo 14).

...each teaching session should begin by asking new parents
what they already know, what they need to know, and what they want to know

Katherine Bowman (2005)

CAPÍTULO III	115
5. Apresentação dos resultados	117
5.1 Caracterização das mães e dos pais	117
<i>Caracterização sociodemográfica</i>	118
<i>Caracterização da história obstétrica</i>	119
<i>Experiência anterior em cuidados a crianças até aos seis meses de idade</i>	119
<i>Previsão de apoio familiar e o suporte recebido nos cuidados à criança</i>	121
<i>Fontes de informação usadas pela mãe e pelo pai</i>	122
<i>Atitude da mãe e do pai face à necessidade vs procura de informação</i>	122
<i>Caracterização dos partos e dos recém-nascidos</i>	123
<i>Assistência e vigilância de saúde</i>	123
<i>Problemas comuns na criança nos primeiros seis meses de idade</i>	124
<i>Perceção da mãe do choro e do temperamento do filho</i>	124
<i>Alimentação da criança ao longo dos momentos</i>	125
5.2 Perfil das mães e dos pais em função das variáveis atributo	126
5.2.1 <i>Das escolhas: o envolvimento, as fontes de informação e a assistência de saúde</i>	126
5.2.2 <i>Dos contextos: apoio familiar e suporte social</i>	130
5.2.3 <i>Das características intrínsecas: a idade, a escolaridade e a experiência parental anterior</i>	131
5.3 Indicadores das competências no exercício do papel parental	135
5.3.1 <i>O que as mães e os pais 'menos sabem'</i>	135
5.3.2 <i>O que as mães e os pais 'mais sabem'</i>	136
5.3.3 <i>O que as mães e os pais 'menos sabem' e 'mais sabem', por momento de avaliação</i>	138
5.4 Os indicadores associados ao exercício do papel parental, por domínio de competência parental	141
5.4.1 <i>Preparar a casa para receber o recém-nascido</i>	141
5.4.2 <i>Preparar o enxoval</i>	142
5.4.3 <i>Preparar a integração do novo elemento na família</i>	143
5.4.4 <i>Alimentar a criança</i>	144
5.4.4.1 <i>Amamentar e lidar com as complicações associadas</i>	146
5.4.4.2 <i>Alimentar a criança com biberão</i>	151
5.4.5 <i>Colocar a eructar</i>	153
5.4.6 <i>Assegurar higiene e manter a pele saudável</i>	154
5.4.7 <i>Vestir e despir/vestuário</i>	157
5.4.8 <i>Tratar do coto umbilical</i>	158
5.4.9 <i>Lidar com o choro</i>	160
5.4.10 <i>Garantir a segurança e prevenir acidentes</i>	161

5.4.11	<i>Promoção e vigilância da saúde do filho</i>	164
5.4.12	<i>Lidar com problemas comuns na criança</i>	167
5.4.13	<i>Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal</i>	170
5.4.14	<i>Estimular o desenvolvimento</i>	173
5.4.15	<i>Criar hábitos para dormir</i>	174
5.5	Nível de preparação para o exercício do papel parental	174
5.5.1	<i>Preparação para o exercício do papel parental: nível dos conhecimentos</i>	176
5.5.2	<i>Preparação para o exercício do papel parental: nível no desempenho das habilidades</i>	176
5.6	Perfil das mães e dos pais em função do nível de preparação para o exercício do papel parental	178
5.6.1	<i>O nível de conhecimentos e as características das mães e dos pais</i>	180
5.6.2	<i>O nível de habilidades e as características das mães e dos pais</i>	184
5.6.3	<i>A percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho e as características das mães</i>	186
5.7	Correlação entre a PAE_CF e os conhecimentos e as habilidades das mães	187
5.8	Síntese dos principais resultados	188

3. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados descreve os dados provenientes da recolha de dados e do tratamento estatístico, em função das questões de investigação que os orientaram.

Assim, ao longo deste capítulo, apresentam-se as características individuais das mães e dos pais que colaboraram no estudo, dando-se particular atenção ao perfil das mães e dos pais no que se refere às escolhas – o envolvimento com a parentalidade, as fontes de informação que utilizaram e ao tipo de assistência de saúde –, aos contextos – apoio familiar e suporte social – e às características – idade, escolaridade e experiência anterior. Procura-se dar a conhecer quais os indicadores das competências parentais em que as mães e os pais ‘mais’ e ‘menos’ sabem e sabem fazer e caracterizam-se as competências parentais em função da percentagem de mães e de pais que não demonstraram conhecimentos e habilidades, competência a competência. Em seguida apresentam-se os resultados relativos ao nível dos conhecimentos e ao nível das habilidades, após o qual, se apresenta o efeito das características das mães e dos pais no respetivo nível de conhecimentos e de habilidades. Por fim, procura-se caracterizar as competências parentais enquanto produto dos conhecimentos e das habilidades e a correlação entre a perceção da autoeficácia da mãe nos cuidados ao filho e o nível de conhecimentos e de habilidades.

Conforme referenciado anteriormente, no estudo participaram um total de 634 mães e 129 pais, distribuídos pelos diferentes momentos. Dado que nem em todas as variáveis se conseguiu a totalidade de respostas, verifica-se, ao longo da apresentação dos resultados, distinto número de participantes (n) nas diversas variáveis estudadas e nos diferentes momentos de recolha de dados.

3.1 Caracterização das mães e dos pais

As mães e os pais foram descritos quanto às suas características individuais, nomeadamente as características sociodemográficas, as características da história obstétrica, a experiência anterior em tarefas parentais, a previsão de apoio familiar e o suporte recebido nos cuidados à criança, as fontes de informação usadas pela mãe e pelo pai, a atitude da mãe e do pai face

à necessidade vs procura de informação, a caracterização do parto e do recém-nascido, a assistência e vigilância de saúde, os problemas comuns na criança nos primeiros seis meses de idade, a perceção da mãe do choro e do temperamento do filho e a alimentação da criança nos primeiros seis meses.

Caracterização sociodemográfica

No que se refere à idade das mães (n=631), verifica-se que a média de idades das mães é de 29,5 anos, com limite mínimo de 17 anos e máximo de 54 anos; quanto aos pais (n=605), verifica-se que a média de idade é de 32,1 anos, com limite mínimo de 16 e máximo de 58 anos (Tabela 4).

Quanto ao nível de escolaridade das mães (n=624), verifica-se que 42,0% das mães possui formação de nível superior, 32,7% das mães possui formação de nível secundário e 25,3% possui formação de nível básico; em relação aos pais (n=595), verifica-se que 37,6% dos pais possui o ensino básico, 35,5% ensino secundário e 26,9% possui formação de nível superior.

Tabela 4. Distribuição das mães e dos pais quanto às características sociodemográficas

	Mães		Pais		
	Idade	N (631)	N (605)		
	Média	29,5	32,1		
	Min.-Máx.	(17-54)	(16-58)		
	Nível de escolaridade	N (624)	%	N (595)	%
	1.º Ciclo do Ensino Básico	13	2,1	15	2,5
	2.º Ciclo do Ensino Básico	33	5,3	50	8,4
	3.º Ciclo do Ensino Básico	112	17,9	159	26,7
	Ensino Secundário	204	32,7	211	35,5
	Ensino Superior	262	42,0	160	26,9
	Profissão	N (615)	%	N (578)	%
Grupo 1- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas		11	1,8	28	4,8
Grupo 2- Especialistas das profissões intelectuais e científicas		159	25,9	101	17,5
Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio		98	15,9	88	15,2
Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares		48	7,8	38	6,6
Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores		155	25,2	142	24,6
Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		0	0	4	0,7
Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares		8	1,3	90	15,6
Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem		2	0,3	24	4,2
Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados		32	5,2	32	5,5
Grupo 10 - Membros das Forças Armadas		5	0,8	3	0,5
Grupo 11 - Estudante		9	1,5	4	0,7
Grupo 12 - Desempregado		88	14,3	24	4,2

No que se refere à atividade profissional das mães (n=615), verifica-se que 25,9% das mães apresentam profissões do Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 25,2% profissões do Grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) e 15,9% apresentam profissões do Grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio); destaca-se o facto de 14,3% das mães ter referido estar desempregada; no que concerne os pais (n=578), 24,6% apresenta profissões do Grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), 17,5% apresenta pro-

fissões do Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas) e 15,2% apresenta profissões do Grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio).

Em relação ao estado civil e à coabitação com pai/mãe da criança, verifica-se que 84,3% referiu ser casado ou viver em união de facto, coabitando com pai/mãe da criança; por seu turno, 15% das mães referiu ser solteira e não coabitar com o pai da criança.

Caracterização da história obstétrica

Em relação ao planeamento da gravidez atual, constata-se que a gravidez foi planeada em 62,9% (n=399) dos casos e desejada em 95,4% (n=605). Em 18,1% dos casos houve referência a algum tipo de complicação durante a gravidez. A média da idade gestacional das mães que participaram no estudo, ainda durante a gravidez, é de 30,9 semanas de gestação (mínimo – 13 semanas; máximo – 40 semanas).

No que se refere ao índice obstétrico, verifica-se que para 64,2% das mães a gravidez atual constituía a primeira gravidez, sendo que em 11,5% dos casos houve referência a outras gestações que terminaram em abortamentos. Por isso, para 71,8% das mães corresponde efetivamente ao primeiro filho (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das mães quanto ao índice obstétrico

Índice obstétrico	Mães		
	N (634)	%	
Gesta	1.º filho	407	64,2
	2.º ou + filhos	227	35,8
Para	0	455	71,8
	1 parto anterior	161	25,4
	2 ou + partos anteriores	18	2,9
Aborto	0 abortos	561	88,5
	1 ou + abortos	73	11,5

Nos casos em que a gravidez atual não constituía o primeiro filho (28,2%), verifica-se que parte significativa dos partos anteriores foi do tipo eutócico (62,0%) e por cesariana (29,7%). Verifica-se, contudo, que 8,3% dos partos foram distócicos (fórceps/ventosa).

No que se refere a idade do filho, nos participantes após o nascimento, verifica-se que, na 1.ª/2.ª semana, a média de idade é de uma semana, no 1.º/2.º mês a média é de seis semanas e meia, ao 3.º/4.º mês a média é de 13,5 semanas e ao 5.º/6.º mês a idade do filho é, em média, de 22 semanas.

Experiência anterior em cuidados a crianças até aos seis meses de idade

Em relação à experiência anterior em cuidar de crianças, verifica-se que 36,6% das mães refere ter experiência anterior em trocar a fralda, 35,0% em alimentar com biberão e 34,4%

refere experiência anterior em dar banho; apenas 19,9% das mães refere experiência anterior em tratar coto umbilical (Tabela 6).

Já no caso dos pais, verifica-se que 69,7% refere ter experiência anterior em colocar a eructar e 65,1% em alimentar com biberão; também para os pais, tratar o coto umbilical é a tarefa parental em que menor número revela ter experiência anterior (7,7%).

Tabela 6. Distribuição das mães e dos pais em função da experiência anterior em cuidados a crianças

Experiência anterior em:	Mães N (634)		Pais N (129)	
	Sim	%	Sim	%
Amamentar	159	25,1	Não se aplica	Não se aplica
Alimentar com biberão	222	35,0	84	65,1
Colocar a eructar	192	30,3	90	69,7
Dar banho	218	34,4	62	48,0
Trocar a fralda	232	36,6	63	48,8
Tratar coto umbilical	126	19,9	10	7,7
Lidar com choro	185	29,2	56	43,4

No que se refere à intenção de amamentar, quase a totalidade das grávidas manifesta intenção de amamentar (99,3%); apenas quatro grávidas referem impossibilidade de amamentar e o motivo apontado foi doença materna.

Em relação à experiência anterior em amamentar, no conjunto de mães que participaram no estudo, 28,2% já tinham tido pelo menos um filho, sendo que 25,1% das mães refere experiência anterior de amamentar, das quais 82,1% considera a experiência positiva.

Da duração do período em que amamentaram o filho anterior verifica-se que apenas 27,8% das mães amamentou durante o primeiro mês de vida da criança, tendo-se verificado uma diminuição progressiva da percentagem de mães que manteve a amamentação; somente 11,4% das mães referiu ter amamentado até ao segundo mês; 10,8 % até aos três meses; 9,5% até aos quatro meses e apenas 6,3% referiu ter amamentado até aos seis meses.

Os motivos referidos pelas mães para o abandono da amamentação, na experiência anterior, foram submetidas a análise de conteúdo, tendo sido organizados em dez categorias (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das mães pelos motivos referidos para abandonar a amamentação no filho anterior

Motivos referidos	Mães	
	N (137)	%
Compromisso na lactação (real/percebida)	51	37,2
Regresso ao trabalho	34	24,8
Complicações com a amamentação	19	13,9
Opção da mãe	8	5,8
Medicação/indicação médica	7	5,1
Outros	6	4,4
Compromisso no aumento de peso da criança	3	2,2
Problemas de saúde da criança	3	2,2
Cansaço	3	2,2
Oferta de leite artificial/tetinas	3	2,2

Os três motivos, mais frequentemente enunciados, como razão para abandonar a amamentação, foram o compromisso, real ou percebido, da lactação (37,2%), o regresso ao trabalho (24,8%) e as complicações associadas à amamentação (13,9%). Em relação às complicações da amamentação nos primeiros dias após o regresso a casa, verifica-se que 51 das mães referiram ter tido algum tipo de complicação, sendo 78,4% dos casos a *fissura* e em 21,6% o *ingurgitamento mamário*.

Previsão de apoio familiar e o suporte recebido nos cuidados à criança

Relativamente à previsão sobre quem iria cuidar do bebé e quem iria ajudar nos cuidados à criança, verifica-se que em 90,7% dos casos a mãe previa assumir-se como cuidadora principal e em 57,6% dos casos as mães referem a previsão de ajuda do pai (Tabela 8). Em relação à previsão do suporte social e/ou apoio familiar, constata-se que a figura de suporte mais frequentemente referida é a mãe/sogra, sendo apontada por 68,3% das mães. Já no que se refere à expectativa no tipo de ajuda que irá receber nos primeiros tempos, mais de metade das mães refere que previa ter ajuda no tomar conta da criança (52,5%). Também 42,6% das mães refere que previa ter ajuda nos cuidados à criança e 43,7% nas tarefas domésticas.

Já no que concerne a perceção do suporte recebido nos primeiros dias após o regresso a casa pós-parto, verifica-se que em 98,3% dos casos foi a mãe que assumiu os cuidados ao filho, manifestando, em 73,0% dos casos, que o pai também colaborava. Em conformidade com a previsão das mães, constata-se que as principais fontes de suporte durante este período são as mães/sogras (63,3%). É de assinalar que em 3,0% dos casos, a mãe referiu não ter tido qualquer tipo de ajuda. Verifica-se que o padrão do tipo de ajuda recebido é sobreponível ao esperado, sendo o ajudar a tomar conta da criança o tipo de ajuda mais frequentemente indicado (48,1%).

Tabela 8. Distribuição dos casos em função do apoio previsto e suporte recebido nos cuidados à criança

	Quem vai cuidar da criança				Quem vai ajudar				Tipo de ajuda			
	Gravidez (previsto)		Pós-nascimento (recebido)		Gravidez (previsto)		Pós-nascimento (recebido)		Gravidez (previsto)		Pós-nascimento (recebido)	
	N (634)	%	N (237)	%	N (634)	%	N (237)	%	N (634)	%	N (237)	%
Mãe	575	90,7	233	98,3								
Pai	365	57,6	173	73,0								
Mãe/sogra					433	68,3	150	63,3				
Outros familiares					66	10,4	26	11,0				
Amigos					10	1,6	4	1,7				
Não tem ajuda					--	--	7	3,0				
Tomar conta									333	52,5	114	48,1
Cuidados à criança									270	42,6	100	42,2
Tarefas domésticas									277	43,7	102	43,0
Outras									4	0,6	--	--

Fontes de informação usadas pelas mães e pelos pais

Relativamente às fontes de informação a que as mães e os pais recorrem para responder às questões, estas parecem variar de acordo com o momento do *continuum* da parentalidade, mais especificamente, se é antes ou após o nascimento do filho (Tabela 9).

A fonte de informação mais frequentemente referida pelas mães durante a gravidez é o livro (55,0%). O enfermeiro, o médico e a internet também são referidos por mais de metade das grávidas, sendo indicados por 51,1%, 50,6% e 50,8% das mães, respetivamente.

Já a fonte de informação mais vezes nomeada pelos pais durante a gravidez é a internet (29,5%). O livro, por seu turno, ocupa o 2.º lugar nas fontes mais vezes mencionadas, sendo referido por 21,3% dos pais; o enfermeiro e o médico são mencionados apenas por 14,4% e 16,2% dos pais, respetivamente. Destaca-se o facto de enfermeiros e familiares serem referidos por em igual percentagem de pais (14,4%).

Tabela 9. Distribuição dos casos em função das fontes de informação usadas pela mãe e pelo pai

	Durante a gravidez				Após o nascimento			
	Mães		Pais		Mães		Pais	
	N (634)	%	N (634)	%	N (237)	%	N (237)	%
Enfermeiro	324	51,1	91	14,4	180	75,9	63	26,6
Médico	321	50,6	103	16,2	142	59,9	58	24,5
Livros	349	55,0	135	21,3	92	38,8	32	13,5
Internet	322	50,8	187	29,5	88	37,1	54	22,8
Familiares	175	27,6	91	14,4	55	23,2	29	12,2
Outras mães	126	19,9	20	3,2	22	9,3	2	0,8

Após o nascimento da criança, tanto para as mães como para os pais, os profissionais da saúde emergem como as fontes de informação mais valorizadas, sendo que 75,9% das mães e 26,6% dos pais indicam o enfermeiro e 59,9% das mães e 24,5% dos pais indicam o médico. Evidencia-se o facto de na resposta a esta questão, 5,5% dos pais refere ‘outra’ fonte de informação, referindo que a sua principal fonte de informação é a esposa/companheira.

Atitude da mãe e do pai face à necessidade vs procura de informação

No que se refere à atitude face à necessidade de informação, a maioria das mães revela tender para uma atitude ativa na procura de informação, tanto durante a gravidez (73,2%) como após o nascimento do filho (68,8%) (Tabela 10). Destaca-se uma percentagem considerável de mães que refere adotar uma atitude ‘expectante’ face às necessidades de integrar novos conhecimentos e novas habilidades, para lidar com a transição para a maternidade, indicando que *quando a situação surgir se verá*, quer durante a gravidez (24,6%) quer após o nascimento (27,4%).

Tabela 10. Distribuição dos casos em função da atitude face à necessidade e procura de informação

	Durante a gravidez				Após o nascimento			
	Mãe		Pai		Mãe		Pai	
	N (601)	%	N (359)	%	N (237)	%	N (204)	%
Quando a situação surgir se verá	148	24,6	145	40,4	65	27,4	100	49,0
Procura informação	440	73,2	186	51,8	163	68,8	83	40,7
Não tem dúvidas	13	2,2	28	7,8	9	3,8	21	10,3

Já no que se refere à atitude dos pais, verifica-se que durante a gravidez, 51,8% refere ter uma atitude de procura ativa de informação; todavia, a atitude após o nascimento altera-se sendo que quase metade dos pais refere uma atitude do tipo *quando a situação surgir se verá* (49,0%), mas 40,7% continua a revelar uma atitude de procura de informação.

Caracterização dos partos e dos recém-nascidos

No conjunto das participantes no estudo, registaram-se 237 partos, dos quais, aproximadamente metade foi eutócico (48,1%). Dos restantes, 41,4% foi por cesariana e 10,5% foi distócico – 9,7% por ventosa e 0,8% por fórceps.

Em relação ao local do parto, constata-se que a maioria ocorreu num hospital da zona Norte (Hospital Pedro Hospital) (86,5%) e que apenas 5,7% correspondem a partos que ocorreram em instituições de saúde privadas.

No que se refere à presença do pai durante o trabalho de parto, constatou-se que 51,5% dos pais assistiu ao parto, dos quais 83,6% considerou a experiência positiva.

Do total de crianças nascidas, constata-se que nasceram ligeiramente mais recém-nascidos do sexo masculino (52,7%) do que feminino (47,3%). O índice de Apgar variou entre 4 e 9 ao primeiro minuto e entre 6 e 10 ao quinto minuto, sendo que 75,5% dos recém-nascidos tiveram Apgar 9 ao primeiro minuto e 87,8% Apgar 10 ao quinto minuto de vida.

Do total de recém-nascidos (n=237), 18,1% teve algum tipo de complicação neonatal, sendo a icterícia neonatal a situação mais frequente.

Assistência e vigilância de saúde

Quanto ao local de consultas durante a gravidez, verifica-se que a maior parte das grávidas foi acompanhada nos centros de saúde da ULSM (46,2%) e na consulta externa do HPH (21,9%); as restantes foram acompanhadas por médico privado (31,9%).

Da análise da assistência no serviço de saúde – público vs privado –, verifica-se que apesar de a maioria das grávidas (68,1%) ter optado pelo serviço público, um número considerável de grávidas (31,9%) optou por assistência de médico privado durante a gravidez.

No que se refere à assistência por parte dos enfermeiros durante a gravidez, constatou-se que 62% das mães refere ter tido acompanhamento por enfermeiro nas consultas. No momento do primeiro contacto durante a gravidez, no que se refere à preparação para a parentalidade, 58,2% das mães refere frequentar as sessões de preparação para o parto e 39,0% refere já ter assistido às sessões sobre a amamentação e/ou os cuidados ao recém-nascido.

Após o nascimento da criança, e no que se refere à vigilância de saúde infantil, observa-se que a maioria das crianças (61,1%) foi acompanhada nos centros de saúde e 34,9% por médico privado. Em relação às crianças acompanhadas nos centros de saúde, 59,1% das mães referiu ter acompanhamento por enfermeiro, aquando da consulta de saúde infantil.

Problemas comuns na criança nos primeiros seis meses de idade

Em relação à incidência de problemas comuns na criança, em 419 casos há referência a algum tipo de problema. Os problemas mais frequentemente referidos são as cólicas (27,4%) e os episódios de regurgitação (20,8%).

A obstrução nasal é referida em 16,0% dos casos; já o eritema pela fralda é referido por 12,4% e a descamação da pele por 7,9%; também 7,4% das mães refere que o filho apresentou obstipação e apenas em 0,7% dos casos é referido diarreia. Em 6,9% dos casos é referido que a criança apresentava síndrome de cólicas. Realça-se o facto de não haver referência a qualquer caso de onfalite⁷ nos casos estudados.

Perceção da mãe do choro e do temperamento do filho

Relativamente à perceção das mães (n=211) da quantidade e da duração do choro do filho, 53,0% das mães considera que o filho apresentava choro *moderado* (criança que chora por períodos curtos e para manifestar algum tipo de necessidade), 26,1% considera que a criança chorava *pouco* (criança que chora apenas quando quer alguma coisa, por exemplo alimentar-se) e 20,9% considera que o filho chorava *excessivamente* (criança que passa longos períodos a chorar e é de difícil de consolo).

⁷ A onfalite é uma infeção do coto umbilical, caracterizada por secreções, rubor e edema na zona peri-umbilical, causada habitualmente pela bactéria *staphylococcus aureus*. Quando a infeção é provocada pela bactéria *pseudomonas aeruginosa* as secreções apresentam cor esverdeada e cheiro fétido, exigindo observação clínica imediata.

No que se refere ao temperamento da criança, 62,1% das mães não soube caracterizar o temperamento do filho. Em relação às restantes mães, verificou-se que 24,0% consideraram que o filho possuía temperamento fácil e 13,9% temperamento difícil⁸.

Alimentação da criança ao longo dos momentos

A caracterização da alimentação da criança está diretamente relacionada com o tipo de alimento que lhe é oferecido – leite materno, leite artificial ou ambos (misto) – e do recurso usado para alimentar – mama ou biberão.

A grande maioria das mães referiu ter amamentado o filho atual (93,2%), em algum momento após o seu nascimento. Das mães que amamentaram, 80,9% consideraram a experiência de amamentação, nos primeiros dias, positiva.

Nas primeiras duas semanas pós-nascimento quase metade das mães experienciou algum tipo de complicação associada à amamentação (47,6%); sendo que 29,5% das mães referiu ter experienciado fissura e 18,1% ingurgitamento mamário.

No contacto da 1.^a/2.^a semana, aproximadamente 3/4 das mães (72,3%) referiram amamentar em regime exclusivo, isto é, o único alimento oferecido à criança durante aquele período foi o leite materno. A partir desta altura, o número de mães, que manteve a amamentação, foi diminuindo gradualmente ao longo do tempo, sendo que, em torno do 5.^o/6.^o mês, 32,2% das mães ainda oferecia leite materno, mas 67,6% das mães já não amamentava.

Relativamente às mães que não amamentaram, na 1.^a/2.^a semana, verifica-se que apenas 8,9% não amamentavam; todavia, verifica-se que a percentagem de mães que foi deixando de amamentar foi aumentando gradualmente, de momento para momento, em torno dos 20%, sendo que ao 3.^o/4.^o mês, apenas metade das mães (50,7%) oferecia leite materno – 31,4% em exclusivo e 19,3% das mães oferecia leite materno em associação com leite adaptado (misto). A partir do 4.^o/5.^o mês, a grande maioria das crianças iniciava outros alimentos.

⁸ A *criança fácil* é caracterizada como tendo estados de humor de intensidade branda a moderada, geralmente positivos, reage bem à novidade e à mudança, rapidamente desenvolve hábitos de sono e de alimentação regulares, adapta-se a novos alimentos com facilidade, sorri para estranhos, adapta-se facilmente a novas situações, rotinas e regras de novos jogos, aceita a maioria das frustrações sem estardalhaço.

A *criança difícil* apresenta estados de humor intensos e frequentemente negativos, chora com frequência e com intensidade, também ri com intensidade, reage mal à novidade e à mudança, dorme e come irregularmente, aceita novos alimentos lentamente, desconfia de estranhos, adapta-se lentamente a novas situações, reage à frustração com acessos de raiva, adapta-se lentamente a novas rotinas.

A *criança de ‘aquecimento lento’* tem reações moderadamente intensas, tanto negativas como positivas, reage lentamente à mudança e à novidade, dorme e come com mais regularidade que a criança difícil mas com menos regularidade que a criança fácil, demonstra reação inicial ligeiramente negativa a novos estímulos (um primeiro encontro com uma pessoa, com um novo lugar ou uma nova situação), apresenta gosto por novos estímulos após exposições repetidas.

3.2 Perfil das mães e dos pais em função das variáveis atributo

Na procura de definir um perfil das mães e dos pais que participaram no estudo, procedeu-se à análise das diferenças e das associações entre as variáveis atributo. Para analisar a associação entre as variáveis nominais recorreu-se ao teste estatístico do Qui-quadrado (χ^2). Para analisar a diferença entre as variáveis intervalares recorreu-se ao teste *t-student* (t) (análise de diferenças entre dois grupos) e recorreu-se ao teste ANOVA (F) (análise de diferenças entre três ou mais grupos).

Os resultados que emergiram desta análise foram organizados em três categorias: as escolhas, os contextos e as características intrínsecas às mães e aos pais. As *escolhas* referem as variáveis que caracterizam as opções das mães e dos pais em termos do envolvimento pessoal com o processo de gravidez e de parentalidade, as preferências pelas fontes de informação para adquirir os conhecimentos e as habilidades para o desenvolvimento das competências parentais, bem como as opções pelo sistema de saúde e acompanhamento pelos profissionais da saúde. Os *contextos* referem as variáveis que caracterizam o apoio familiar e de suporte social, tanto o previsto como o recebido. As *características intrínsecas às mães e aos pais* referem as características não modificáveis relativas às mães e aos pais mas que têm sido descritos como fatores influenciadores da transição, designadamente a idade, a escolaridade e a experiência parental anterior.

Em seguida, procura-se destacar algumas associações e diferenças significativas, sendo apresentado em anexo todos os resultados significativos obtidos (Anexo 15).

3.2.1 Das escolhas: o envolvimento, as fontes de informação e a assistência de saúde

Da análise dos resultados foi possível caracterizar algumas das escolhas das mães e dos pais, nomeadamente as escolhas relacionadas com o envolvimento na preparação e nos cuidados ao filho, as fontes de informação utilizadas e a opção pelo tipo de assistência de saúde.

A caracterização do *envolvimento* da mãe e do pai no processo de gravidez e de preparação para o exercício do papel resulta do estudo da associação entre algumas variáveis, indicadores de envolvimento: gravidez planeada; gravidez desejada; previsão da mãe assumir os cuidados ao filho após o seu nascimento; a previsão de colaboração do pai e a colaboração efetiva nos cuidados ao filho; e, suporte oferecido pelos familiares, nomeadamente a mãe/sogra.

Dos resultados, verifica-se uma associação significativa entre a gravidez planeada e a gravidez desejada ($\chi^2_{(1)}=51,60$; $p<0,001$), sendo que nos casos em que a gravidez não foi planeada, em 12,3% dos casos foi referida como não desejada. O facto de a gravidez ser desejada também foi associado à decisão da mãe assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=22,82$; $p<0,001$) e à decisão de amamentar ($\chi^2_{(1)}=10,02$; $p=0,012$), sendo que 93,3% das mães cuja gravidez foi desejada, amamentaram o filho; enquanto apenas 73,3% das mães, cuja gravidez não foi desejada, amamentaram.

No que refere o envolvimento do pai no processo de gravidez e cuidados ao filho, constata-se uma associação significativa entre o facto de a gravidez ter sido planeada e desejada e a previsão da colaboração do pai nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=8,28$; $p=0,005$ e $\chi^2_{(1)}=6,63$; $p=0,012$) e a sua participação efetiva nos cuidados após o nascimento da criança ($\chi^2_{(1)}=12,68$; $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=23,36$; $p<0,001$, respetivamente).

Na figura 10, apresenta-se a síntese dos resultados das associações significativas que permitem caracterizar o perfil de envolvimento das mães e dos pais na preparação e exercício do papel parental.

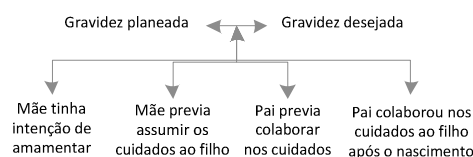


Figura 10. Perfil das mães e dos pais em função das características relativas ao envolvimento na preparação e exercício do papel

Com a intenção de caracterizar as escolhas relativas às *fontes de informação* pelas mães e pelos pais para o desenvolvimento das competências parentais, procedeu-se ao estudo da associação entre as outras variáveis atributo e as fontes de informação referidas pelas mães e pelos pais: enfermeiro, médico, livros, internet, familiares e outras mães.

Na análise, verifica-se associação significativa com o facto de referir o enfermeiro como fonte de informação e outras variáveis atributo; de facto, a maioria das mães que referiu o enfermeiro como fonte de informação: iria assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=7,71$; $p=0,006$); o pai previa colaborar nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=4,69$; $p=0,037$); previa ter ajuda da mãe/sogra ($\chi^2_{(1)}=15,05$; $p<0,001$), nomeadamente a ajuda no tomar conta ($\chi^2_{(1)}=13,19$; $p<0,001$); frequentou as sessões de preparação para o parto e parentalidade ($\chi^2_{(1)}=25,63$; $p<0,001$) e referiu ter acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez ($\chi^2_{(1)}=47,62$; $p<0,001$) e optou pelo serviço de saúde público ($\chi^2_{(1)}=8,63$; $p=0,004$). As mães que indicaram o enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez, referiram também os livros ($\chi^2_{(1)}=9,85$; $p=0,002$) e o médico ($\chi^2_{(1)}=93,83$; $p<0,001$), mantendo o enfermeiro

($\chi^2_{(1)}=8,78$; $p=0,004$) e o médico ($\chi^2_{(1)}=16,39$; $p<0,001$) como fontes de informação após o nascimento.

Para a maioria das mães que referiu o médico como fonte de informação, as mães referiram que iriam assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=16,75$; $p<0,001$), os pais previam colaborar nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=25,83$; $p<0,001$) e, conforme o esperado, optaram pelo serviço de saúde privado ($\chi^2_{(1)}=11,13$; $p<0,001$).

A maioria das mães que referiu os livros como fonte de informação eram mães pela primeira vez ($\chi^2_{(1)}=4,94$; $p=0,027$), a mãe previa assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=15,83$; $p<0,001$) e o pai previa colaborar nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=8,56$; $p=0,004$). A maioria das mães que referiu os livros como fonte de informação, frequentou as sessões de preparação para o parto e parentalidade ($\chi^2_{(1)}=4,34$; $p=0,043$). No que se refere ao suporte, a maioria das mães que referiu os livros como fonte de informação durante a gravidez, previa ter ajuda da mãe/sogra ($\chi^2_{(1)}=19,36$; $p<0,001$), nomeadamente no tomar conta ($\chi^2_{(1)}=7,12$; $p=0,008$). Para além de referir os livros como fonte de informação, a maioria das mães também referiu a internet, quer durante a gravidez ($\chi^2_{(1)}=40,29$; $p<0,001$), quer após o nascimento ($\chi^2_{(1)}=44,31$; $p<0,001$), mantendo os livros como fonte de informação após o nascimento da criança ($\chi^2_{(1)}=24,40$; $p<0,001$).

Das mães que referiram a internet como fonte de informação, a maioria era mãe pela primeira vez ($\chi^2_{(1)}=13,62$; $p<0,001$), previa assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=16,75$; $p<0,001$) e o pai previa colaborar nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=25,83$; $p<0,001$). Nos casos em que as mães referiu a internet como fonte de informação durante a gravidez, a internet como fonte de informação também foi referida pela maioria dos pais ($\chi^2_{(1)}=166,29$; $p=0,043$).

Na figura 11 apresenta-se um resumo do perfil das mães em função das associações significativas relativas às fontes de informação a que aquelas recorriam para a preparação e exercício do papel maternal – o enfermeiro, o médico, os livros e a internet.

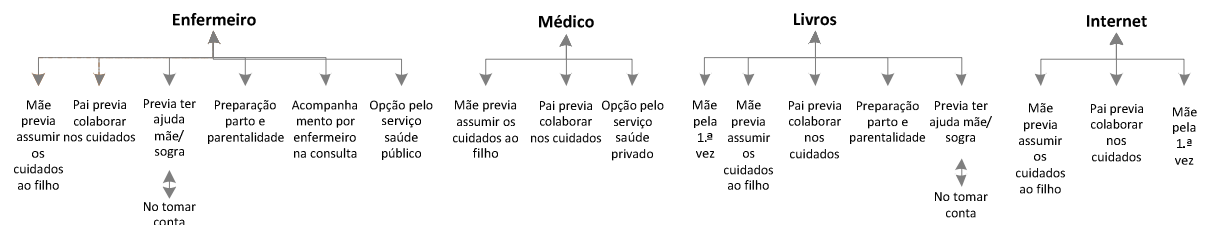


Figura 11. Perfil das mães em função das fontes de informação utilizadas durante a gravidez e/ou pós-parto

Relativamente aos pais, também se procurou conhecer o perfil dos pais em função da escolha das fontes de informação. Da análise não emergiram associações significativas em função das variáveis atributo; verificou-se, isso sim, associações significativas no padrão das

preferências em função dos tipos de fontes de informação referidas. De facto, a maioria dos pais que referiu o enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez também referiu o médico, quer durante a gravidez, quer após o nascimento da criança ($\chi^2_{(1)}=176,11$; $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=20,11$; $p<0,001$, respetivamente), continuando a referir o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento da criança ($\chi^2_{(1)}=100,61$; $p<0,001$). Do mesmo modo, a maioria dos pais que referiu a internet como fonte de informação durante a gravidez também referiu os livros ($\chi^2_{(1)}=40,70$; $p<0,001$) e a maioria dos pais que referiu os livros, também referiu o médico ($\chi^2_{(1)}=22,40$; $p<0,001$).

A partir do estudo da associação entre o *tipo de assistência de saúde* escolhido (público vs privado), o acompanhamento por enfermeiro durante a consulta e o frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade e as outras variáveis atributo, procurou identificar-se o perfil das mães em função das respetivas escolhas.

A maioria das mães que referiu o serviço de saúde público, coabitava com o pai da criança ($\chi^2_{(1)}=21,25$; $p<0,001$), a gravidez foi planeada ($\chi^2_{(1)}=37,88$; $p<0,001$), não referiu ter ajuda nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=9,94$; $p=0,010$) e o pai colaborou ativamente nos cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=6,44$; $p=0,011$); pelo contrário, a maioria das mães que optou pelo serviço de saúde privado, referiu ajuda nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=9,94$; $p=0,010$) e o pai não colaborava nos cuidados à criança após o nascimento do filho ($\chi^2_{(1)}=6,44$; $p=0,011$).

No que se refere à assistência de enfermagem, verifica-se que a maioria das mães que referiu acompanhamento por enfermeiro durante a consulta de vigilância da gravidez, coabitava com o pai da criança ($\chi^2_{(1)}=6,66$; $p=0,010$), a gravidez foi planeada ($\chi^2_{(1)}=5,89$; $p=0,018$) e a mãe previa assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=19,23$; $p<0,001$).

Para além disso, constata-se que a maioria das mães que referiu frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade era mãe pela primeira vez ($\chi^2_{(1)}=7,38$; $p=0,007$), a gravidez foi planeada ($\chi^2_{(1)}=13,18$; $p<0,001$), previa assumir os cuidados ao filho ($\chi^2_{(1)}=13,70$; $p<0,001$) e mencionou ter tido acompanhamento por enfermeiro na consulta ($\chi^2_{(1)}=7,28$; $p=0,008$).

Na figura 12 apresenta-se uma síntese descritiva do perfil das mães em função das associações significativas relativas à escolha da assistência de saúde (público ou privado).

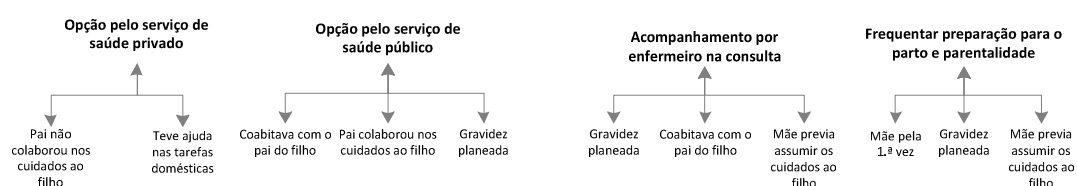


Figura 12. Perfil das mães em função da opção do tipo de assistência de saúde

3.2.2 Dos contextos: apoio familiar e suporte social

A transição para a parentalidade é influenciada pelos contextos das mães e dos pais, particularmente no que se refere ao apoio familiar e ao suporte social. Assim, procurou-se conhecer o perfil das mães e dos pais em função do apoio previsto e recebido: quais as características das mães e dos pais em função da previsão de ajuda e a ajuda recebida nos primeiros tempos após o nascimento da criança?

Em relação às mães, verifica-se que a maioria das mães que referiu que iria assumir os cuidados ao filho, também indicou que previa ter ajuda da mãe/sogra ($\chi^2_{(1)}=35,55$; $p<0,001$), nomeadamente ajuda no tomar conta da criança e ajuda nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=10,77$; $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=12,40$; $p<0,001$, respetivamente). Similarmente, nos casos em que a maioria das mães que referiu que o pai iria colaborar nos cuidados à criança, mencionou que o pai colaborou efetivamente ($\chi^2_{(1)}=14,57$; $p<0,001$) e que previa ter ajuda no tomar conta ($\chi^2_{(1)}=14,04$; $p<0,001$).

A maioria das mães que previa ter ajuda da mãe/sogra era mãe pela primeira vez ($\chi^2_{(1)}=7,30$; $p=0,008$) e previa ter ajuda no tomar conta, nos cuidados à criança e nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=171,29$, $p<0,001$; $\chi^2_{(1)}=128,21$, $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=148,50$, $p<0,001$, respetivamente), tendo referido ajuda efetiva após o nascimento da criança no tomar conta ($\chi^2_{(1)}=6,30$; $p=0,014$).

Nos casos em que a maioria das mães previa ter ajuda no tomar conta, a maioria referiu ter tido ajuda nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas e no tomar conta após o nascimento da criança ($\chi^2_{(1)}=134,80$; $p<0,001$, $\chi^2_{(1)}=25,53$; $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=10,69$; $p<0,001$, respetivamente). Quando a maioria das mães previa ajuda nos cuidados à criança, também previa ajuda nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=91,38$; $p<0,001$) e recebeu ajuda efetiva nos cuidados à criança após o nascimento ($\chi^2_{(1)}=6,92$; $p=0,010$). Já a maioria das mães que referiu ter tido ajuda efetiva no tomar conta da criança após o nascimento, também teve ajuda efetiva nos cuidados à criança e nas tarefas domésticas após o nascimento ($\chi^2_{(1)}=49,33$; $p<0,001$ e $\chi^2_{(1)}=11,99$; $p<0,001$, respetivamente); já as mães que referiram ter recebido ajuda nos cuidados à criança, referiram também ter tido ajuda nas tarefas domésticas ($\chi^2_{(1)}=23,52$; $p<0,001$). Observou-se ainda que a maioria das mães que referiu ter tido ajuda nas tarefas domésticas após o nascimento da criança, havia optado pelo serviço de saúde privado.

3.2.3 Das características intrínsecas: a idade, a escolaridade e a experiência parental anterior

As características intrínsecas às mães e aos pais resultam do percurso de vida de cada um e, apesar de não serem modificáveis pelos cuidados de enfermagem, podem ser fatores influenciadores do processo de transição. Assim, foram examinadas as características individuais: a idade, a escolaridade e a experiência parental anterior em função das restantes variáveis atributo, procurando-se caracterizar o perfil das mães e dos pais em função daquelas características intrínsecas ao sujeito.

Para averiguar o efeito da *idade* nas restantes variáveis atributo procedeu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes, quando se tratava de dois grupos, e à análise unifactorial (ANOVA), quando se tratava de três ou mais grupos, e, neste último caso, se resultado significativo ($p < 0,05$), procedia-se ao teste *Post-hoc* de *Scheffe*, para identificar entre que grupos eram observadas as diferenças significativas.

Dos resultados constatou-se que as mães e os pais mais velhos eram os que possuíam maior nível de escolaridade ($F_{(2,621)}=30,49$; $p < 0,001$ e $F_{(2,590)}=6,48$; $p=0,002$, respetivamente). Já no que se refere aos grupos profissionais, verificou-se diferença significativa em função da idade da mãe ($F_{(10,604)}=30,49$; $p < 0,001$) e em função da idade do pai ($F_{(11,565)}=5,59$; $p < 0,001$). No caso das mães, as mães com profissões do grupo 11 (estudantes) eram mais novas do que as do grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas), do grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), do grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio), do grupo 4 (pessoal administrativo e similares) e as do grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares); as mães do grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas) eram mais velhas do que as do grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) e as do grupo 12 (desempregadas); as mães do grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio) eram mais velhas do que as do grupo 12 (desempregadas); e, as do grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) eram mais novas do que as do grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas) mas mais velhas do que as do grupo 11 (estudantes), sendo que os restantes grupos não diferiam entre si. No caso dos pais, os do grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas) eram mais velhos do que os do grupo 4 (pessoal administrativo e similares) e que os do grupo 12 (desempregados), sendo que os restantes não diferiam entre si.

Para as mães e os pais mais novos o filho atual era o primeiro filho ($t_{(629)}=-9,006$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=-7,901$; $p<0,001$). As mães e os pais mais velhos coabitavam ($t_{(629)}=-8,657$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=-6,988$; $p<0,001$, respetivamente) e a gravidez foi planeada ($t_{(629)}=-4,869$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=-2,806$; $p=0,005$, respetivamente); também foram as mães e os pais os mais velhos os que optaram pelo serviço de saúde privado ($t_{(629)}=-5,085$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=-4,562$; $p<0,001$, respetivamente) e os que referiram não ter tido acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez ($t_{(629)}=4,021$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=4,749$; $p<0,001$, respetivamente). As mães mais velhas foram as que referiram recorrer ao médico como fonte de informação ($t_{(603)}=2,078$; $p=0,038$).

No que se refere ao suporte social, as mães e os pais mais velhos não previam ter ajuda da mãe/sogra ($t_{(629)}=4,616$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=4,652$; $p<0,001$, respetivamente), não previam ter ajuda no tomar conta ($t_{(629)}=3,448$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=2,981$; $p=0,003$, respetivamente), nem nos cuidados ao filho ($t_{(629)}=3,015$; $p<0,001$ e $t_{(603)}=2,578$; $p=0,010$, respetivamente), nem nas tarefas domésticas ($t_{(629)}=2,356$; $p=0,019$ e $t_{(603)}=2,240$; $p=0,025$, respetivamente). Salienta-se o facto de serem as mães mais velhas as que referiram que não iriam conseguir assumir os cuidados ao filho após o nascimento ($t_{(629)}=2,315$; $p=0,021$).

Em relação à experiência parental anterior, observou-se diferença significativa em função da idade sendo que as mães e os pais mais velhos foram as que revelaram experiência anterior nas tarefas parentais. De facto, as mães mais velhas referiram experiência anterior em amamentar ($t_{(629)}=-7,803$; $p<0,001$), em colocar a eructar ($t_{(629)}=-8,203$; $p<0,001$), em alimentar por biberão ($t_{(629)}=-6,321$; $p<0,001$), em dar banho ($t_{(629)}=-6,901$; $p<0,001$), em trocar a fralda ($t_{(629)}=-5,973$; $p<0,001$), em tratar coto umbilical ($t_{(629)}=-6,470$; $p<0,001$), em lidar com o choro ($t_{(629)}=-8,427$; $p<0,001$). No caso dos pais, os mais velhos revelaram ter experiência anterior em colocar a eructar ($t_{(603)}=-5,341$; $p<0,001$), em alimentar por biberão ($t_{(603)}=-5,520$; $p<0,001$), em dar banho ($t_{(603)}=-4,243$; $p<0,001$), em trocar a fralda ($t_{(603)}=-3,825$; $p<0,001$) e em lidar com o choro ($t_{(603)}=-4,576$; $p<0,001$). Já no tratar o coto umbilical não foi observada diferença significativa em função da idade do pai ($F_{(603)}=1,181$; n.s.).

Na figura 13 apresenta-se uma síntese das características do perfil das mães e dos pais mais velhos.

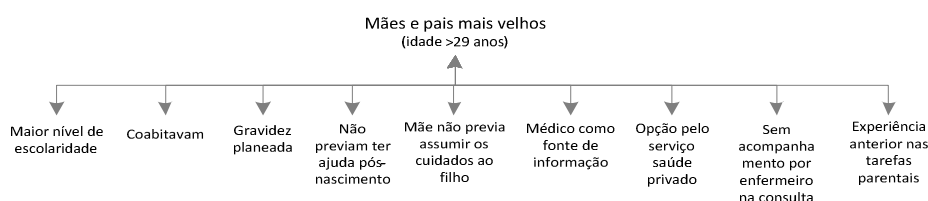


Figura 13. Perfil das mães e dos pais em função da idade

Na tentativa de descrever o perfil das mães e dos pais em função da *escolaridade* foram realizados testes de Qui-quadrado (χ^2) para averiguar a associação com as restantes variáveis atributo.

Em relação às mães, na análise dos resultados, constatou-se que 3/4 das mães com formação de nível superior e secundário e metade das mães com ensino básico eram primíparas ($\chi^2_{(2)}=21,91$; $p<0,001$). Foi também observado que a gravidez foi planeada na maioria das mães com formação de nível superior e das mães com formação de nível secundário e não planeada na maioria das mães com formação de nível básico ($\chi^2_{(2)}=45,72$; $p<0,001$). Na análise da associação entre a escolaridade e o serviço de saúde, foi observado que a maioria das mães com formação de nível superior optou pelo serviço privado de saúde e as mães com formação de nível secundário e as de nível básico optaram pelo serviço público de saúde ($\chi^2_{(2)}=98,62$; $p<0,001$). Do mesmo modo, a maioria das mães com ensino superior referiu não ter tido acompanhamento por enfermeiro, enquanto a maioria das mães com ensino de nível secundário e das mães com ensino de nível básico referiram ter tido acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez ($\chi^2_{(2)}=44,76$; $p<0,001$); já a maioria das mães com formação de nível superior e com formação de nível secundário referiram frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade, enquanto metade das mães com formação de nível básico referiu não frequentar ($\chi^2_{(2)}=8,59$; $p=0,014$).

A maioria das mães com formação de nível superior e das mães com formação de nível secundário referiram os livros e a internet como fontes de informação ($\chi^2_{(2)}=6,51$; $p=0,039$ e $\chi^2_{(2)}=55,22$; $p<0,001$, respetivamente), enquanto a maioria das mães com formação de nível básico não referiram qualquer uma destas fontes de informação. Não foi observada qualquer associação significativa no recurso ao enfermeiro como fonte de informação em função da escolaridade da mãe.

Na figura 14 apresenta-se um esquema síntese relativo ao perfil das mães em função da escolaridade.

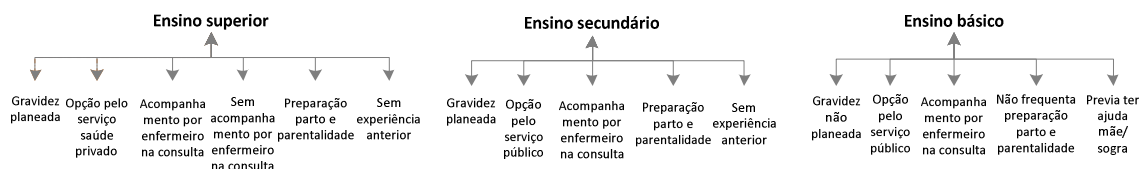


Figura 14. Perfil das mães em função do grau de escolaridade

A maioria das mães com formação de nível superior e das mães com formação de nível secundário não referiram experiência anterior em diversas tarefas parentais, designadamente em amamentar ($\chi^2_{(2)}=44,76$; $p<0,001$), em colocar a eructar ($\chi^2_{(2)}=15,80$; $p<0,001$), em ali-

mentar com biberão ($\chi^2_{(2)}=25,78$; $p<0,001$), em dar banho ($\chi^2_{(2)}=19,03$; $p<0,001$), em trocar a fralda ($\chi^2_{(2)}=22,22$; $p<0,001$), em tratar o coto umbilical ($\chi^2_{(2)}=12,68$; $p=0,002$) e em lidar com choro ($\chi^2_{(2)}=18,75$; $p=0,014$); já as mães com formação de nível básico, de modo geral, não referiram experiência anterior nas tarefas parentais, com a exceção da experiência anterior em alimentar com biberão e em trocar a fralda, nas quais a maioria das mães com ensino de nível básico referiu já ter tido experiência anterior.

Em relação aos pais, na análise dos resultados, observa-se que, no que diz respeito ao serviço de saúde, a maioria dos pais com formação de nível superior optou pelo serviço de saúde privado, enquanto os pais com formação de nível secundário e os de nível básico optaram pelo público ($\chi^2_{(2)}=58,13$; $p<0,001$); na mesma linha de resultados, a maioria dos pais com ensino de nível superior referiu não ter tido acompanhamento por enfermeiro, enquanto os pais com ensino de nível secundário e os pais do ensino de nível básico referiram ter tido acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez ($\chi^2_{(2)}=33,68$; $p<0,001$). Os pais com formação de nível superior e os pais com formação de nível secundário referiram frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade, enquanto mais de metade dos pais com formação de nível básico referiu não frequentar ($\chi^2_{(2)}=6,30$; $p=0,043$).

Na figura 15 apresenta-se um esquema relativo ao perfil dos pais em função da escolaridade.

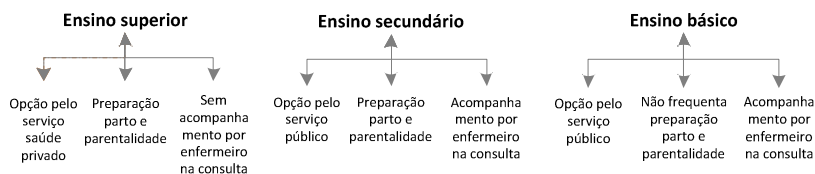


Figura 15. Perfil dos pais em função do grau de escolaridade

Em relação à experiência anterior dos pais nas tarefas parentais, verifica-se que, independentemente do nível de escolaridade, nenhum dos pais referiu experiência anterior em colocar a criança a eructar ($\chi^2_{(2)}=15,35$; $p=0,003$), nem alimentar com biberão ($\chi^2_{(2)}=7,58$; $p=0,023$).

Da análise dos resultados, verifica-se que a maioria das mães e dos pais que não referiu experiência anterior nas diversas tarefas parentais eram primíparas e coabitavam com o pai da criança. Destaca-se, ainda, o facto de, no caso dos pais que já tinham outros filhos, a maioria não referiu experiência anterior em dar banho, em trocar a fralda e em lidar com o choro. Observou-se ainda que nem os pais pela primeira vez, nem os pais que já tinham outros filhos referiram experiência anterior em tratar o coto umbilical ($\chi^2_{(1)}=26,89$; $p<0,001$).

3.3 Indicadores das competências no exercício do papel parental

Após a caracterização das mães e dos pais, procura-se, agora, aprofundar a compreensão das competências parentais através de uma análise mais pormenorizada dos resultados observados ao nível dos 193 indicadores associados a essas mesmas competências (Anexo 16 e Anexo 17). Sendo os *conhecimentos/habilidades não demonstrados* particularmente pertinentes para a determinação das necessidades em cuidados de enfermagem no processo de conceção dos enfermeiros, optou-se por esta vertente dos resultados para apresentação das competências parentais.

A apresentação geral dos indicadores das competências parentais incide em três partes. Na primeira, descrevem-se os dez indicadores com maiores percentagens de mães e de pais que não demonstram conhecimentos/habilidades, ou seja, aqueles em relação aos quais as mães e os pais *menos sabem*; na segunda, descrevem-se os dez indicadores com menores percentagens de mães e de pais que não demonstram conhecimentos/habilidades, isto é, aqueles em relação aos quais as mães e os pais *mais sabem*; na terceira, descrevem-se os indicadores que, em cada momento de avaliação (gravidez, 1.^a/2.^a semana; 1.^o/2.^o mês; 3.^o/4.^o mês e 5.^o/6.^o mês), maior e menor percentagem de mães e de pais não demonstram conhecimentos/habilidades.

3.3.1 O que as mães e os pais “menos sabem”

Na lista dos dez indicadores com maiores percentagens de mães que não demonstram conhecimentos, constata-se que todos pertencem ao domínio conhecimento, sendo que, deste conjunto, seis foram avaliados durante a gravidez, apenas um na 1.^a/2.^a semana e três no 3.^o/4.^o mês (Tabela 11).

Tabela 11. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que maior percentagem de mães não demonstra conhecimento/habilidade

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	% de mães (n)
Reconhecer padrão C&D normal	3. ^o /4. ^o mês	Conhecimento sobre capacidade sensorial ao 3. ^o /4. ^o mês	90% (n=36)
Promoção e vigilância da saúde do filho	3. ^o /4. ^o mês	Conhecimento sobre medidas de higiene oral	86% (n=135)
Amamentar	Gravidez	Conhecimento sobre medidas que estimulam a lactação	85% (n=562)
Reconhecer padrão C&D normal	1. ^a /2. ^a sem	Conhecimento sobre capacidade de interação e competências do recém-nascido	82% (n=204)
Atender choro	Gravidez	Conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas	82% (n=566)
Amamentar	Gravidez	Conhecimento sobre diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário	82% (n=563)
Estimular o desenvolvimento	3. ^o /4. ^o mês	Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 3. ^o /4. ^o mês	81% (n=136)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	Gravidez	Conhecimento sobre medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL	80% (n=566)
Amamentar	Gravidez	Conhecimento sobre fatores de risco de ingurgitamento mamário	80% (n=563)
Tratar do coto umbilical	Gravidez	Conhecimento sobre como e com que frequência desinfetar o coto umbilical	79% (n=566)

A capacidade sensorial da criança ao 3.º/4.º mês é o conteúdo em que maior percentagem de mães (90%) não revela conhecimentos. Em nove dos dez indicadores da lista, mais de 80% das mães não evidencia conhecimentos. No que se refere aos conhecimentos sobre as medidas de higiene oral, avaliado no 3.º/4.º mês, e aos conhecimentos sobre as medidas que estimulam a lactação, avaliado durante a gravidez, constata-se que 86% e 85% das mães, respetivamente, não revelam conhecimentos. Nesta lista, apenas se encontra um indicador avaliado na 1.ª/2.ª semana – o conhecimento sobre a capacidade de interação e competências do recém-nascido, no qual 82% das mães não demonstra conhecimentos.

Já no que se refere aos pais, na lista dos dez indicadores com maiores percentagens de pais que não demonstra conhecimentos, encontram-se oito indicadores do domínio do conhecimento e dois do domínio da habilidade (Tabela 12).

Tabela 12. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que maior percentagem de pais não demonstra conhecimento/habilidade

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	% de pais (n)
Alimentar a criança	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	100% (n=12)
Promoção e vigilância da saúde do filho	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre medidas de higiene oral	100% (n=11)
Lidar com o choro	Gravidez	Conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas	95% (n=84)
Alimentar a criança com biberão	Gravidez	Conhecimento sobre como preparar o leite adaptado	95% (n=84)
Reconhecer padrão C&D normal	Gravidez	Conhecimento sobre reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido	93% (n=84)
Promoção e vigilância da saúde do filho	5.º/6.º mês	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	93% (n=14)
Alimentar a criança	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	92% (n=12)
Lidar com problemas comuns	1.º/2.º mês	Habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal	92% (n=12)
Estimular o desenvolvimento	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 3.º/4.º mês	91% (n=11)
Reconhecer padrão C&D normal	3.º/4.º mês	Conhecimento sobre capacidade motora ao 3.º/4.º mês	91% (n=11)

Verifica-se, ainda, que metade dos indicadores reporta-se a conteúdos avaliados no 3.º/4.º mês; a outra metade corresponde a indicadores avaliados noutros momentos: três indicadores avaliados durante a gravidez, um no 1.º/2.º mês e um no 5.º/6.º mês. Salienta-se o facto de nenhum dos indicadores referir conteúdos avaliados na 1.ª/2.ª semana. Em todos indicadores que integraram a lista, a percentagem de pais que não demonstra conhecimentos é igual ou superior a 91%. Neste contexto, é de destacar o facto de todos os pais revelarem não conhecer os sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos nem, tampouco, as medidas de higiene oral.

3.3.2 O que as mães e os pais “*mais sabem*”

No que se refere aos dez indicadores com menores percentagem de mães que não demonstram conhecimentos, verifica-se que nove pertencem ao domínio de habilidade e somente um dos s pertence ao domínio do conhecimento (Tabela 13).

Apenas dois dos indicadores que integram esta lista se referem a habilidades avaliadas ao 1.º/2.º mês, os restantes oito referem-se a conhecimentos ou a habilidades avaliados na 1.ª/2.ª semana. Constatou-se, ainda, que apenas 7% das mães não revela habilidades para segurar e manipular a criança de modo adequado e que mais algumas (8%) não demonstram habilidades para reunir o material necessário para a higiene perineal e para a troca da fralda, nem habilidades para posicionar a criança para promover a eructação. No que se refere às habilidades para preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais (avaliadas no 1.º/2.º mês) e às habilidades para reconhecer os sinais de fissura do mamilo (avaliadas na 1.ª/2.ª semana) verifica-se que 14% das mães não demonstram essas habilidades. O conhecimento sobre alimentar a criança por biberão (avaliado na 1.ª/2.ª semana) é o único indicador do domínio do conhecimento a integrar esta lista, sendo que 14% das mães não demonstra este conhecimento.

Tabela 13. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que menor percentagem de mães não demonstra conhecimento/habilidade

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	% de mães (n)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	1.ª/2.ª sem	Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado	7% (n=168)
Assegurar higiene	1.ª/2.ª sem	Habilidade para reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda	8% (n=156)
Colocar a eructar	1.ª/2.ª sem	Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação	8% (n=164)
Vestir e despir/vestuário	1.ª/2.ª sem	Habilidade para vestir e despir a criança	9% (n=162)
Assegurar higiene	1.ª/2.ª sem	Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura	10% (n=100)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	1.º/2.º mês	Habilidade para transportar a criança com segurança	11% (n=149)
Tratar coto umbilical	1.ª/2.ª sem	Habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	13% (n=93)
Amamentar: se fissura	1.ª/2.ª sem	Habilidade para reconhecer sinais de fissura do mamilo	14% (n=59)
Alimentar a criança com biberão	1.º/2.º mês	Habilidade para preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	14% (n=73)
Alimentar a criança com biberão	1.ª/2.ª sem	Conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão	14% (n=64)

Já no que se refere à lista relativa à percentagem de pais que não demonstra conhecimentos/habilidade, constatou-se que oito indicadores são do domínio de habilidade e dois do domínio do conhecimento (Tabela 14). Nove dos indicadores foram avaliados na 1.ª/2.ª semana e apenas um indicador refere um conteúdo avaliado durante a gravidez. A percentagem de pais que não demonstra conhecimentos/habilidade, nos dez indicadores que integram esta lista, varia a partir de 11% com um limite máximo nos 29%. É, ainda, de notar que 11% dos pais não demonstra habilidades para posicionar a criança para promover a eructação e 17% dos pais não demonstra conhecimentos sobre o modo adequado de segurar/manipular a criança. Apesar de serem os indicadores em que maior percentagem de pais demonstra conhecimentos, ainda assim, observa-se que mais de 1/4 dos pais não demonstra habilidades para: reunir o material necessário para a desinfeção do coto umbilical; transportar a criança com segurança; reunir o material necessário para dar banho; preparar a roupa; aquecer o

ambiente; preparar a água e testar temperatura nem para manter coto umbilical seco; e, apertar a fralda abaixo do local de inserção.

Tabela 14. Frequência relativa (%) dos dez indicadores em que menor percentagem de pais não demonstra conhecimento/habilidade

Competência parental	Momento de avaliação	Indicadores	% de pais (n)
Colocar a eructar	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação	11% (n=56)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado	17% (n=60)
Assegurar higiene	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda	20% (n=54)
Vestir e despir/vestuário	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para vestir e despir a criança	21% (n=56)
Alimentar a criança com biberão	1. ^a /2. ^a sem	Conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão	23% (n=13)
Tratar coto umbilical	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	25% (n=40)
Assegurar higiene	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura	26% (n=42)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para transportar a criança com segurança	26% (n=41)
Garantir a segurança e prevenir acidentes	Gravidez	Conhecimento sobre modo adequado de segurar/manipular a criança	29% (n=86)
Tratar coto umbilical	1. ^a /2. ^a sem	Habilidade para reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	29% (n=41)

Da análise comparativa entre as listas dos indicadores com maiores percentagem de mães e de pais que não demonstram conhecimentos/habilidades constata-se a existência de três indicadores em comum: (1) conhecimento sobre medidas de higiene oral (86% vs 100%, respetivamente); (2) conhecimento sobre fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas (82% vs 95%); e, (3) conhecimento sobre estratégias de estimulação sensorial ao 3.^o/4.^o mês (81% vs 91%).

Já entre as listas dos indicadores com menores percentagens de mães e de pais que não demonstram conhecimentos/habilidades, observa-se que sete dos indicadores são sobreponíveis: (1) habilidade para posicionar a criança para promover a eructação (8% vs 11%, respetivamente); (2) habilidade para reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda (8% vs 20%); (3) habilidade para vestir e despir a criança (9% vs 21%); (4) conhecimento sobre como alimentar a criança por biberão (14% vs 23%); (5) habilidade para manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção (13% vs 29%); (6) habilidade para reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura (10% vs 26%); e, (7) habilidade para transportar a criança com segurança (11% vs 26%).

3.3.3 O que as mães e os pais “menos sabem” e “mais sabem”, por momento de avaliação

Procura-se, ainda, conhecer, em função de cada um dos momentos de avaliação (Tabela 15), os indicadores com maiores e menores percentagens de mães e de pais que não demonstram conhecimentos/habilidades.

Tabela 15. Frequência relativa (%) dos indicadores, organizados por momento de avaliação, em que maior e menor percentagem de mães e de pais não demonstrou conhecimento/habilidade

Momento	Mãe/pai	Competência	Indicadores	% (n)	
Gravidez	Mãe	Amamentar	Conhecimento sobre medidas que estimulam a lactação	85% (n=562)	+
		Garantir a segurança e prevenir acidentes	Conhecimento sobre modo adequado de segurar/manipular a criança	21% (n=566)	-
	Pai	Amamentar	Conhecimento sobre medidas de prevenção de ingurgitamento mamário	100% (n=84)	+
		Garantir a segurança e prevenir acidentes	Conhecimento sobre modo adequado de segurar/manipular a criança	29% (n=86)	-
1. ^a /2. ^a sem	Mãe	Reconhecer padrão C&D normal	Conhecimento sobre capacidade de interação e respostas espontâneas do recém-nascido	82% (n=204)	+
		Garantir a segurança e prevenir acidentes	Habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado	7% (n=168)	-
	Pai	Atender o choro	Habilidade para distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro	90% (n=58)	+
		Colocar a eructar	Habilidade para posicionar a criança para promover a eructação	11% (n=56)	-
1. ^a /2. ^a mês	Mãe	Lidar com problemas comuns na criança: diarreia	Conhecimento sobre medidas de prevenção da desidratação	76% (n=143)	+
		Garantir a segurança e prevenir acidentes	Habilidade para transportar a criança com segurança	11% (n=149)	-
	Pai	Lidar com problemas comuns na criança	Habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal	92% (n=12)	+
		Garantir a segurança e prevenir acidentes	Habilidade para transportar a criança com segurança	26% (n=19)	-
3. ^a /4. ^a mês	Mãe	Reconhecer padrão C&D normal	Conhecimento sobre capacidade sensorial ao 3. ^a /4. ^a mês	90% (n=36)	+
		Alimentar a criança	Conhecimento sobre critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	37% (n=134)	-
	Pai	Alimentar a criança	Conhecimento sobre sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	100% (n=12)	+
		Reconhecer padrão C&D normal	Conhecimento sobre capacidade para comunicar ao 3. ^a /4. ^a mês	73% (n=11)	-
5. ^a /6. ^a mês	Mãe	Reconhecer padrão C&D normal	Conhecimento sobre reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	74% (n=136)	+
		Promoção e vigilância da saúde do filho	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	40% (n=108)	-
	Pai	Promoção e vigilância da saúde do filho	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	93% (n=14)	+
		Reconhecer padrão C&D normal	Conhecimento sobre reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	73% (n=15)	-

Durante a **gravidez**, as medidas que estimulam a lactação é o conteúdo em que com maior percentagem de mães (85%) não demonstra conhecimentos; já em relação aos pais, as medidas de prevenção de ingurgitamento mamário são o conteúdo em que maior percentagem de pais não demonstra conhecimentos. De facto, nenhum pai revela conhecimentos sobre este conteúdo específico. Já o indicador “conhecimento sobre o modo adequado de segurar/manipular a criança” foi aquele em que um menor número de mães e um menor número de pais que não demonstram conhecimentos (21% e 29%, respetivamente). Assim, constata-se que os indicadores com maiores percentagens de mães e de pais que não demonstra conhecimentos pertencem à competência: amamentar. Paralelamente, os indicadores com menores percentagem de mães e de pais demonstram falta de conhecimentos pertencem à competência: garantir a segurança e prevenir acidentes (21% e 29%, respetivamente).

Na **1.^a/2.^a semana**, constata-se que 82% das mães não demonstram ser detentoras de conhecimentos sobre a capacidade de interação e as respostas espontâneas de um recém-nascido,

sendo este, entre os indicadores referentes às mães, aquele que apresenta uma percentagem mais elevada. Por seu turno, no caso dos pais, o indicador que apresenta uma percentagem mais elevada (90%) refere-se aos pais que não demonstram possuir habilidades para distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro. Já em relação aos indicadores que apresentam menores percentagens de mães e de pais (a generalidade do domínio das habilidades), destacam-se, entre as mães, a habilidade para segurar e manipular a criança de modo adequado – não demonstrada por apenas 7% destas – e, entre os pais, a habilidade para posicionar a criança para promover a eructação – não demonstrada por 11% destes.

Em relação aos indicadores avaliados no **1.º/2.º mês**, no âmbito da competência para lidar com os problemas comuns na criança, destacam-se, entre os valores mais elevados, os 76% de mães que não demonstra conhecimentos sobre as medidas de prevenção da desidratação e os 92% de pais que não demonstra habilidade para implementar medidas de alívio da obstrução nasal. Já entre os indicadores com percentagens mais baixas, verifica-se que apenas 11% das mães e 26% dos pais não demonstram habilidade para transportar a criança com segurança.

No **3.º/4.º mês**, constata-se que 90% das mães não demonstra possuir conhecimentos sobre a capacidade sensorial da criança ao 3.º/4.º mês e que todos os pais evidenciam défice no conhecimento sobre os sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos. Já em relação aos conhecimentos que apresentam taxas mais baixas de mães/pais que não os demonstram, destacam-se, entre as mães, os relativos aos critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança (37% das mães) e, entre os pais, o conhecimento sobre a capacidade para comunicar ao 3.º/4.º mês (73% dos pais).

No **5.º/6.º mês**, observa-se que 74% das mães não demonstra conhecimentos sobre a reação a estranhos como uma etapa normal do desenvolvimento e que 93% dos pais não demonstra habilidades para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes. No que se refere aos indicadores que apresentam menores percentagens de mães e de pais, verifica-se que 40% das mães não demonstra habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes e 73% dos pais não demonstra conhecimentos sobre a reação a estranhos como uma etapa normal do desenvolvimento da criança.

3.4 Os indicadores associados ao exercício do papel parental, por domínio de competência parental

No capítulo anterior, caracterizou-se a variação registada ao nível dos diferentes indicadores do domínio do conhecimento e da habilidade das mães e dos pais, tomando para o efeito os dados referentes aos *conhecimentos/habilidades não demonstrados*.

Para complementar esta caracterização, descrevem-se, em seguida, para cada competência parental estudada, os valores relativos aos *conhecimentos/habilidades não demonstrados* pelas mães e pelos pais e as características das mães e dos pais (variáveis atributo) que apresentam maiores níveis de conhecimentos e/ou maiores níveis no desempenho das habilidades, competência a competência⁹.

3.4.1 Preparar a casa para receber o recém-nascido

A competência: preparar a casa para receber o recém-nascido engloba um conjunto de cinco indicadores do domínio do conhecimento, a avaliar durante a gravidez, relacionados com a preparação da casa e a aquisição de materiais e de equipamentos necessários para os cuidados à criança.

Da análise do Gráfico 1, verifica-se que a percentagem de mães que não demonstra os conhecimentos avaliados no âmbito desta competência oscila, para mais e para menos, em torno dos 40%. De facto, constata-se que 45% das mães não demonstra conhecimentos sobre as características da cadeira de transporte no automóvel, 44% não demonstra conhecimentos sobre as características do quarto, 43% não demonstra conhecimentos sobre quais as características a privilegiar na escolha do carrinho do passeio, 41% não demonstra conhecimentos sobre as características do berço/cama e 37% não demonstra conhecimentos sobre quais as características do equipamento para dar banho.

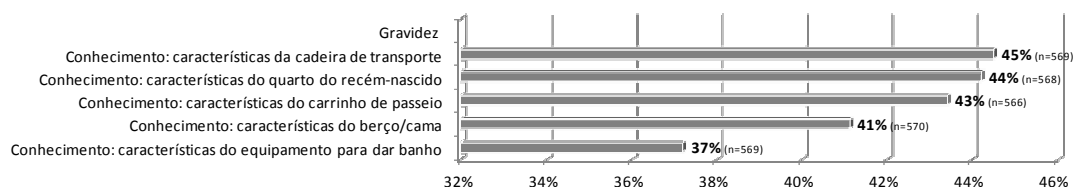


Gráfico 1. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: *preparar casa*

⁹ Os testes realizados foram o teste U de Mann-Whitney (dois grupos) e o de Kruskal-Wallis (três ou mais grupos); nos casos de Kruskal-Wallis significativo, foram realizados testes de U de Mann-Whitney para averiguar entre que grupos podia ser observada a diferença, aplicando a correção de Bonferroni para a análise da significância, neste caso o valor de p usado para interpretar os resultados foi $p < 0,017$ (resultado da equação: $p = 0,05/n$.º de testes U de Mann-Whitney realizados).

As mães que revelam maior nível de conhecimentos nesta competência eram as que coabitavam com o pai da criança ($Z=-4,280$; $p<0,001$), as que já tinham filhos ($Z=-3,550$; $p<0,001$) e as que optaram por um serviço de saúde privado na assistência durante a gravidez ($Z=-3,259$; $p<0,001$). Observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos da mãe na competência: preparar a casa, em função da escolaridade ($\chi^2_{(2)}=9,361$; $p=0,009$), sendo que as mães com formação de nível superior sabiam mais do que as mães com ensino básico ($Z=-2,988$; $p=0,003$) e as restantes não diferiam entre si. Constata-se, ainda, que as mães que mais sabiam relativamente a esta competência foram as que referiram o enfermeiro e os livros como fontes de informação durante a gravidez ($Z=-2,944$; $p=0,003$ e $Z=-2,000$; $p=0,045$). Também as que frequentaram as sessões de preparação para o parto e parentalidade foram as que evidenciaram maior nível de conhecimentos nos conteúdos associados a esta competência ($Z=-2,000$; $p=0,045$).

Nos pais, por seu turno, observa-se que mais de metade destes não demonstra conhecimentos nesta competência (Gráfico 2). Efetivamente, constata-se que 59% dos pais não demonstra conhecimentos sobre quais as características da cadeira de transporte, nem sobre as características do quarto, 58% não demonstra conhecimentos sobre quais as características do berço/cama e 57% desconhece quais as características do carrinho de passeio e do equipamento para o banho.

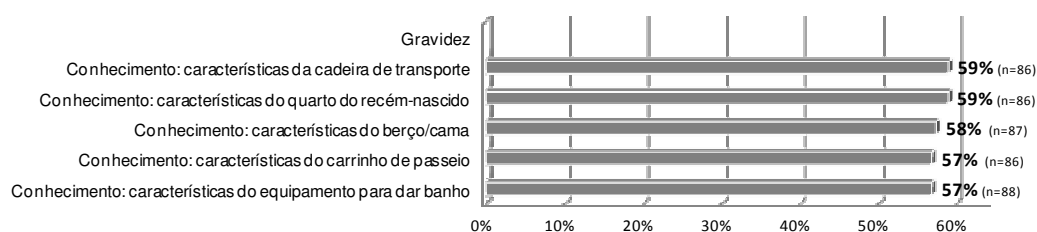


Gráfico 2. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: *preparar casa*

Os pais que demonstram maior nível de conhecimentos nesta competência eram os mais velhos, isto é, com idade superior a 29 anos ($Z=-2,113$; $p=0,035$) e os que coabitavam com a mãe do filho ($Z=-2,581$; $p=0,010$).

3.4.2 Preparar o enxoval

A competência: preparar e enxoval engloba um conjunto de cinco indicadores, a avaliar durante a gravidez. No Gráfico 3, constata-se que um indicador se destaca dos demais. De facto, 62% das mães não demonstra conhecimentos sobre os critérios de escolha e de uso da chupeta. Em relação aos critérios de escolha das fraldas e dos toalhetes, 44% das mães não revela conhecimentos e cerca de 30% das mães não demonstra conhecimentos sobre o que preparar para levar para o hospital, nem sobre os cuidados gerais no tratamento da roupa do

bebé. Em relação aos critérios de escolha da roupa para o bebé, verifica-se que 1/4 das mães não demonstra os conhecimentos necessários.

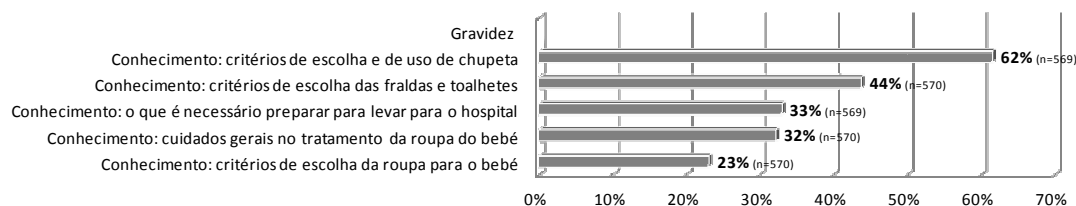


Gráfico 3. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: **preparar o enxoval**

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos nesta competência eram as mais velhas ($Z=-2,071$; $p=0,038$), as que já tinham outros filhos ($Z=-3,186$; $p<0,001$), as que coabitavam com o pai da criança ($Z=-3,328$; $p<0,001$) e as que optaram por serviço de saúde privado na assistência durante a gravidez ($Z=-2,364$; $p=0,018$). Também foram as mães que referiram os enfermeiros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-3,565$; $p<0,001$) e que frequentaram as sessões de preparação para o parto e parentalidade ($Z=-4,108$; $p<0,001$) as que revelam maior nível de conhecimentos nesta competência.

Nos pais, observa-se que um número significativo não revela conhecimentos sobre os vários conteúdos do conhecimento avaliados (Gráfico 4). Verifica-se que 3/4 dos pais não demonstra conhecimentos acerca dos critérios de escolha e de uso da chupeta (74%). Também em relação aos cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé, no que é necessário levar para o hospital e nos critérios de escolha das fraldas e dos toalhetes, 70%, 68% e 67% dos pais, respetivamente, não demonstram conhecimentos. Consta-se, ainda, que metade dos pais não revela conhecimentos sobre os critérios de escolha da roupa do bebé.

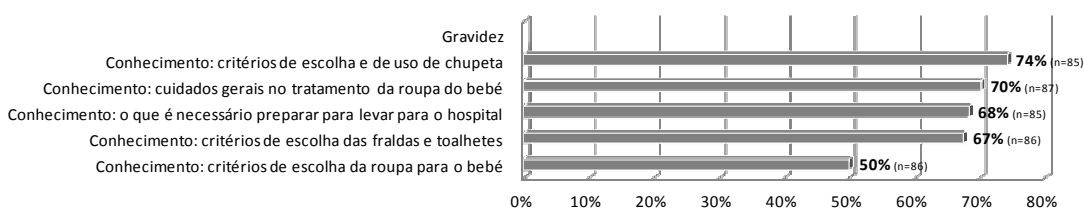


Gráfico 4. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: **preparar o enxoval**

Os pais que evidenciaram maior nível de conhecimentos nesta competência foram os que referiram os livros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,357$; $p=0,018$).

3.4.3 Preparar a integração do novo elemento na família

A competência parental: preparar a integração do novo elemento na família agrega três indicadores do domínio do conhecimento, a avaliar durante a gravidez. Os conhecimentos acerca das estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante o internamento é o indicador de

competência que um maior número de mães não o revela (67%) (Gráfico 5). Observa-se, também, que há mais mães que não demonstram conhecimentos sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão aquando do regresso a casa (58%) do que durante a gravidez (31%).

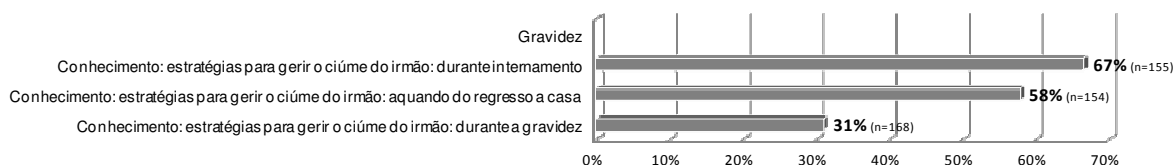


Gráfico 5. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: *preparar a integração do novo elemento*

As mães que mais sabiam dos conteúdos associados a esta competência eram as que já tinham outros filhos ($Z=-4,592$; $p<0,001$).

No que se refere aos pais, observa-se que 83% destes não revela conhecimentos sobre as estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento. Este valor cai para 68% quando o conhecimento sobre as estratégias se reporta ao regresso a casa. E, diminui ainda um pouco mais, para 64%, quando as estratégias se referem ao período da gravidez (Gráfico 6).

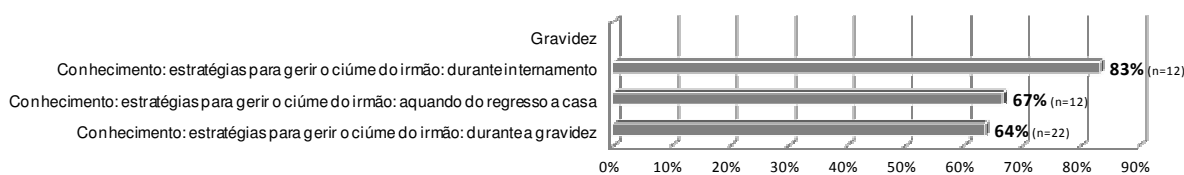


Gráfico 6. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: *preparar a integração do novo elemento*

À semelhança do que se verifica com as mães, os pais que já tinham outros filhos ($Z=-3,173$; $p=0,002$) e os que optaram por assistência em médico privado ($Z=-2,631$; $p=0,009$) evidenciaram maior nível de conhecimentos nesta competência.

3.4.4 Alimentar a criança

Os diferentes tipos de alimento a oferecer à criança determinam, depois da opção por um deles, competências parentais distintas. De facto, se a decisão recair no leite materno, haverá necessidade de desenvolver, nas mães, competências específicas para amamentar; porém, se a decisão recair no leite adaptado, já haverá necessidade de desenvolver, nas mães e nos pais, competências específicas para preparar o leite artificial e alimentar com biberão.

A competência: alimentar a criança agrega os conhecimentos e as habilidades que fundamentam as decisões e as ações parentais relacionadas com a alimentação da criança, qualquer que seja a decisão sobre o tipo de alimento e método de alimentação. São dez os indi-

cadores associados a esta competência; oito pertencem ao domínio do conhecimento e dois ao domínio da habilidade; quatro foram avaliados na 1.^a/2.^a semana e seis no 3.^o/4.^o mês.

No que se refere às mães (Gráfico 7), nos quatro indicadores avaliados na 1.^a/2.^a semana, verifica-se que 65% das mães não demonstra conhecimentos sobre as necessidades nutricionais e hídricas e 59% não demonstra habilidades para identificar os sinais de ingestão nutricional suficiente. De notar que 1/4 das mães não demonstra habilidades para identificar os sinais de fome, nem revela conhecimentos sobre a frequência das refeições.

Nos indicadores avaliados no 3.^o/4.^o mês, observa-se que 68% das mães não demonstra conhecimentos sobre os sinais que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos, nem sobre as estratégias de desmame. Já correspondendo a menos de metade das mães, 46% destas não demonstra conhecimentos sobre o modo de preparação dos alimentos, 40% sobre as possíveis reações gastrointestinais ao alimento e 37% sobre os critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança.

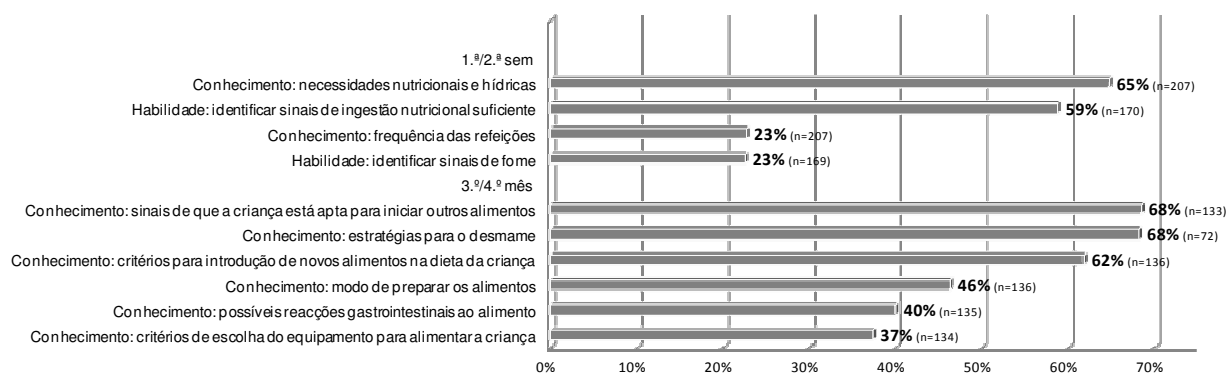


Gráfico 7. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **alimentar a criança**

Não foi observada diferença significativa no nível de conhecimentos nem no desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características das mães.

No que se refere aos pais (Gráfico 8), verifica-se que 79% não conhece as necessidades nutricionais e hídricas da criança e 69% não demonstra habilidades para identificar os sinais de ingestão nutricional suficiente. Tal como acontece com as mães, também para os pais, os dois indicadores desta competência referidos, são aqueles em que maior percentagem de pais não demonstra conhecimentos. Já no que se refere às habilidades para identificar os sinais de fome, 33% dos pais não as demonstra e 40% evidencia falta de conhecimentos sobre a frequência das refeições.

Nos indicadores avaliados no 3.^o/4.^o mês, constata-se que nenhum pai revela conhecimentos sobre os sinais de desenvolvimento que indicem que a criança está apta para iniciar outros

alimentos; nos restantes indicadores avaliados neste momento, a percentagem de pais que não demonstra conhecimentos é sempre igual ou superior a 82%.

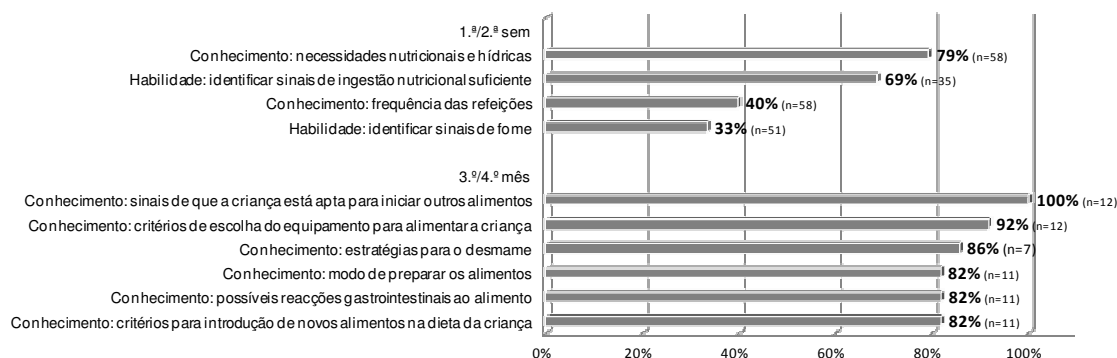


Gráfico 8. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *alimentar a criança*

Na competência: alimentar a criança, apenas se observa uma diferença significativa nos pais. Nestes, regista-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos em função da escolaridade ($\chi^2_{(2)}=10,065$; $p=0,007$), sendo que os pais com formação de nível superior sabiam mais do que aqueles que tinham formação de nível básico ($Z=-2,943$; $p=0,003$) e os restantes não diferiam entre si.

3.4.4.1 Amamentar e lidar com as complicações associadas

A competência parental: amamentar agrega 27 indicadores, sendo 16 do domínio do conhecimento (avaliados durante a gravidez), sete do domínio da habilidade (avaliados na 1.ª/2.ª semana) e, quatro do domínio do conhecimento, (avaliados no 1.º/2.º mês).

Assim, nas mães, verifica-se que em 15 dos 16 indicadores avaliados durante a gravidez, mais de metade das mães não evidencia conhecimentos (Gráfico 9).

São vários os indicadores em que mais de 70% das mães não demonstra conhecimentos. A exceção regista-se nos conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, indicador em que “apenas” 21% das mães não demonstra deter esses conhecimentos.

De facto, constata-se que 85% das mães não demonstra conhecimentos sobre as medidas que estimulam a lactação, 79% não demonstra conhecimentos sobre os sinais de produção e libertação de leite, 76% não demonstra conhecimentos sobre os sinais de ingestão nutricional suficiente, 72% não demonstra conhecimentos sobre os critérios para decidir quando

oferecer uma ou duas mamas, e, 71% não demonstra conhecimentos sobre, aos sinais de pega adequada.

No conjunto dos indicadores, relativos à competência: amamentar (a avaliar durante a gravidez), foram incluídos três indicadores relacionados com os hábitos da mãe. Nesta opção, privilegiaram-se os indicadores que reportassem comportamentos (hábitos tabágicos, ingestão de bebidas alcoólicas e/ou cafeína) capazes de influenciar a composição, a produção e a libertação de leite materno e, por esta via, de provocar um efeito negativo na criança. Note-se que só se procedeu à avaliação destes indicadores nos casos em que a situação estava presente, ou seja, quando a mãe expressamente o referiu. Entre as mulheres grávidas, 182 referiram hábitos tabágicos, 167 referiram a ingestão de bebidas alcoólicas (em contextos sociais) e quase todas referiram a ingestão de cafeína (café, chá ou outras bebidas com cafeína). No conjunto de grávidas, que referiu o hábito específico, observou-se que 56% das mães não demonstra conhecimentos sobre os efeitos do fumo/fumar, 53% não demonstra conhecimentos sobre os efeitos da cafeína e metade não demonstra conhecimentos sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas.

Na avaliação das diferentes habilidades, realizada na 1.^a/2.^a semana, verifica-se que a percentagem de mães que evidencia dificuldade é, com a exceção da habilidade para reconhecer o efeito dos alimentos que a mãe ingere na criança (caso em que 62% das mães não demonstra esta habilidade), sempre inferior a 50%. No caso da habilidade para adotar uma posição confortável e para posicionar a criança, a percentagem de mães que não a demonstra baixa mesmo para 21%.

Na avaliação realizada no 1.^o/2.^o mês, procurou-se conhecer qual a intenção das mães em relação à lactação (seja pela manutenção da amamentação, seja pela manutenção da oferta de leite materno), bem como, a avaliação dos conhecimentos sobre este assunto.

Dos resultados, destaca-se, ainda, que mais de metade das mães revela falta de conhecimentos, nomeadamente sobre o modo como extrair o leite materno (53%), as estratégias para manter a lactação/amamentação (55%), as condições e o material para armazenar leite materno (63%), bem como, sobre o modo como o descongelar (72%).

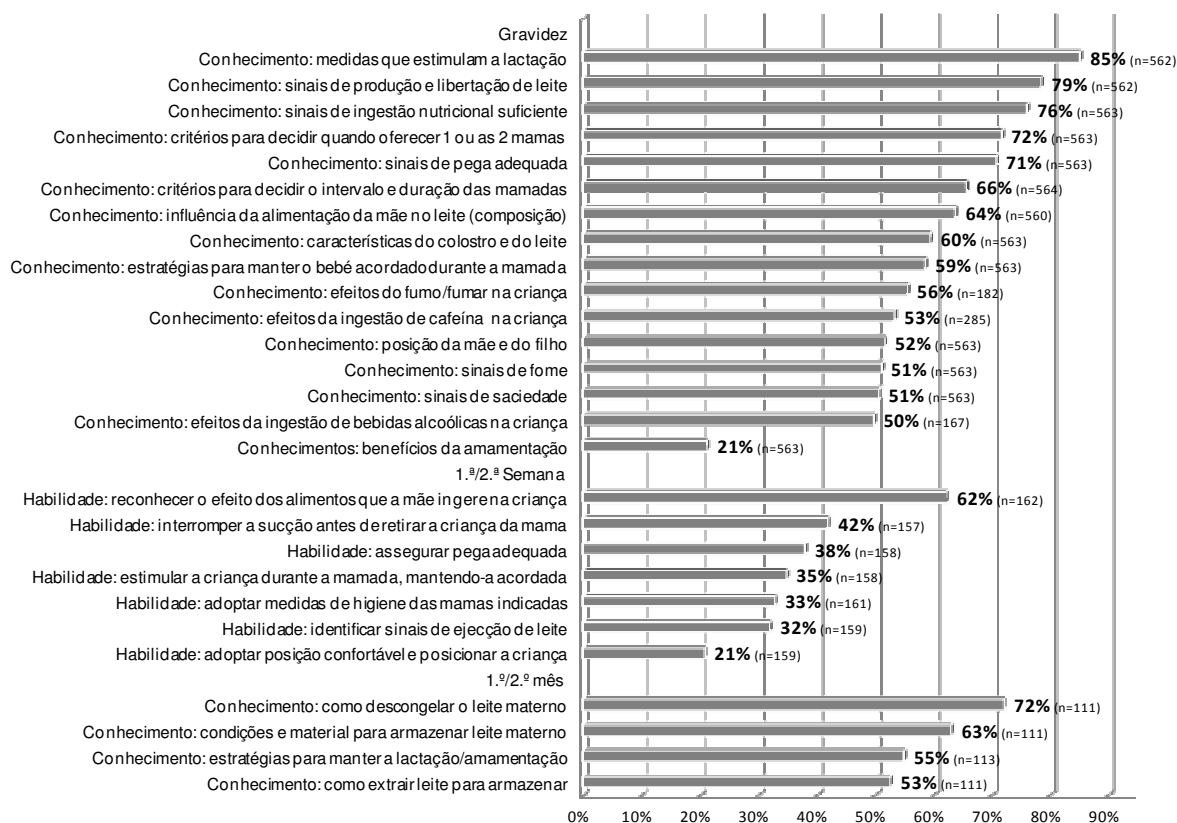


Gráfico 9. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **amamentar**

Ainda no âmbito desta competência, constata-se que as mães que mais sabem são as mais velhas ($Z=-2,72$; $p=0,007$), as que já têm outros filhos ($Z=-6,876$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-4,640$; $p<0,001$). As mães que optam pelo serviço de saúde privado revelam maior nível de conhecimentos ($Z=-4,375$; $p<0,001$) e maior nível de desempenho nas habilidades ($Z=-2,090$; $p=0,037$). As mães que mais sabem referem os enfermeiros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,421$; $p=0,015$) e frequentam as sessões de preparação para o parto e parentalidade ($Z=-3,602$; $p<0,001$). Observa-se, ainda, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos da mãe na competência: amamentar em função da escolaridade ($\chi^2_{(2)}=16,243$; $p<0,001$), sendo que as mães com formação de nível superior sabem mais do que as aquelas que possuem apenas formação de nível básico ($Z=-3,656$; $p<0,001$) e de nível secundário ($Z=-3,030$; $p=0,002$). Já entre as mães com formação de nível básico e as mães de formação de nível superior não foi observada diferença significativa.

No que concerne aos pais, e ainda no âmbito da competência: amamentar, foram considerados somente os indicadores avaliados durante a gravidez e no 1.º/2.º mês, desconsiderando-se a avaliação das habilidades na 1.ª/2.ª semana. Esta decisão tem por base o facto de a mãe ser a protagonista da ação: amamentar. Todavia, é consensual na literatura que o pai constitui um fator crítico para o sucesso da amamentação e, por isso, a aquisição de conhecimen-

tos sobre a amamentação pode ser determinante no respetivo envolvimento neste processo e no apoio às decisões e ações da mãe.

Neste enquadramento, verifica-se, em relação a cada um dos indicadores avaliados durante a gravidez, que mais de 70% dos pais não demonstra conhecimentos. A exceção, situa-se ao nível dos conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, indicador em que a percentagem dos pais que não demonstra conhecimentos baixa para 52% (Gráfico 10). Os quatro indicadores em que mais de 90% dos pais não demonstra conhecimentos são sobreponíveis aos das mães. Trata-se de conhecimentos sobre as medidas que estimulam a lactação (99%), sobre os sinais de produção e de libertação de leite (94%), sobre os sinais de ingestão nutricional suficiente (95%) e sobre os critérios para decidir quando oferecer leite apenas de uma ou das duas mamas (94%).

Na avaliação, ao 1.º/2.º mês, dos indicadores estabelecidos, observa-se que um número elevado de pais não demonstra conhecimentos. De facto, 88% dos pais revela falta de conhecimentos sobre as estratégias para manter a lactação/amamentação e sobre o modo como extrair o leite materno para armazenar. Já 67% dos pais não sabe como descongelar o leite materno e 63% e não conhece quais as condições e o material necessário para armazenar o leite materno, respetivamente.

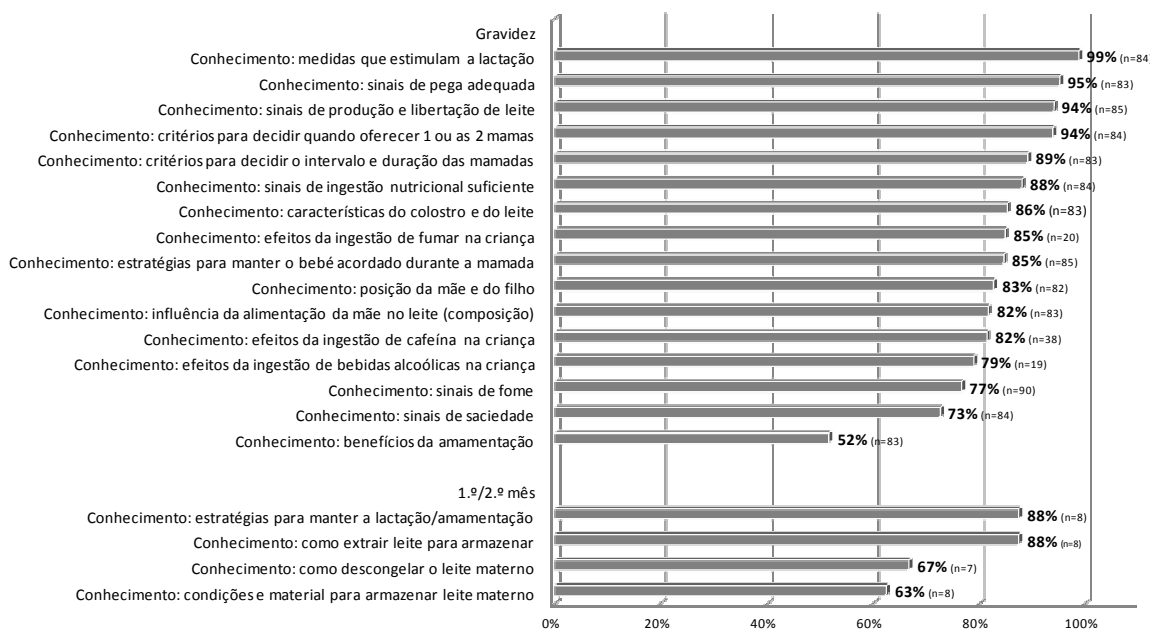


Gráfico 10. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: **amamentar**

Os pais que mais sabem sobre os temas associados a esta competência são os que já têm outros filhos ($Z=-2,357$; $p=0,018$) e os que referem os livros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,319$; $p=0,020$).

A fissura do mamilo e o ingurgitamento mamário são as **complicações associadas à amamentação** mais frequentes. São, também, as principais causas do insucesso da amamentação e encontram-se entre as primeiras razões de abandono. Face à relevância destes conteúdos para o sucesso da amamentação, foram considerados cinco indicadores, do domínio do conhecimento, centrados nas medidas de prevenção (a avaliar durante a gravidez) e seis indicadores, do domínio da habilidade, relativos à capacidade para identificar e lidar/tratar com a situação, (a avaliar na 1.^a/2.^a semana).

Verifica-se, durante a gravidez, que, em cada um dos cinco indicadores avaliados, mais de 3/4 das mães não demonstra conhecimentos (Gráfico 11). Os indicadores, em que são mais elevadas as percentagens de mães que não demonstram conhecimentos, estão relacionados com o ingurgitamento mamário, mais especificamente, com as medidas de identificação e de prevenção. Para além disso, cerca de 80% das mães não revela falta de conhecimentos sobre a diferença entre a subida de leite e o ingurgitamento mamário (82%), nem sobre os fatores de risco de ingurgitamento mamário (80%), nem, ainda, sobre as medidas de prevenção de ingurgitamento mamário (79%). Em relação à fissura do mamilo, verifica-se que 3/4 das mães não sabe quais são as medidas de prevenção, nem os fatores de risco, da fissura do mamilo.

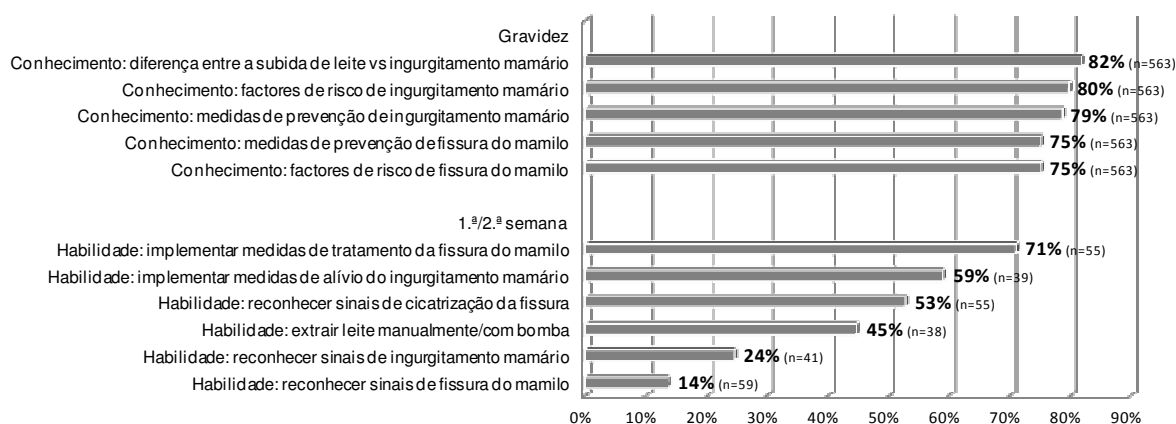


Gráfico 11. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **lidar com as complicações associadas ao amamentar**

Na 1.^a/2.^a semana, às mães que amamentavam foram avaliadas as habilidades para lidar com fissura e/ou ingurgitamento mamário se presentes. Em relação aos resultados relativos à fissura do mamilo, salienta-se que 14% das mães não demonstra habilidades para reconhecer os sinais de fissura no mamilo, 71% não demonstra habilidades para implementar as medidas de tratamento da fissura do mamilo e mais de metade (53%) não demonstra habilidades para reconhecer os sinais de cicatrização da fissura. No que concerne ao ingurgitamento mamário, 24% das mães não demonstra habilidades para reconhecer os sinais de ingurgitamento mamário, 59% não demonstra habilidades para implementar as medidas de alívio do

ingurgitamento mamário, sendo que 45% não demonstra habilidades para extrair o leite da mama manualmente/com bomba.

3.4.4.2 Alimentar a criança com biberão

A competência: alimentar a criança com biberão engloba oito indicadores a avaliar na 1.^a/2.^a semana, quatro do domínio do conhecimento e quatro do domínio da habilidade, e um indicador a avaliar no 1.^o/2.^o mês, do domínio de habilidade.

Em relação aos oito indicadores a avaliar na 1.^a/2.^a semana, admitiu-se a possibilidade de avaliação durante a gravidez, a título excepcional, dos indicadores (quatro) referentes ao domínio do conhecimento. Esta avaliação excepcional poderia ocorrer nos casos de impossibilidade da mãe amamentar e nos casos em que a mãe e/ou o pai questionassem diretamente sobre o assunto. Estes critérios foram estabelecidos com base nas diretivas das organizações de saúde promotoras da amamentação e do aleitamento materno (WHO, 2009; AWHONN, 2000; ICN, 2009; WHO, 1998).

Ao longo do período em que decorreu a recolha de dados, apenas foram identificados quatro casos de impossibilidade da mãe amamentar. Todos os restantes casos avaliados resultaram da manifestação do interesse por parte das mães e/ou dos pais em saberem mais sobre o assunto.

Assim, nos casos em que estes indicadores foram avaliados durante a gravidez (n=198), verifica-se que 64% das mães não demonstra conhecimentos sobre o modo como preparar o leite adaptado, metade das mães não sabe descrever como se alimenta a criança por biberão, 49% não conhece os critérios de escolha do material: biberões e tetinas e 47% não sabe quais são os métodos da respetiva lavagem e esterilização (Gráfico 12).

Na avaliação realizada na 1.^a/2.^a semana foi possível constatar que 62 mães (29,3%) já ofereciam leite através de biberão, seja leite materno, seja leite artificial. Nos diversos indicadores, menos de metade das mães revele falta de conhecimentos ou de habilidades relacionados com esta competência. Neste contexto, 40% das mães não demonstra habilidades para garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão e tetinas) e cerca de 1/3 não revela conhecimentos sobre os critérios de escolha desse material. Verifica-se também que, neste momento de avaliação, cerca de 1/4 das mães ainda não demonstra habilidades para preparar o leite de acordo com as indicações e as quantidades adequadas à criança (28%), nem para alimentar a criança com a técnica correta (24%). De facto, constata-se que

21% das mães ainda revela falta de conhecimentos sobre o modo como preparar o leite adaptado e 14% não demonstra conhecimentos sobre a forma de alimentar a criança por biberão. Mesmo na avaliação realizada mais tarde (ao 1.º/2.º mês), a percentagem de mães que não demonstra habilidades para preparar o leite de acordo com as indicações e as quantidades adequadas às necessidades da criança é, ainda, de 14%.

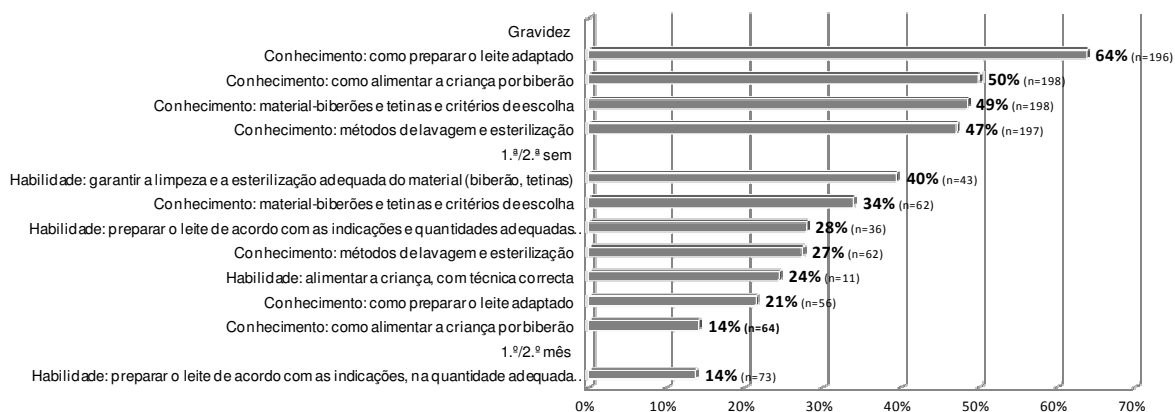


Gráfico 12. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **alimentar com biberão**

As mães que revelam maior nível de conhecimentos na competência: alimentar a criança com biberão são as mães mais velhas ($Z=-2,67$; $p=0,007$), as que já têm outros filhos ($Z=-6,041$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-2,215$; $p=0,027$). Observa-se, ainda, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos na competência: alimentar com biberão, em função da escolaridade da mãe ($\chi^2_{(2)}=6,007$; $p=0,050$), sendo que aquelas que têm formação de nível básico sabem mais do que as mães com formação de nível superior ($Z=-2,450$; $p=0,014$) e as restantes não diferem entre si. Também as mães que referem não recorrer à internet como fonte de informação durante a gravidez são as que mais sabem ($Z=-3,884$; $p<0,001$).

Não foi observada diferença significativa no nível do desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características das mães.

No que se refere aos pais, e em relação a cada um dos indicadores avaliados durante a gravidez, a percentagem daqueles que não revela conhecimentos é sempre superior a 75% (Gráfico 13). Como se observa, 95% dos pais não demonstra conhecimentos sobre o modo como preparar o leite adaptado, 83% não demonstra conhecimentos sobre os critérios de escolha do material, 82% não demonstra conhecimentos sobre os métodos de lavagem e esterilização e 77% não demonstra conhecimentos sobre o modo de alimentar a criança com biberão.

Na avaliação da 1.^a/2.^a semana, 55% de pais não demonstra conhecimentos sobre a forma de garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão e tetinas), sendo ainda maior o número (73%) daqueles que não evidenciam as respetivas e necessárias habilidades. Verifica-se, também, que 23% dos pais revela falta de conhecimentos sobre o modo de alimentar a criança com biberão e 36% não demonstra habilidades para alimentar a criança com a técnica correta. Em relação à preparação do leite adaptado, constata-se que 58% dos pais não sabe como preparar o leite adaptado e 60% não demonstra habilidades para preparar o leite de acordo com as indicações e as quantidades adequadas à criança. Mesmo na avaliação realizada no 1.^o/2.^o mês, continua a verificar-se que mais de metade dos pais (55%) não demonstra habilidades para preparar o leite na quantidade adequada às necessidades da criança.

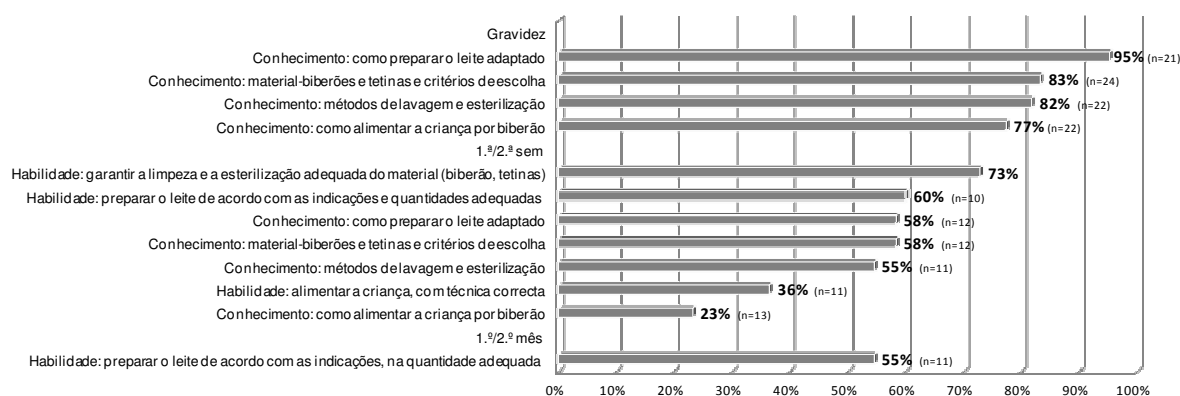


Gráfico 13. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: **alimentar com biberão**

Os pais que demonstram maior nível de conhecimentos nos conteúdos associados a esta competência são aqueles que já tinham outros filhos ($Z=-3,061$; $p=0,002$).

3.4.5 Colocar a eructar

A competência: colocar a eructar agrega três indicadores: dois do domínio do conhecimento, avaliados a 567 grávidas, e um do domínio da habilidade, avaliado na 1.^a/2.^a semana a 164 mães.

Da avaliação dos indicadores realizada durante a gravidez, verifica-se que 35% das mães não demonstra conhecimentos sobre os benefícios da eructação e 22% não demonstra conhecimentos sobre como posicionar a criança para eructar. Apesar da falta de conhecimentos evidenciada durante a gravidez, na avaliação das habilidades para posicionar a criança para promover a eructação (realizada já na 1.^a/2.^a semana), observa-se que somente 8% das mães não demonstra essas habilidades.

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos na competência: colocar a eructar são as já têm outros filhos ($Z=-6,491$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-4,015$; $p<0,001$). As mães que referem os enfermeiros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,162$; $p=0,031$), bem como, as que frequentam as sessões de preparação para o parto e para a parentalidade ($Z=-2,454$; $p=0,014$) são as que mais sabem. Também as mães que referem os livros como fonte de informação após o nascimento são as que demonstram melhor nível de desempenho nas habilidades ($Z=-2,163$; $p=0,031$).

No que se refere aos pais, de modo similar, verifica-se que durante a gravidez, em 86 pais, mais de metade revela falta de conhecimentos sobre os benefícios da eructação. Todavia, na avaliação posterior realizada na 1.^a/2.^a semana, verifica-se que apenas 11% não demonstra habilidades para posicionar a criança para promover a eructação.

Os pais que demonstram maior nível de conhecimentos na competência: colocar a eructar são os que já têm outros filhos ($Z=-2,470$; $p=0,014$) e os que frequentaram a sessão de preparação para o parto e para a parentalidade ($Z=-2,355$; $p=0,019$). Já os pais que não referem o médico como fonte de informação após o nascimento ($Z=-2,217$; $p=0,027$) são os que demonstram maior nível no desempenho das habilidades.

3.4.6 Assegurar higiene e manter a pele saudável

A competência parental: assegurar a higiene da criança e manter a pele saudável tem associados 18 indicadores, onze do domínio do conhecimento (a avaliar durante a gravidez) e sete do domínio da habilidade (a avaliar na 1.^a/2.^a semana).

Do resultado da avaliação dos indicadores durante a gravidez, verifica-se que o indicador relativo aos critérios de escolha dos produtos de higiene a usar durante o banho é aquele em que maior percentagem de mães (78%) não demonstra conhecimentos (Gráfico 14). Observa-se, ainda, um número elevado de mães que não sabe como e quando cortar as unhas ao filho (73%), como lavar-lhe as pálpebras (66%) e como dar-lhe banho (61%). Constatase, também, que mais de metade das mães não demonstra conhecimentos sobre os critérios a ter no uso dos produtos necessários à higiene perineal do filho (59%), bem como, sobre a frequência e o horário do banho (52%). Nos conteúdos relacionados com a higiene perineal, verifica-se que são menos de metade das mães, aquelas que não demonstram conhecimentos nesta área. Porém, note-se que cerca de 1/4 das mães não sabe qual o material necessário para a troca da fralda (27%).

Destaca-se o facto de, durante a gravidez, 3/4 das mães ter revelado falta de conhecimentos sobre como e quando cortar as unhas ao filho. Mesmo após o nascimento, na 1.^a/2.^a semana, 70% das mães não demonstra as habilidades necessárias ao exercício desta competência. Já relativamente à competência para dar banho, verifica-se que, durante a gravidez, nos conteúdos relativos às decisões e às ações relacionados com o banho ao recém-nascido, uma percentagem elevada de mães (sempre superior a 30%) não demonstra os conhecimentos necessários. Na avaliação realizada na 1.^a/2.^a semana, 27% das mães ainda não demonstra habilidades para dar banho e 23% ainda não demonstra habilidades para adotar as medidas de prevenção dos acidentes durante o banho. É nas habilidades relacionadas com o ato de lavar e secar a zona coberta pela fralda, de reunir o material para dar banho e de reunir o material para a higiene perineal que se registam as menores percentagens de mães que não demonstra as habilidades necessárias (15%, 10% e 8%, respetivamente).

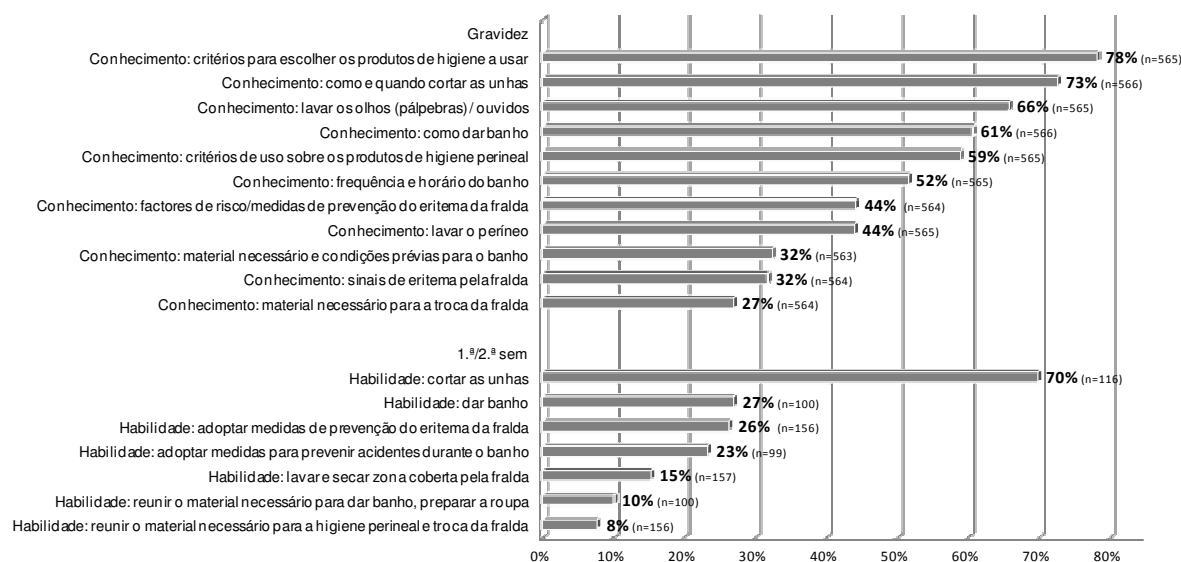


Gráfico 14. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **assegurar a higiene e manter a pele saudável**

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos na competência: assegurar higiene e manter a pele saudável são as mães mais velhas ($Z=-3,358$; $p<0,001$), as que já têm outros filhos ($Z=-9,689$; $p<0,001$) e as que optam pelo serviço de saúde privado ($Z=-2,608$; $p=0,009$). Destaca-se, ainda, o facto de serem as mães que coabitam com o pai da criança aquelas que demonstram, não só, maior nível de conhecimentos ($Z=-5,572$; $p<0,001$) como, também, melhor nível no desempenho das habilidades ($Z=-2,445$; $p=0,014$). Por outro lado, são as mães que referem os enfermeiros ($Z=-2,807$; $p=0,005$) e que frequentam as sessões de preparação para o parto e para a parentalidade ($Z=-2,948$; $p=0,003$) aquelas que revelam maior nível de conhecimentos nesta competência. Já no que se refere ao recurso à internet como fonte de informação durante a gravidez, observa-se que as mães que referiram não

recorrer à internet sabiam mais sobre os conteúdos relativos a esta competência ($Z=-2,525$; $p=0,012$).

No que se refere aos pais, e em relação aos vários conhecimentos inerentes à competência parental: assegurar a higiene da criança e manter a pele saudável (avaliados durante a gravidez), verifica-se que, de um modo geral, entre 80-90% revela falta de conhecimentos sobre os diversos conteúdos relativos ao modo de dar banho ao filho (Gráfico 15).

Na avaliação durante a gravidez, constata-se que mais de 90% dos pais não demonstra conhecimentos sobre os critérios de escolha dos produtos de higiene a usar, nem sobre como lavar as pálpebras da criança. Observa-se, também, que 89% pais não demonstra conhecimentos sobre como e quando cortar as unhas, 83% sobre os critérios de uso dos produtos de higiene perineal, 84% sobre como dar banho, 80% sobre como lavar o períneo, 77% sobre as medidas de prevenção do eritema pela fralda e 71% sobre a frequência e o horário do banho. Verifica-se ainda que mais de metade dos pais (58%) não sabe qual o material necessário para a troca de fralda, 54% não sabe qual o material e as condições para o banho e 51% não conhece os sinais de eritema pela fralda.

Na avaliação da 1.^a/2.^a semana, observa-se que 20% dos pais não demonstra habilidades para reunir e preparar o material necessário para a higiene perineal e 26% não demonstra as correspondentes habilidades para dar banho. Já 85% dos pais não demonstra habilidades para cortar as unhas e cerca metade dos pais (54%) não demonstra habilidades para dar banho. Este último valor corresponde, aproximadamente, ao dobro da percentagem verificada nas mães para a mesma habilidade.

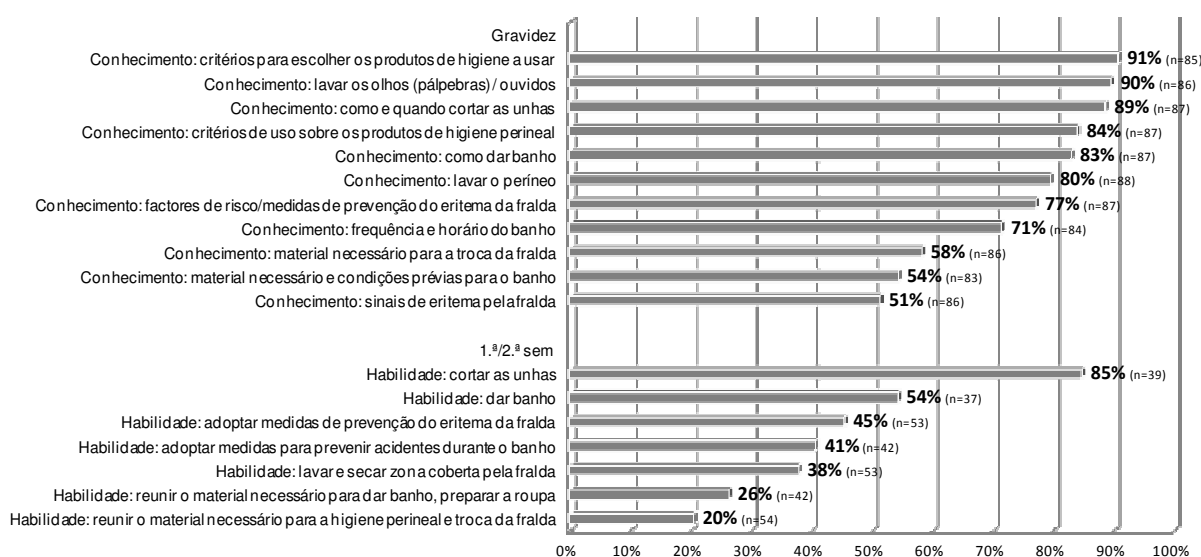


Gráfico 15. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *assegurar a higiene e manter a pele saudável*

Os pais que evidenciam maior nível nos conhecimentos são os pais mais velhos ($Z=-2,694$; $p=0,007$) e os que já têm outros filhos ($Z=-3,502$; $p<0,001$). Observa-se, também, que os pais que referem recorrer aos livros como fonte de informação durante a gravidez são os aqueles que demonstram maior nível de conhecimentos ($Z=-2,199$; $p=0,028$). Destaca-se, ainda, o facto de serem os pais que optam pelo serviço de saúde privado aqueles que revelam maior nível no desempenho das habilidades necessária à manutenção da higiene do filho ($Z=-3,432$; $p<0,001$).

3.4.7 Vestir e despir/vestuário

A competência parental: vestir e despir/vestuário agregou dois indicadores do domínio da habilidade, avaliados na 1.^a/2.^a semana. Na avaliação das habilidades, verifica-se que é reduzido o número de mães que evidencia dificuldades. De facto, apenas 7% das mães não demonstra habilidades para vestir e despir a criança e um pouco mais (16%) não demonstra habilidades para escolher o vestuário da criança adequado à temperatura ambiental e corporal.

Observa-se uma diferença significativa ao nível do desempenho nas habilidades para vestir e despir o filho em função da escolaridade ($\chi^2_{(2)}=8,045$; $p=0,018$), sendo que as mães com formação de nível secundário revelam melhor nível no desempenho dessas habilidades do que as mães com formação de nível superior ($Z=-2,465$; $p=0,014$), não se observando diferenças significativas entre os restantes grupos. Também se constata que as mães que revelam melhor nível no desempenho das habilidades são as que referem o médico como fonte de informação após o nascimento da criança ($Z=-2,531$; $p=0,011$).

Nos pais, constata-se um quadro análogo ao das mães. De facto, 21% dos pais não demonstra habilidades para vestir e despir a criança e 30% não demonstra habilidades para escolher o vestuário da criança adequado à temperatura ambiental e corporal.

Demonstram um maior nível de conhecimentos na competência: vestir e despir os pais mais velhos ($Z=-2,800$; $p=0,005$) e os que optam pelo serviço de saúde privado ($Z=-2,583$; $p=0,010$). Já os pais que não referem o enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,143$; $p=0,032$) são os que revelam melhor nível no desempenho das habilidades para vestir e despir o filho.

3.4.8 Tratar do coto umbilical

A competência parental: tratar coto umbilical reúne oito indicadores, cinco do domínio do conhecimento (avaliados durante a gravidez) e três do domínio da habilidade (avaliados na 1.^a/2.^a semana).

Na avaliação dos conhecimentos realizada durante a gravidez, verifica-se que 79% das mães não demonstra conhecimentos sobre o modo como desinfetar o coto umbilical e qual a frequência com que deve ser realizado, bem como, em relação aos sinais de infeção do coto umbilical (Gráfico 16). Observa-se também que um elevado número de mães (66%) desconhece as estratégias de promoção da mumificação e 59% não sabe quando é esperada a queda do coto umbilical. Em relação ao material necessário para a desinfecção do coto umbilical, 41% das mães não demonstra esses conhecimentos.

A avaliação das habilidades para tratar o coto umbilical só é relevante enquanto existir coto umbilical. Acrescente-se que a sua queda é esperada entre o 3.^o e o 15.^o dia após o nascimento, ou ferida umbilical. Assim, na avaliação das habilidades realizada na 1.^a/2.^a semana - nos casos em que ainda havia coto umbilical - verifica-se que 37% das mães não demonstra habilidades para desinfetar o coto umbilical corretamente. Já para manter o coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção do coto umbilical e para reunir o material necessário para a desinfecção, somente 13% e 14% das mães, respetivamente, não demonstra essas habilidades.

Dos resultados referentes ao período de gravidez, destaca-se o facto de cerca de 3/4 das mães não saber como e com que frequência se deve proceder à desinfecção do coto umbilical. Mesma na avaliação posterior, realizada na 1.^a/2.^a semana, 37% das mães ainda não demonstra as habilidades necessárias à desinfecção do coto umbilical.

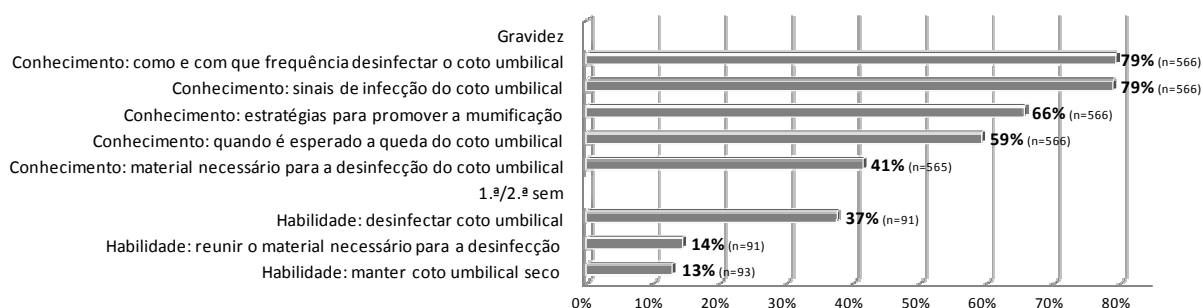


Gráfico 16. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: *tratar coto umbilical*

As mães que mais sabem sobre os conteúdos relativos à competência: tratar o coto umbilical são aquelas que já têm outros filhos ($Z=-6,283$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-4,658$; $p<0,001$). Também as mães que referem os enfermeiros ($Z=-2,162$;

$p=0,031$) e que frequentam as sessões de preparação para o parto e parentalidade ($Z=-2,642$; $p=0,008$) são as que revelam maior nível de conhecimentos nesta competência parental. Já as mães que referiram não recorrer à internet como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,393$; $p=0,017$) foram as que demonstraram maior nível de conhecimentos.

Não foi observada diferença significativa ao nível do desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características das mães.

Nos pais, apesar de os números serem desiguais, verificam-se algumas analogias em relação à realidade vivida pelas mães. De facto, os indicadores em que maior número de pais não demonstra conhecimentos nem habilidades são os mesmos em que as mães estão em posição semelhante (Gráfico 17).

Na avaliação durante a gravidez, constata-se que 90% dos pais não demonstra conhecimentos sobre como e com que frequência deverá ser realizada a desinfeção do coto umbilical, 89% não demonstra conhecimentos sobre os sinais de infeção do coto umbilical, 86% não demonstra conhecimentos sobre as estratégias para promover a mumificação e 84% não demonstra conhecimentos sobre quando é esperada a queda do coto umbilical. Já no que se refere ao material necessário para a desinfeção, 64% dos pais não revela conhecimentos sobre este conteúdo específico.

Na 1.^a/2.^a semana, 70% dos pais não demonstra habilidades para desinfetar o coto umbilical. Já no que se refere às habilidades para manter o coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção e para reunir o material necessário para a desinfeção do coto umbilical, mais de 1/4 dos pais não demonstra as necessárias habilidades (25% e 29%, respetivamente).

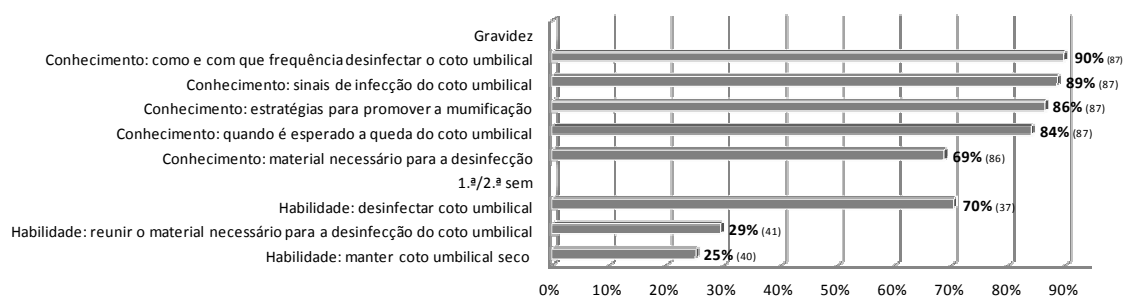


Gráfico 17. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *tratar coto umbilical*

Nos conhecimentos associados a esta competência, os pais que mais sabem são os que já tinham filhos ($Z=-2,055$; $p=0,040$). Observa-se diferença significativa ao nível dos conhecimentos na competência: tratar coto umbilical em função de recorrer aos livros como fonte de informação durante a gravidez, sendo que os pais que referiram não recorrer aos livros revelaram maior nível no desempenho das habilidades ($Z=-2,325$; $p=0,020$).

Não foi observada diferença significativa ao nível do desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características dos pais.

3.4.9 Lidar com o choro

A competência parental: lidar com o choro agrega sete indicadores, cinco do domínio do conhecimento (a avaliar durante a gravidez) e dois do domínio da habilidade (a avaliar na 1.^a/2.^a semana).

Dos resultados da avaliação realizada durante a gravidez, verifica-se que 82% das mães não demonstra conhecimentos sobre os fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas (Gráfico 18). Constata-se, também, que um número significativo de mães não conhece o padrão esperado de choro e os tipos de choro (76%), nem quais os sinais de cólica (71%). Já no que se refere às estratégias de consolo, aproximadamente metade das mães não demonstra conhecimentos (48%). Na 1.^a/2.^a semana, verifica-se que 75% das mães não consegue distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro e 34% não consegue ser eficaz a confortar o filho quando este chora.

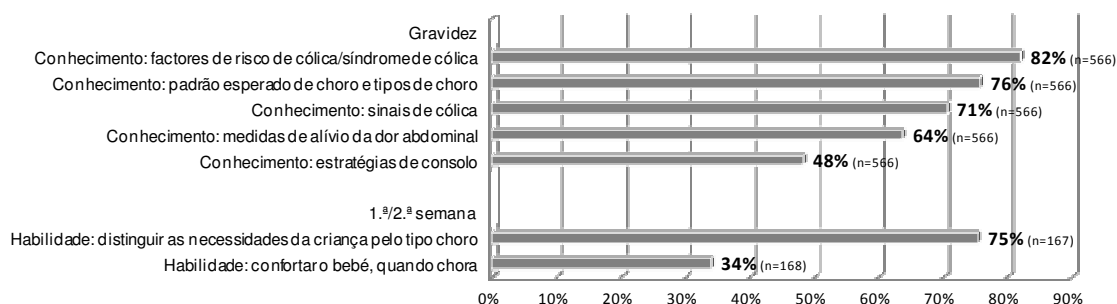


Gráfico 18. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: *lidar com o choro*

As mães que revelam maior nível de conhecimentos nesta competência são as mães mais velhas ($Z=-2,017$; $p=0,044$), as que já têm outros filhos ($Z=-8,970$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-4,757$; $p<0,001$).

Também as mães que referem o enfermeiro e o médico como fontes de informação durante a gravidez ($Z=-2,482$; $p=0,013$ e $Z=-2,210$; $p=0,027$, respetivamente) são aquelas que mais sabem. Já as mães que revelam melhor nível no desempenho das habilidades para lidar com o choro da criança são aquelas que referem o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento da criança ($Z=-3,541$; $p<0,001$).

No que se refere aos pais, observa-se que em quatro dos cinco indicadores avaliados, mais de 80% dos pais não demonstra conhecimentos. De facto, 95% não demonstra conhecimen-

tos sobre os fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas, 90% sobre o padrão esperado de choro e os tipos de choro, 85% sobre os sinais de cólica e 80% sobre as medidas de alívio da dor abdominal (Gráfico 19). Mesmo em relação às estratégias de consolo, verifica-se que 66% dos pais não as conhece.

Na avaliação das habilidades para lidar com o choro da criança, observa-se que aproximadamente metade (48%) dos pais não demonstra ser capaz de confortar o filho quando este chora e 90% não é capaz de distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro.

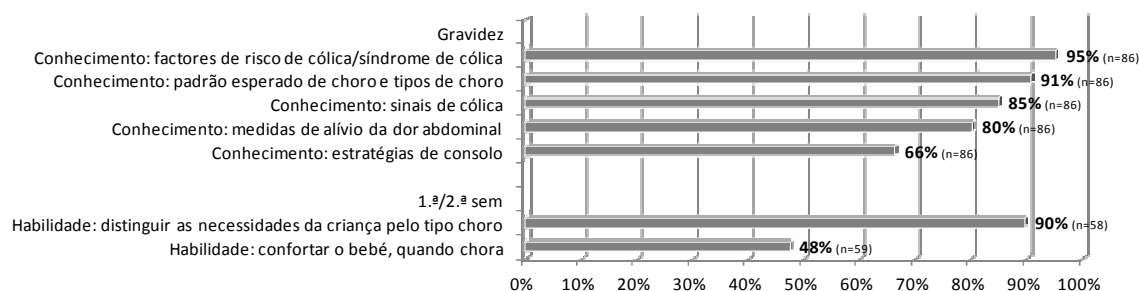


Gráfico 19. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *lidar com o choro*

Os pais que demonstram maior nível de conhecimento são os pais mais velhos ($Z=-2,305$; $p=0,021$) e os que já têm outros filhos ($Z=-3,807$; $p<0,001$). Também são os pais que não referem os livros como fonte de informação após o nascimento da criança, os que revelam maior nível no desempenho das habilidades relacionadas com esta competência ($Z=-2,200$; $p=0,028$).

3.4.10 Garantir a segurança e prevenir acidentes

Garantir a segurança e prevenir acidentes na criança constitui uma competência parental que agrega 16 indicadores, oito do domínio do conhecimento (a avaliar durante a gravidez), seis do domínio de habilidade (a avaliar na 1.ª/2.ª semana) e dois a avaliar no 1.º/2.º mês, um do domínio do conhecimento e outro do domínio da habilidade.

Na avaliação durante a gravidez, destaca-se o facto de 80% das mães não demonstrar conhecimentos sobre a prevenção e os fatores de risco da síndrome de morte súbita no lactente (SMSL) (Gráfico 20). Verifica-se, também, que 63% das mães não sabe quais são as medidas de prevenção da asfixia/sufocação e 55% não conhece os critérios de escolha dos brinquedos. Já relativamente aos conhecimentos sobre o modo adequado para segurar e manipular a criança, apenas 21% das mães não demonstra os conhecimentos necessários.

Na 1.^a/2.^a semana, constata-se que o maior número de mães que não demonstra habilidades se regista no indicador referente à adoção de medidas de prevenção da SMSL (54%) e que, em sentido oposto, o indicador relativo às habilidades para manipular e segurar a criança é aquele que menor número de mães não demonstra (7%). Verifica-se, ainda, que cerca de 1/3 das mães não adota as medidas de prevenção, seja da asfixia/sufocação (39%), seja de queimadura (32%) seja, ainda, nos casos em que existem animais domésticos, as medidas de segurança adequadas (29%).

Nos indicadores avaliados no 1.^o/2.^o mês, verifica-se que apenas 11% das mães não demonstra habilidades para transportar a criança em segurança, mas mais de metade das mães (53%) não demonstra conhecimentos sobre as medidas de proteção contra as queimaduras solares.

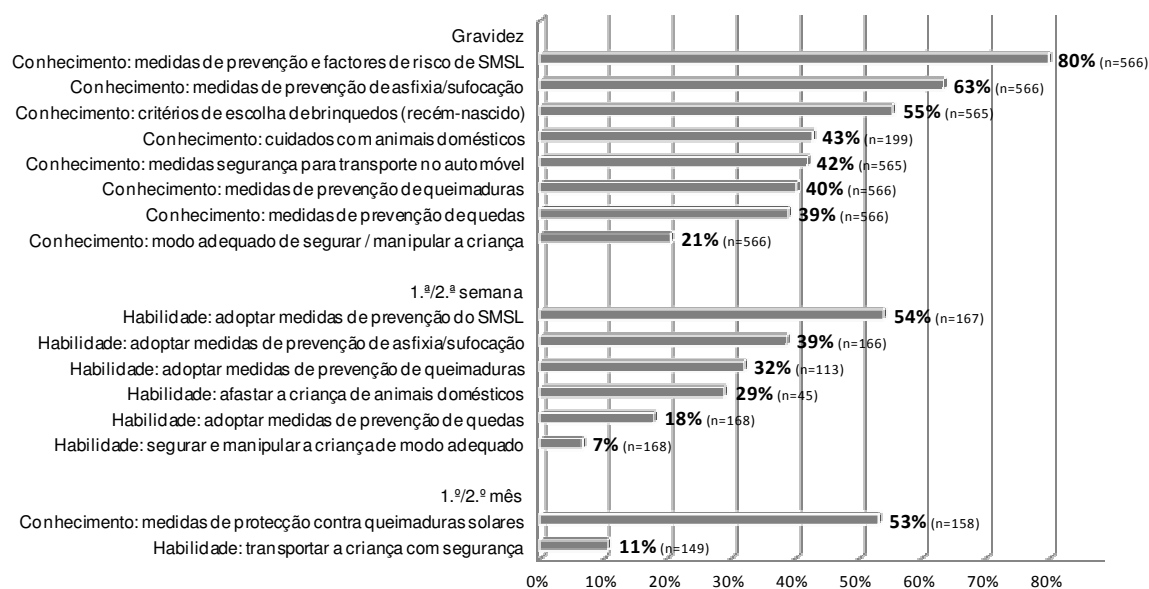


Gráfico 20. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: **garantir segurança e prevenir acidentes**

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos para garantir a segurança e prevenir acidentes são as mães mais velhas ($Z=-2,670$; $p=0,008$), as que têm outros filhos ($Z=-6,412$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai do filho ($Z=-3,866$; $p<0,001$). As mães que optam pelo serviço de saúde privado demonstram maior nível de conhecimentos ($Z=-2,440$; $p=0,015$) e maior nível no desempenho das habilidades ($Z=-1,968$; $p=0,049$). As mães que referem o enfermeiro ($Z=-2,373$; $p=0,018$) e o médico ($Z=-2,664$; $p=0,008$) como fontes de informação durante a gravidez são aquelas que mais sabem.

No que se refere aos pais, na avaliação realizada durante a gravidez, constata-se que o indicador em que maior percentagem de pais (90%) não demonstra conhecimentos é, à seme-

lhança do observado nas mães, o que se refere às medidas de prevenção e aos fatores de risco da SMSL (Gráfico 21).

Na avaliação durante a gravidez, verifica-se que aproximadamente 3/4 dos pais não conhece os critérios de escolha de brinquedos para o recém-nascido (72%) nem as medidas de prevenção de asfixia/sufocação (70%). Também se observa que 57% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as medidas de prevenção de queimaduras e que 49% não conhece as medidas de segurança para o transporte no automóvel nem as medidas de prevenção de quedas. O indicador relativo ao modo de manipular e segurar a criança é aquele em que um menor número de pais não revela conhecimentos. Este facto não obsta a que mais de 1/4 dos pais não demonstre os conhecimentos necessários (29%).

Na avaliação realizada na 1.ª/2.ª semana, verifica-se que 64% dos pais não demonstra habilidades para adotar as medidas de prevenção da SMSL e cerca metade (53%) não demonstra habilidades para afastar a criança dos animais domésticos. Constata-se, analogamente ao observado nas mães, que o indicador relativo ao modo de segurar e manipular a criança é aquele em que um menor número de pais não demonstra habilidades (17%).

No 1.º/2.º mês, verifica-se que 3/4 dos pais não demonstra conhecimentos sobre as medidas de protecção contra as queimaduras solares (75%) e cerca de 1/4 não demonstra habilidades para transportar a criança com segurança (26%).

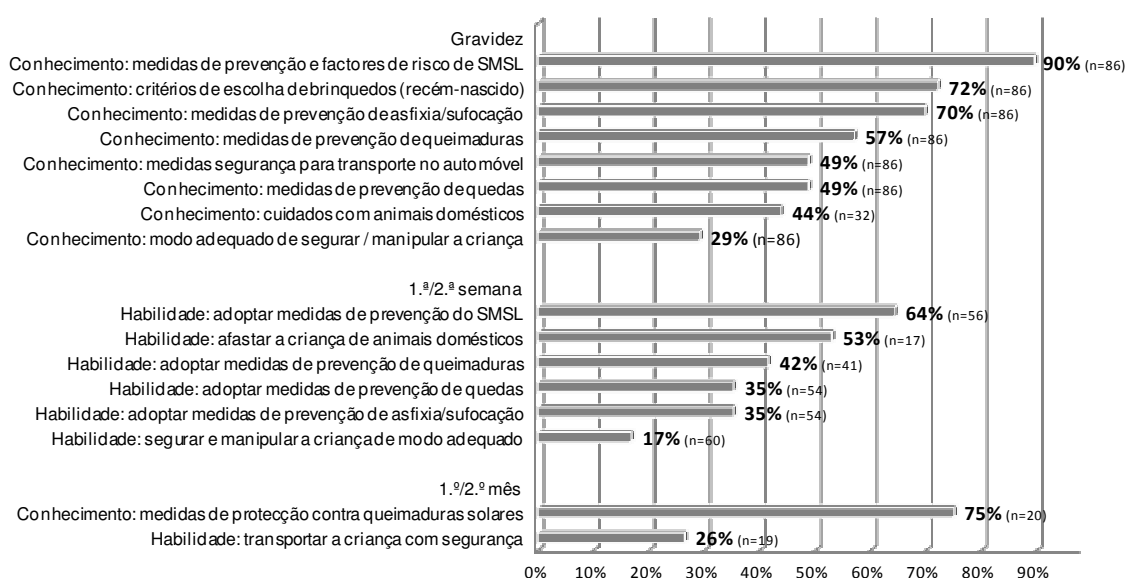


Gráfico 21. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: **garantir segurança e prevenir acidentes**

Os pais que demonstram maior nível de conhecimentos sobre o modo de garantir a segurança e prevenir acidentes são os pais que já têm outros filhos ($Z=-2,585$; $p=0,010$) e os que

referem os livros como fonte de informação durante a gravidez ($Z=-2,629$; $p=0,009$). Observa-se, ainda, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais na competência: garantir a segurança e prevenir acidentes em função da respetiva escolaridade ($\chi^2_{(2)}=11,443$; $p=0,003$), sendo que os pais com formação de nível superior e os pais com formação de nível secundário sabem mais do que aqueles que têm uma formação de nível básico ($Z=-3,187$; $p<0,001$ e $Z=-2,026$; $p=0,043$, respetivamente); já entre os pais de formação de nível secundário e de nível superior não foi observada diferença significativa ($Z=-1,391$; n.s.).

Não foi observada diferença significativa ao nível do desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características dos pais.

3.4.11 Promoção e vigilância da saúde do filho

A competência parental: promoção e vigilância da saúde do filho engloba 22 indicadores, dos quais 19 são do domínio do conhecimento, sendo três avaliados durante a gravidez, dez na 1.^a/2.^a semana, dois no 1.^o/2.^o mês e quatro no 3.^o/4.^o mês, e três do domínio de habilidade, sendo um avaliado no 1.^o/2.^o mês e dois avaliados no 5.^o/6.^o mês.

Na avaliação realizada durante a gravidez, verifica-se que, em todos os indicadores, mais de 50% das mães não demonstra conhecimentos (Gráfico 22). Constata-se que 65% das mães não sabe quando deverá ser realizado o diagnóstico precoce (*teste do pézinho*), 62% não sabe quando deverá ser iniciado o esquema de vacinação e 55% não sabe quais as características iniciais da eliminação intestinal.

Na 1.^a/2.^a semana, constata-se que mais de 65% das mães não demonstra conhecimentos sobre o padrão esperado do aumento de peso da criança, 64% sobre os sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde na 1.^a/2.^a semana e 62% sobre o padrão de sono. Já em relação ao conhecimento sobre o padrão de eliminação intestinal, apenas 31% das mães não revela conhecimentos.

No 1.^o/2.^o mês, observa-se que metade das mães não revela conhecimentos sobre os sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde nesta etapa, nem sobre as reações às vacinas. Verifica-se ainda que, ao 1.^o/2.^o mês, 39% das mães ainda não demonstra habilidades para avaliar a temperatura corporal na criança.

Nos indicadores avaliados no 3.^o/4.^o mês, verifica-se que um número significativo de mães não demonstra conhecimentos sobre as medidas de higiene oral (86%). Constata-se também

que 64% das mães não conhece as medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes, 53% não sabe quais os sinais de alerta nesta fase de desenvolvimento e 39% não conhece os sinais que evidenciam a erupção dos dentes.

Já no 5.º/6.º mês, 64% das mães não demonstra habilidades para adotar as medidas de higiene oral e 40% não demonstra conhecimentos sobre as medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes.



Gráfico 22. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: *promoção e vigilância da saúde*

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos na competência: promoção e vigilância da saúde são as mães que já têm outros filhos ($Z=-5,346$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-5,277$; $p<0,001$).

As mães que revelam maior nível de conhecimentos ($Z=-2,294$; $p=0,022$) e maior nível no desempenho das habilidades ($Z=-2,052$; $p=0,040$) são as que referem o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento do filho. As mães que referem a internet como fonte de informação durante a gravidez são as que mais sabem sobre os conteúdos relacionados com a saúde da criança ($Z=-2,058$; $p=0,040$).

Constata-se que as mães que não referem a internet como fonte de informação durante a gravidez foram as que mais sabiam sobre os conteúdos relacionados com a saúde da criança ($Z=-2,058$; $p=0,040$). Observa-se ainda uma diferença significativa ao nível dos conheci-

mentos da mãe na competência: promoção e vigilância da saúde em função da respectiva escolaridade ($\chi^2_{(2)}=13,243$; $p<0,001$), sendo que as mães com formação de nível superior sabem mais do que aquelas que têm formação de nível básico ($Z=-2,749$; $p=0,006$) e do que aquelas que têm formação de nível secundário ($Z=-3,279$; $p<0,001$), não sendo observada diferença significativa entre as mães de formação de nível básico e as de formação de nível secundário ($Z=-0,391$; n.s.).

Na análise dos resultados relativos aos pais, verifica-se que, nos conhecimentos avaliados durante a gravidez, uma percentagem significativa de pais não revela conhecimentos, nomeadamente sobre as características iniciais da eliminação intestinal (90%), sobre o momento em que deve ser realizado o diagnóstico precoce (80%) e sobre o momento em que deve ser iniciado o esquema de vacinação (72%) (Gráfico 23).

Na avaliação realizada na 1.^a/2.^a semana, constata-se, em todos os indicadores, que mais de metade dos pais evidencia falta de conhecimentos; a exceção verifica-se ao nível dos conhecimentos sobre o padrão de eliminação intestinal, no qual 35% dos pais não demonstra esses conhecimentos.

Nos indicadores de competência avaliados no 1.^o/2.^o mês, volta a verificar-se um elevado número de pais a evidenciar falta de conhecimentos, nomeadamente em relação aos sinais que justificam recorrer ao profissional da saúde nesta etapa (90%) e às possíveis reações às vacinas (80%). Já na habilidade para avaliar a temperatura corporal da criança, 3/4 dos pais não demonstra habilidades.

No 3.^o/4.^o mês, todos os pais revelam desconhecer as medidas de higiene oral e 90% deles não demonstra conhecimentos sobre os sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde nesta fase. Também nos conhecimentos sobre o período em que surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam, bem como, nos conhecimentos sobre as medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes, um número significativo de pais (sempre superior a 80%) não demonstra esses conhecimentos.

No 5.^o/6.^o mês, constata-se que 93% e 75% dos pais, respetivamente, não demonstram as habilidades para adotar as medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes, nem para adotar as medidas de higiene oral.

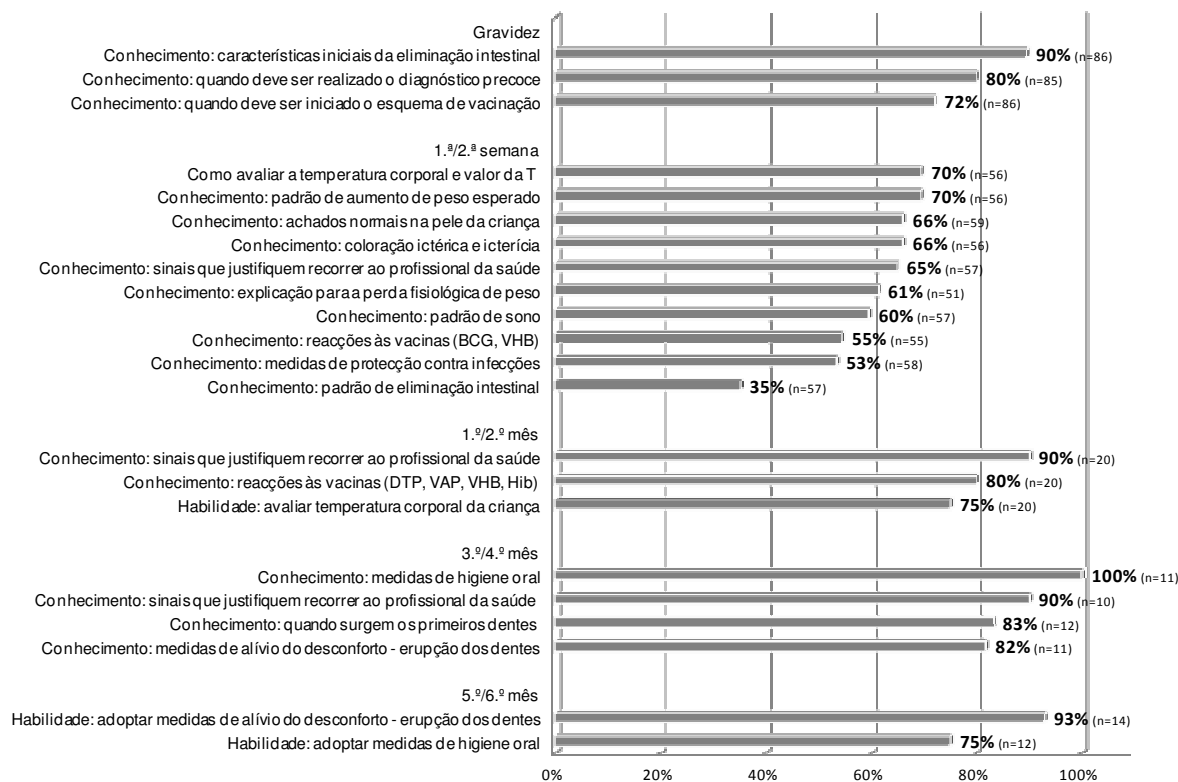


Gráfico 23. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *promoção e vigilância da saúde*

Nos conhecimentos relativos à competência: promoção e vigilância da saúde da criança, os pais que mais sabem são os que já têm outros filhos ($Z=-3,186$; $p<0,001$).

Não foi observada diferença significativa ao nível do desempenho das habilidades nesta competência parental em função das restantes características dos pais.

3.4.12 Lidar com problemas comuns na criança

A competência parental: lidar com problemas comuns na criança agrega 18 indicadores relacionados com os conhecimentos e as habilidades para saber decidir e conseguir agir face aos problemas de saúde mais frequentes na criança.

Do conjunto de indicadores, onze foram avaliados na 1.ª/2.ª semana, sendo três do domínio do conhecimento e oito do domínio de habilidade, e foram sete avaliados no 1.º/2.º mês, cinco do domínio do conhecimento e dois do domínio da habilidade. A avaliação destes indicadores foi realizada quando os problemas estavam presentes e sempre que se identificaram fatores de risco.

Nos indicadores avaliados na 1.ª/2.ª semana, observa-se que 70% das mães não demonstra conhecimentos sobre as medidas de alívio da obstrução nasal (Gráfico 24). Também foi

verificado que as mães não demonstram habilidades para adotar estratégias para lidar com o choro excessivo (65%) e 55% das mães não demonstra conhecimentos para reconhecer os sinais de cólica e para os distinguir da síndrome de cólicas. Também 60% não demonstra habilidades para reconhecer a diferença entre a regurgitação e o vômito. Constata-se, ainda, que mais de metade das mães não demonstra conhecimentos sobre as medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele (58%). Em relação ao eritema pela fralda, 28% das mães não demonstra habilidades para reconhecer os respectivos sinais, 56% não demonstra habilidades para o tratamento e 54% não demonstra habilidades para manter as medidas de prevenção.

No 1.º/2.º mês, verifica-se que 76% das mães não conhece as medidas de prevenção da desidratação e 66% não conhece as medidas de estimulação intestinal. Constata-se também que cerca de metade das mães não demonstra habilidades para implementar as medidas de alívio da obstrução nasal (51%), nem conhecimentos sobre as medidas a tomar para a diminuição da temperatura corporal (48%). A falta de capacidade para reconhecer os sinais de obstipação e de diarreia e a presença de obstrução nasal foi identificada em 40%, 39% e 35% das mães, respetivamente.

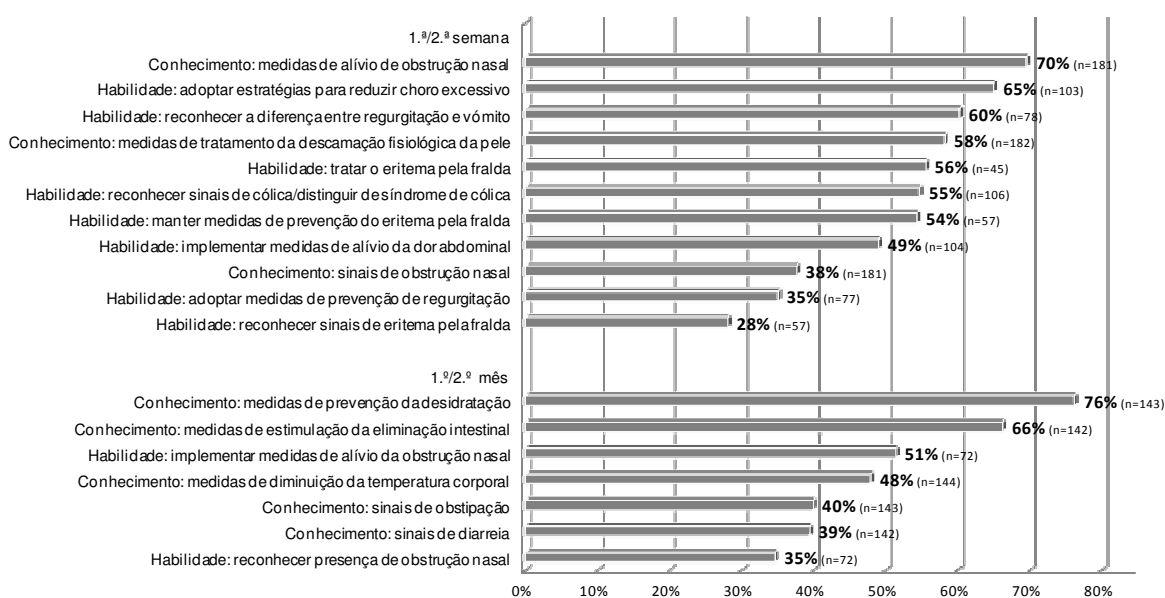


Gráfico 24. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, das mães, associados à competência: *lidar com os problemas comuns na criança*

No caso dos pais, verifica-se que mais de metade não demonstra conhecimentos, nem habilidades, praticamente em todos os indicadores desta competência (Gráfico 25). A única exceção está relacionada as habilidades para adotar as medidas de prevenção da regurgitação (avaliado na 1.ª/2.ª semana), indicador em relação ao qual, 47% dos pais não demonstra as necessárias habilidades.

Na 1.^a/2.^a semana, constata-se que 78% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as medidas de alívio da obstrução nasal e 76% não demonstra habilidades para adotar as estratégias capazes de reduzir o choro excessivo. Observa-se, também, que um número significativo de pais não demonstra habilidades para reconhecer a diferença entre a regurgitação e o vômito (73%), para manter as medidas de prevenção do eritema pela fralda (71%), para reconhecer os sinais de cólica e conseguir distingui-los da síndrome de cólicas (68%), para implementar as medidas de alívio da dor abdominal (66%), para tratar o eritema pela fralda (60%) e para adotar as medidas de prevenção de regurgitação (57%).

Na avaliação realizada no 1.^o/2.^o mês, verifica-se que 92% dos pais não demonstra habilidades para implementar as medidas de alívio da obstrução nasal, 88% não demonstra conhecimentos sobre as medidas de prevenção da desidratação, nem sobre as medidas de estimulação da eliminação intestinal e 83% não sabe quais as medidas promotoras da diminuição da temperatura corporal na criança. Constata-se, também, que aproximadamente 3/4 dos pais não sabe reconhecer os sinais de diarreia, os sinais de obstipação, nem demonstra habilidades para reconhecer a presença de obstrução nasal.

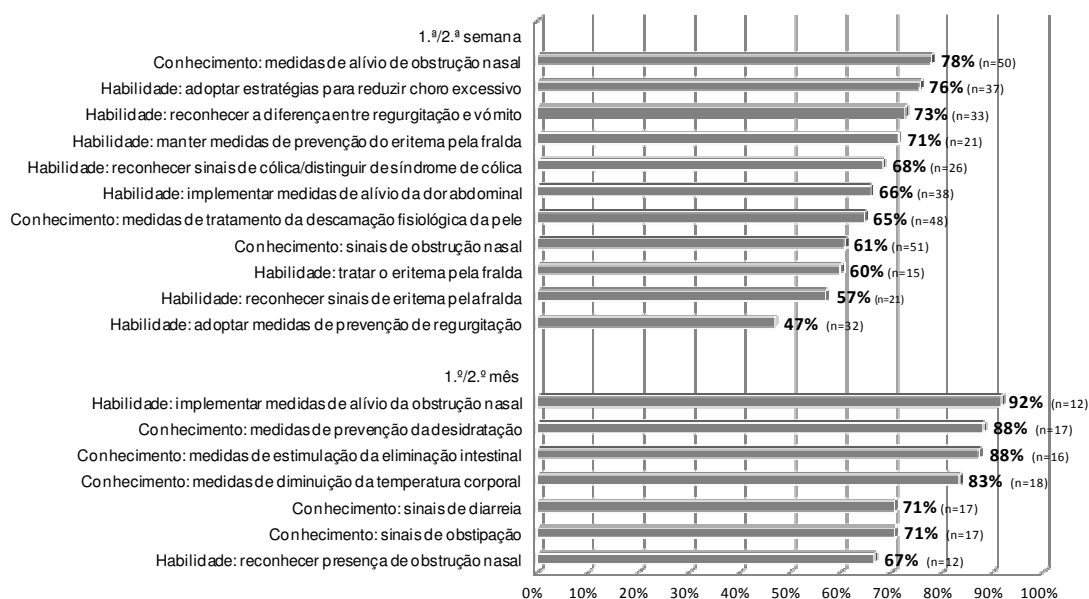


Gráfico 25. Frequência (%) relativa dos conhecimentos e das habilidades, dos pais, associados à competência: *lidar com os problemas comuns na criança*

Constata-se, na 1.^a/2.^a semana, que as mães e os pais partilham os mesmos três indicadores em que cada um destes grupos apresenta as percentagens mais altas de conhecimentos não demonstrados. Não foi observada diferença significativa ao nível dos conhecimentos nem no desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características das mães ou dos pais.

3.4.13 Reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal

A competência parental: reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal enquadra um conjunto de 17 indicadores, todos do domínio do conhecimento, quatro avaliados durante a gravidez, um na 1.^a/2.^a semana, cinco no 1.^o/2.^o mês, quatro no 3.^o/4.^o mês e três no 5.^o/6.^o mês. De um modo geral, verifica-se que em todos os indicadores, em qualquer um dos momentos, mais de metade das mães não revela conhecimentos (Gráfico 26).

Durante a gravidez, verifica-se que 78% das mães não demonstra conhecimentos sobre os reflexos/respostas espontâneas de um recém-nascido, 66% não demonstra conhecimentos sobre as capacidades dos órgãos dos sentidos, 60% não demonstra conhecimentos sobre a aparência esperada do recém-nascido e os achados normais na pele da criança e 57% não demonstra conhecimentos sobre a regurgitação e as medidas de prevenção.

Na 1.^a/2.^a semana, constata-se que 82% das mães não demonstra conhecimentos sobre a capacidade de interação e as competências do recém-nascido. Já na avaliação no 1.^o/2.^o mês, verifica-se que 76% das mães desconhece a capacidade sensorial de um neonato, 70% não conhece os marcos de desenvolvimento relevantes para esta fase de crescimento e desenvolvimento e 69% não demonstra conhecimentos sobre a capacidade de comunicação da criança nesta fase. Constata-se, ainda, que 64% das mães não demonstra conhecimentos sobre o temperamento e 57% não demonstra conhecimentos sobre a capacidade motora da criança nesta fase.

Nos indicadores avaliados no 3.^o/4.^o mês, verifica-se que foi novamente no conhecimento sobre a capacidade sensorial que maior percentagem de mães não revela conhecimentos (90%). Verifica-se, também, que 75% não demonstra conhecimentos sobre a capacidade da criança para comunicar, 71% não demonstra conhecimentos sobre os marcos de desenvolvimento esperados ao 3.^o/4.^o mês e 65% não demonstra conhecimentos sobre a capacidade motora da criança nesta altura.

No 5.^o/6.^o mês, aproximadamente 3/4 das mães não demonstra conhecimentos sobre a reação a estranhos como uma etapa normal do desenvolvimento (74%), nem sobre os marcos de desenvolvimento (72%), nem sobre a capacidade motora da criança nesta fase (71%).

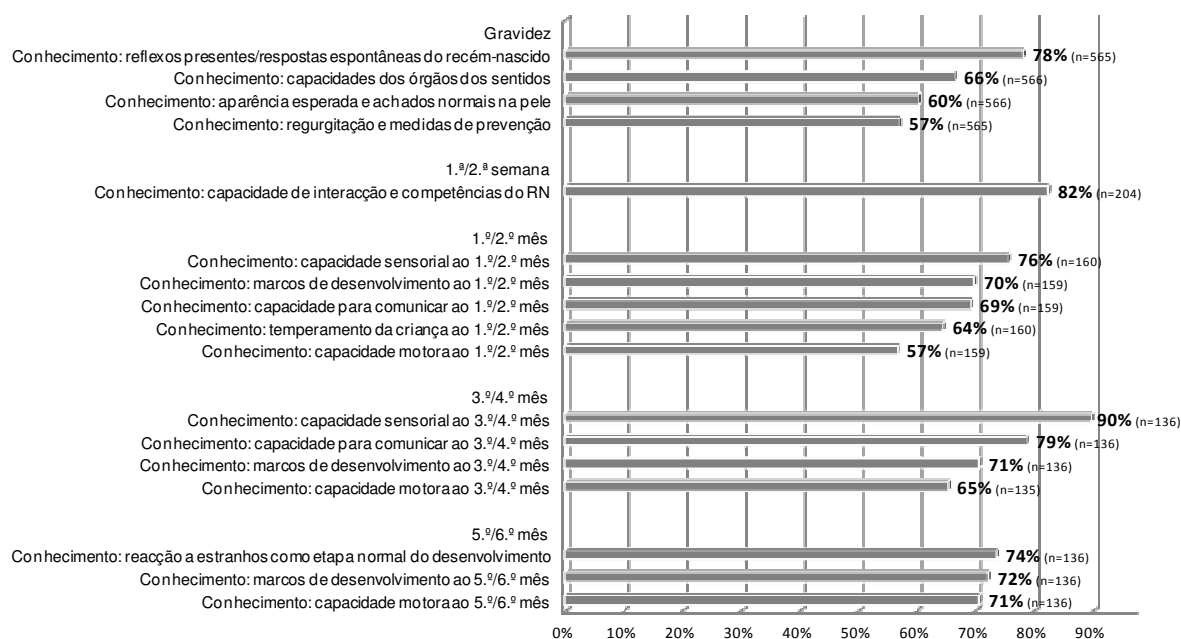


Gráfico 26. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: *reconhecer padrão C&D normal*

As mães que demonstram maior nível de conhecimentos associados a esta competência são as mães mais velhas ($Z=-2,314$; $p=0,021$), as que têm outros filhos ($Z=-6,643$; $p<0,001$) e as que coabitam com o pai da criança ($Z=-4,106$; $p<0,001$). As mães que optam pelo serviço de saúde privado são as que revelam maior nível de conhecimentos ($Z=-2,626$; $p=0,009$).

Foi observada uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos da mãe na competência: reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal em função da respetiva escolaridade ($\chi^2_{(2)}=9,514$; $p=0,009$), sendo que as mães com formação de nível superior sabem mais do que as mães com formação de nível básico ($Z=-2,810$; $p=0,005$) e do que as mães com formação de nível secundário ($Z=-2,293$; $p=0,022$), não tendo sido observada diferença significativa entre as mães de formação de nível básico e as de nível secundário ($Z=-0,626$; n.s.).

Na análise dos resultados relativos aos pais, verifica-se que, nos indicadores avaliados durante a gravidez, 93% dos pais não revela conhecimentos sobre os reflexos/respostas espontâneas do recém-nascido, 89% não conhece as capacidades dos órgãos dos sentidos, 84% sabe qual é a aparência esperada do recém-nascido e os achados normais na pele e 78% não demonstra conhecimentos sobre a regurgitação e as medidas de prevenção (Gráfico 27).

No indicador avaliado na 1.^a/2.^a semana, 79% dos pais não demonstra conhecimentos sobre a capacidade de interação e as competências do recém-nascido.

Na avaliação ao 1.^o/2.^o mês, constata-se que mais de 80% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as capacidades sensoriais (86%), nem sobre as capacidades motoras e os marcos de desenvolvimento (81%). Note-se, ainda, que, nesta fase de crescimento e desenvolvimento, cerca de 3/4 dos pais não revela conhecimentos sobre a capacidade para comunicar (76%), nem sobre o temperamento da criança (75%).

Já na avaliação realizada no 3.^o/4.^o mês, verifica-se que 91% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as capacidades motoras, nem sobre as capacidades sensoriais. Observa-se também que 82% dos pais desconhece os marcos de desenvolvimento e 73% não demonstra conhecimentos sobre a capacidade para comunicar nesta fase de desenvolvimento da criança.

Ao 5.^o/6.^o mês, constata-se que 79% dos pais não demonstra conhecimentos sobre a capacidade motora, nem sobre os marcos de desenvolvimento e 73% não revela conhecimentos sobre a reação da criança a estranhos como uma etapa normal do desenvolvimento.

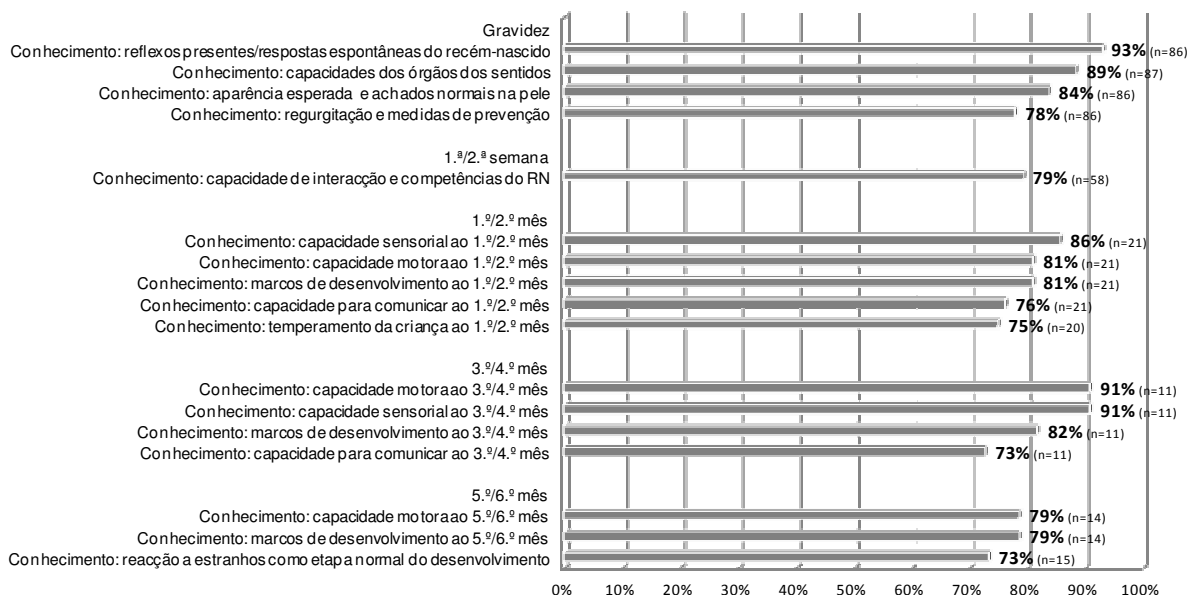


Gráfico 27. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: *reconhecer padrão C&D normal*

Na competência: reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal, os pais que revelam maior nível de conhecimentos são os pais mais velhos ($Z=-2,126$; $p=0,033$) e os que já têm outros filhos ($Z=-3,748$; $p<0,001$).

3.4.14 Estimular o desenvolvimento

A competência parental: estimular o desenvolvimento compreende sete indicadores do domínio de conhecimento, seis a avaliar no 1.º/2.º mês e um a avaliar no 3.º/4.º mês.

Na avaliação ao 1.º/2.º mês, verifica-se que cerca de 3/4 das mães não demonstra conhecimentos sobre as estratégias de estimulação sensorial, nem sobre as estratégias para desenvolver os sentimentos de confiança da criança, nem sobre as estratégias de estimulação da linguagem (Gráfico 28). Observa-se, também, que aproximadamente metade das mães desconhece os critérios que devem presidir à escolha dos brinquedos adequados à estimulação (47%) e não reconhece os momentos em que a criança está receptiva à estimulação (46%). Já em relação aos benefícios da massagem, 1/3 das mães não demonstra conhecimento sobre o tema. No 3.º/4.º mês, constata-se, ainda, que 81% das mães não demonstra conhecimentos sobre as estratégias de estimulação sensorial.

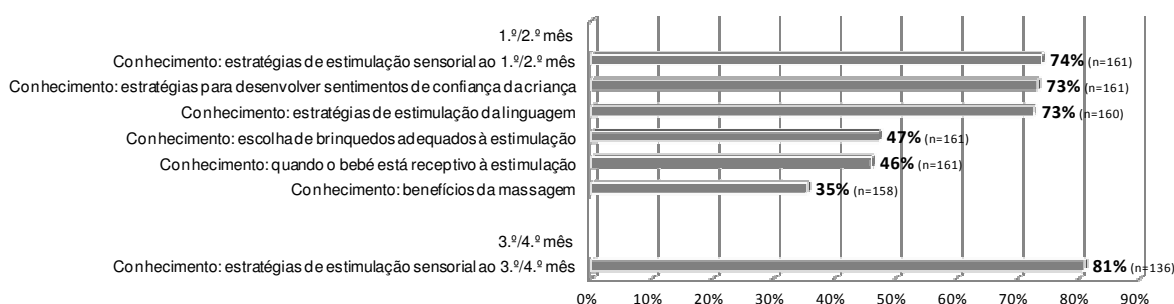


Gráfico 28. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, das mães, associados à competência: **estimular o desenvolvimento**

Na análise dos resultados referentes aos pais, observa-se que mais de 60% destes não demonstra conhecimentos nos indicadores associados à competência: estimular o desenvolvimento (Gráfico 29). No 1.º/2.º mês, observa-se que 85% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as estratégias para desenvolver os sentimentos de confiança da criança e 80% não demonstra conhecimentos sobre as estratégias de estimulação sensorial. Constata-se, ainda, que 3/4 dos pais não demonstra conhecimentos sobre as estratégias de estimulação da linguagem, nem sobre os benefícios da massagem. Na avaliação realizada no 3.º/4.º mês, 91% dos pais não demonstra conhecimentos sobre as estratégias de estimulação sensorial.

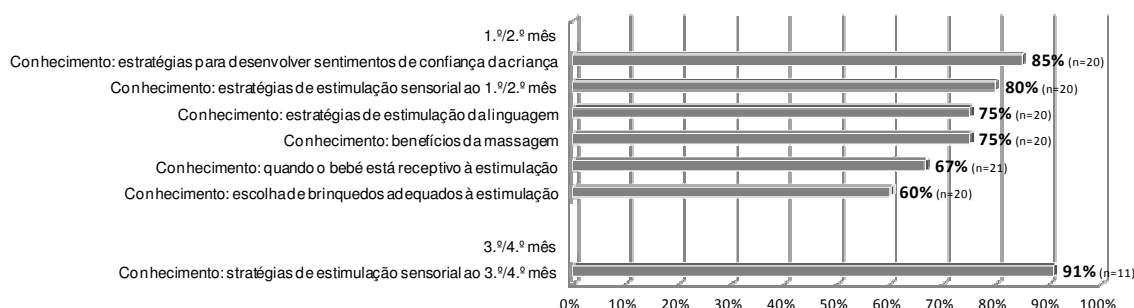


Gráfico 29. Frequência (%) relativa dos conhecimentos, dos pais, associados à competência: **estimular o desenvolvimento**

Não foi observada qualquer diferença significativa no nível de conhecimentos nem no desempenho das habilidades nesta competência parental em função das características das mães ou dos pais.

3.4.15 Criar hábitos para dormir

A competência parental: criar hábitos para dormir engloba dois indicadores do domínio do conhecimento, a avaliar na 1.º/2.º mês.

Da avaliação do conhecimento das mães, verifica-se que 69% destas não revela conhecimentos sobre as estratégias para criar hábitos para dormir e 48% não conhece as alterações ao padrão de sono e vigília que se registam ao longo do tempo.

As mães que mais sabem sobre estes conteúdos são as que já têm outros filhos ($Z=2,739$; $p=0,006$) e as que referem os enfermeiros como fonte de informação ($Z=-2,356$; $p=0,018$).

Já no que se refere aos pais, 90% revela falta de conhecimentos sobre as estratégias para criar hábitos para dormir e 80% não conhece as alterações no padrão de sono e vigília.

Diferentemente do observado nas mães, os pais que demonstram maior nível de conhecimentos na competência: criar hábitos para dormir são os que não referem o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento da criança ($Z=-2,676$; $p=0,007$).

3.5 *Nível de preparação para o exercício do papel parental*

Após analisar os conhecimentos e as habilidades em que as mães e os pais não demonstraram conhecimento, procurou-se conhecer o nível de preparação das mães e dos pais para o exercício do papel parental. Para esta análise, procedeu-se ao estudo das médias e dos desvios padrão nos conhecimentos e nas habilidades das mães e dos pais nas diversas competências parentais estudadas. Os resultados globais resultantes dos procedimentos de análise são apresentados no Anexo 18.

O nível de preparação nas competências parentais, enquanto produto dos conhecimentos e das habilidades, pode ser caracterizado a partir do nível dos conhecimentos e do nível no desempenho das habilidades evidenciados pelas mães e pelos pais. Recorde-se que o **conhecimento** das mães, numa determinada competência parental, foi calculado a partir das médias nos *scores* finais apresentados pela mãe nos indicadores do domínio do conhecimento, associados à competência parental específica; e, o nível de desempenho nas **habilidades**

foi calculado a partir das médias nos *scores* finais apresentados pela mãe nos indicadores do domínio da habilidade, associados à competência parental específica. Recorde-se ainda que os *scores* poderiam variar entre zero e um. Para efeitos de análise do nível de conhecimentos e do nível do desempenho das habilidades considerou-se a classificação:]0-0,20]: *muito fraco*;]0,20-0,40]: *fraco*;]0,40-0,60]: *razoável*;]0,60-0,80]: *bom*;]0,80-1]: *muito bom*.

Na Tabela 16, apresentam-se os resultados das médias ao nível dos conhecimentos e ao nível de desempenho nas habilidades nas diversas competências parentais, em função da classificação descrita anteriormente.

Tabela 16. Competências das mães e dos pais em função do nível das médias nos conhecimentos e no desempenho das habilidades

Nível	Competências parentais Mães				Competências parentais Pais			
	Conhecimentos	Média	Habilidades	Média	Conhecimentos	Média	Habilidades	Média
Muito fraco]0-0,20]					Amamentar	,11	Promoção e vigilância da saúde	,19
					Criar hábitos para dormir	,15		
					Lidar com o choro	,17		
					Tratar coto umbilical	,17		
					Reconhecer padrão de C&D normais	,18		
					Integrar novo elemento	,19		
Fraco]0,20-0,40]	Lidar com o choro	,32			Estimular o desenvolvimento	,23	Lidar com os problemas comuns na criança	,30
	Reconhecer padrão de C&D normais	,32			Assegurar higiene	,24	Lidar com o choro	,32
	Tratar coto umbilical	,35			Alimentar com biberão	,26		
	Amamentar	,35			Promoção e vigilância da saúde	,27		
	Estimular o desenvolvimento	,39			Lidar com problemas comuns na criança	,30		
					Alimentar a criança	,35		
Razoável]0,40-0,60]			Lidar com o choro	,45	Colocar a eructar	,56	Alimentar com biberão	,43
			Lidar com os problemas comuns na criança	,45			Alimentar a criança	,49
			Integrar novo elemento	,46			Assegurar higiene	,56
			Promoção e vigilância da saúde	,46				
			Alimentar a criança	,59				
			Assegurar higiene	,48				
			Garantir segurança e prevenção de acidentes	,51				
			Alimentar a criança	,53				
			Alimentar com biberão	,53				
Bom]0,60-0,80]			Preparar casa	,58			Tratar coto umbilical	,61
			Preparar exoval	,62			Garantir segurança e prevenção de acidentes	,63
							Vestir/despirm e vestuário	,73
Muito bom]0,80-1]			Vestir/despirm e vestuário	,88			Colocar a eructar	,89
			Colocar a eructar	,92				

Assim, em função dos resultados, em seguida, descreve-se o nível de preparação das mães e dos pais ao nível dos conhecimentos e das habilidades nas diversas competências parentais.

3.5.1 Preparação para o exercício do papel parental: nível dos conhecimentos

Em relação às mães, verifica-se que as médias ao nível dos conhecimentos distribuem-se, essencialmente, em dois níveis – o *fraco* e o *razoável*. Observa-se um nível de conhecimentos *fraco*, com médias variando entre 0,32 e 0,39, em cinco competências parentais: amamentar; tratar do coto umbilical; lidar com o choro; estimular o desenvolvimento; e, reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal. Constata-se, também, que apenas numa das competências – colocar a eructar – as mães revelam um nível de conhecimentos *bom*; nas restantes dez competências, observa-se um nível *razoável* de conhecimentos, verificando-se que em cinco competências o nível de conhecimentos foi marginalmente *razoável*, apresentando médias inferiores a 0,50. Estes achados são observados ao nível das competências: assegurar a higiene; criar hábitos para dormir; integrar o novo elemento na família; promoção e vigilância da saúde; e, lidar com os problemas comuns na criança. No nível dos conhecimentos associados às competências das mães, constata-se que nenhuma se situa nos extremos – *muito fraco* ou *muito bom*.

Em relação aos pais, observa-se que em quinze, das dezasseis competências parentais, o nível de conhecimentos é *muito fraco* e *fraco*, com médias que variam entre 0,11 e 0,40. Seis competências parentais são classificadas ao nível de *muito fraco*: amamentar; tratar do coto umbilical; lidar com o choro; criar hábitos para dormir; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; e, preparar a integração do novo elemento na família. Com nível *fraco*, identificam-se nove competências: alimentar a criança; alimentar com o biberão; assegurar a higiene; estimular o desenvolvimento; garantir a segurança e a prevenção de acidentes; preparar a casa; preparar o enxoval; lidar com os problemas comuns na criança; e, promoção e vigilância da saúde do filho. Apenas numa competência, os pais revelam nível *razoável* de conhecimentos – colocar a eructar. Ainda no que se refere aos pais, constata-se que em nenhuma competência parental, a média ao nível dos respetivos conhecimentos atingiu o nível de *bom* ou de *muito bom*.

3.5.2 Preparação para o exercício do papel parental: nível no desempenho das habilidades

No que concerne às habilidades associadas às competências das mães, observa-se que as médias ao nível de desempenho dessas habilidades distribuem-se em três níveis: *razoável*,

bom e *muito bom*, não se registando nenhum caso em que o desempenho se situe no nível *muito fraco* ou *fraco*. Das onze competências com habilidades associadas, as mães revelam nível *razoável* em quatro delas: lidar com o choro; lidar com os problemas comuns na criança; promoção e vigilância da saúde; e, alimentar a criança. Em cinco competências, o nível do desempenho nas habilidades classifica-se como *bom*. Esta situação verifica-se nas competências: amamentar; garantir a segurança e prevenção de acidentes; assegurar a higiene; tratar do coto umbilical; e, alimentar com biberão. O nível *muito bom* de desempenho nas habilidades é observado nas competências: vestir/despir e vestuário; e, colocar a eructar.

As médias das habilidades dos pais distribuem-se pelos diversos níveis considerados na classificação. Os pais evidenciam: nível *muito fraco* em uma competência; nível *fraco* em duas competências, nível *razoável* em três competências; nível *bom*, também, em três competências; e, nível *muito bom* em uma competência.

Observa-se que na competência: promoção e vigilância da saúde o nível no desempenho das habilidades foi *muito fraco*. Nas competências: lidar com os problemas comuns na criança e lidar com o choro, o nível é ligeiramente superior às médias das competências enunciadas acima, mas, ainda assim, apenas atinge o nível *fraco*. O nível de desempenho nas habilidades que se situa num nível *razoável* é observado em três competências, duas relacionadas com a alimentação da criança – alimentar com biberão e alimentar a criança – e uma relacionada com os cuidados de higiene – assegurar a higiene da criança. No nível *bom* situam-se as habilidades relacionadas com as competências: tratar do coto umbilical; garantir a segurança e prevenção de acidentes; e, vestir/despir e vestuário. Apenas numa competência – colocar a eructar – os pais atingem o nível de *muito bom*.

Apesar de o valor das médias ser desigual nas mães e nos pais, os resultados apontam para o facto de ambos revelarem menor média nas habilidades relativas às mesmas competências: lidar com o choro; lidar com os problemas comuns; e, promoção e vigilância da saúde da criança. Situação análoga foi observada nas habilidades em que as mães e os pais revelaram maior nível no desempenho das habilidades. De facto, apesar de apresentarem valores distintos nas respetivas médias, tanto as mães como os pais revelam maior nível nas habilidades relacionadas com as competências: colocar a eructar; e, vestir/despir e vestuário.

3.6 Perfil das mães e dos pais em função do nível de preparação para o exercício do papel parental

Na análise dos dados, procurou-se, ainda, conhecer o efeito das variáveis atributo ao nível dos conhecimentos, das habilidades e da percepção na autoeficácia, de modo a caracterizar o perfil das mães e dos pais mais bem preparados.

Assim, para efeitos desta análise, consideraram-se os conhecimentos e as habilidades das mães e dos pais enquanto subescalas do I_ACP. A análise das diferenças ao nível dos conhecimentos das mães e dos pais em função das variáveis atributo, foi realizada assumindo como variáveis dependentes os *conhecimentos das mães* e os *conhecimentos dos pais* e tendo presente os valores de consistência interna: $\alpha=0,857$ e $\alpha=0,890$, respetivamente.

A análise das diferenças ao nível das habilidades divergiu consoante se reportava às mães ou aos pais. Nos pais, procedeu-se à análise das habilidades tratando-as como uma variável única – habilidades dos pais, já que o valor de α era de 0,761. Já nas mães, devido ao valor baixo de consistência interna ($\alpha=0,663$), a análise nas habilidades foi realizada assumindo como variáveis dependentes o conjunto das habilidades nas competências parentais agregadas (CP2). Recorde-se que as competências agregadas são: alimentar; higiene & coto umbilical; lidar com o choro; crescimento & desenvolvimento; segurança; preparar a integração do novo elemento; e, preparar a casa & enxoval (Anexo 13).

Recorde-se que o cálculo das habilidades da mãe, em cada uma das competências parentais (CP2), resulta da média dos *scores* finais nas habilidades associadas a determinada competência, conforme foi descrito no Capítulo II (Material e métodos).

Para a análise das diferenças ao nível dos conhecimentos e das habilidades e ao nível da PAE_CF em função das variáveis atributo, foram realizados testes estatísticos de diferenças, designadamente o teste de *U de Mann-Whitney*, quando se tratava de dois grupos, e de *Kruskall Wallis*, quando se tratava de três ou mais grupos.

Na Tabela 17, são apresentados os resultados dos testes de *U de Mann-Whitney* resultantes do estudo das diferenças ao nível dos conhecimentos, PAE_CF e das habilidades (alimentar; lidar com o choro; higiene & coto umbilical; saúde e segurança) das mães e ao nível dos conhecimentos e das habilidades dos pais, em função das variáveis atributo, que dividem o grupo em dois subgrupos. Os resultados globais são apresentados no Anexo 19.

Tabela 17. Diferenças ao nível dos conhecimentos das mães e dos pais, habilidades dos pais, da PAE_CF das mães e as habilidades – alimentar, lidar com o choro, higiene e coto, saúde e segurança das mães em função das variáveis atributo

		Conhecimentos das mães		PAE_CF		Habilidade: Alimentar		Habilidade: Lidar choro		Habilidade: Higiene & Coto		Habilidade: Saúde		Habilidade: Segurança		Conhecimentos dos pais		Habilidades dos pais	
		Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z	Média	Z
Idade	≤ 29	291,7	-3,22**	56,9	-2,42*							96,8							
	> 29	338,3		72,9								114,4	-2,11*						
Viver junto	Não	207,8								63,6	-2,15*						97,6	-2,06*	
	Sim	335,0	-6,40***							87,1							76,4		
Paridade	Primípara	273,3		60,4	-2,33*							100,7					88,6	-2,90**	
	Multipara	421,6	-9,20***	77,8								120,5	-2,09*				117,5		
Gravidez planeada	Não	285,1																	
	Sim	332,6	-3,16**																
Tipo assistência	Público	296,9				93,23							102,7				88,6	-2,06*	
	Privado	354,1	-3,67***			111,5	-2,14*						119,7	-1,98*			105,8		
Quem cuida de pai	Não																83,3	-2,04*	
	Sim																99,9	49,2	
Tipo ajuda tomar conta	Não	330,4																	
	Sim	301,2	-2,06*																
Tipo ajuda cuidados...	Não	336,0																	
	Sim	286,8	-3,36**																
MFI_Enfermeiro	Não	294,6																	
	Sim	334,4	-2,75*																
MFI_Internet	Não	332,1																	
	Sim	298,7	-2,30*																
PFI_Livros	Não																87,5	-2,41*	
	Sim																107,5		
Preparação parto	Não	291,3																	
	Sim	331,8	-2,75*																
Acompanhamento enfermeiro	Não	338,2																	
	Sim	301,1	-2,48*																
Exp. Anterior_Amamentar	Não	277,1						81,0				101,5							
	Sim	429,1	-9,08***					97,4	-1,96*			122,2	-2,05*						
Exp. Anterior_Colocar eructar	Não	274,9		60,1	-2,15*												86,8	-4,15***	
	Sim	407,1	-8,39***	107,1													130,2		
Exp. Anterior_Alimentar biberão	Não	268,1		60,4	-2,18*							100,4					88,6	-3,30**	
	Sim	402,8	-8,86***	76,1								119,9	-2,12*				124,6		
Exp. Anterior_Dar banho	Não	268,8															90,7	-2,46*	
	Sim	403,9	-8,85***														121,6		
Exp. Anterior_Trocar fralda	Não	266,9															91,1	-2,12*	
	Sim	399,1	-8,78***														117,1		
Exp. Anterior_MTratar coto	Não	291,4																	
	Sim	409,1	-6,50***																
Exp. Anterior_Lidar choro	Não	275,3															89,8	-2,89**	
	Sim	411,1	-8,53***														124,0		
Pai assistiu ao parto	Não							71,3		73,4									
	Sim							92,8	-3,13**	90,2	-2,28*								
Quem cuida de bepp pai	Não																		
	Sim																	30,8	
Tipo ajuda cuidados...	Não	158,8																	
	Sim	107,3	-2,07*															44,5	
Tipo ajuda tarefas...	Não							76,1											
	Sim							90,9	-2,15*										
Flipp _Enfermeiro	Não							56,7				84,3					44,1	-3,78***	
	Sim							88,6	3,54***			109,9	-2,61*				66,9	49,8	
PFipp _Livros	Não																		
	Sim																	49,7	
PFipp _Médico	Não																47,4	-2,54*	
	Sim																62,9	49,6	
MFipp _Familiares	Não											97,1							
	Sim											126,3	-3,00**						

* p<0,05; ** p<0,005; *** p<0,001

Assim, nos subcapítulos seguintes, descrevem-se os principais resultados relativos às diferenças ao nível de conhecimentos das mães e dos pais, ao nível das habilidades das mães e dos pais e ao nível da perceção da autoeficácia das mães em função das variáveis atributo.

Identificam-se, ainda, as características das mães e dos pais que maior, ou menor, nível de conhecimentos e de habilidades revelaram.

3.6.1 O nível de conhecimentos e as características das mães e dos pais

Na análise dos *conhecimentos das mães*, observa-se uma diferença significativa em função da idade ($Z=-3,22$; $p<0,001$), sendo que as mães mais velhas (>29 anos) revelam maior nível de conhecimentos. Verifica-se, também, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-6,40$; $p<0,001$) em função destas coabitarem, ou não, com o pai da criança, sendo que as mães que coabitam com o pai da criança revelam maior nível de conhecimentos. No que concerne a ser, ou não, o primeiro filho, observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-9,20$; $p<0,001$), sendo que as múltiplas – as que já têm outros filhos – revelam maior nível de conhecimentos. Ao nível dos conhecimentos das mães, verifica-se uma diferença significativa ($Z=-3,16$; $p=0,002$) em função de a gravidez ter sido, ou não, planeada, sendo que as mães cuja gravidez foi planeada revelam maior nível de conhecimentos. Observa-se, também, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-3,67$; $p<0,001$) em função da opção pelo tipo de serviço de saúde – público ou privado – sendo que as mães que optaram pelo serviço de saúde privado (médico privado) revelam maior nível de conhecimentos.

No que se refere ao suporte previsto e recebido, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães em função da previsão de ajuda para tomar conta da criança ($Z=-2,06$; $p=0,044$) e em função da previsão de ajuda nos cuidados à criança ($Z=-3,36$; $p<0,001$), sendo que as mães que não preveem ter ajuda naquelas tarefas revelam maior nível de conhecimentos. Já após o nascimento da criança, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães em função de ter tido ajuda nos cuidados à criança ($Z=-2,07$; $p=0,039$), sendo que as mães que referiram não ter tido ajuda nos cuidados ao filho após o nascimento revelam maior nível de conhecimentos.

Em relação às fontes de informação, constata-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-2,75$; $p=0,006$) em função destas referirem o enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez, sendo que as mães que recorreram ao enfermeiro revelam maior nível de conhecimentos. Achado diverso é observado em relação ao recurso à internet enquanto fonte de informação durante a gravidez, verificando-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-2,30$; $p=0,022$) em função recorrerem,

ou não, à internet, sendo que as mães que não recorrem revelam maior nível de conhecimentos.

No que concerne o acompanhamento por enfermagem, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-2,75$; $p=0,006$) em função destas terem, ou não, frequentado as sessões de preparação para o parto e parentalidade, sendo que as mães que as frequentam revelam maior nível de conhecimentos. Observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-2,48$; $p=0,013$) em função do acompanhamento, ou não, por um enfermeiro na consulta de vigilância de gravidez, sendo que as mães que referem não terem tido acompanhamento por parte de enfermeiro revelam maior nível de conhecimentos.

No que se refere às experiências anteriores, também se observam algumas diferenças significativas. Verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-9,08$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, experiência anterior de amamentação, sendo que as mães que já tiveram esta experiência revelam maior nível de conhecimentos. Em relação à experiência anterior em colocar a eructar, observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-8,39$; $p<0,001$) em função destas terem, ou não, experiência anterior desta tarefa, sendo que as mães com experiência anterior revelam maior nível de conhecimentos. É também verificada uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-8,86$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, experiência anterior em alimentar com biberão, sendo que as mães com experiência anterior revelam maior nível de conhecimentos. Já em relação à experiência anterior em dar banho, observa-se diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-8,85$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, experiência anterior nesta atividade, sendo que as mães com experiência anterior revelam maior nível de conhecimentos. Na análise do efeito da experiência anterior em trocar a fralda, observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-8,78$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, essa experiência anterior, sendo que, mais uma vez, as mães com experiência anterior revelam maior nível de conhecimentos. Verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-6,50$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, experiência anterior em tratar do coto umbilical, sendo que as mães que têm experiência anterior nesta atividade revelam maior nível de conhecimentos. No que se refere à experiência anterior em lidar com o choro é observada uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos das mães ($Z=-8,53$; $p<0,001$) em função destas terem, ou não, experiência anterior nesta realidade, sendo que as mães com experiência anterior revelam maior nível de conhecimentos.

No que se refere ao efeito da escolaridade, observam-se diferenças significativas ao nível de conhecimentos das mães ($\chi^2_{(2)}=11,05$; $p=0,004$). Foram realizados testes de *U de Mann-Whitney* para averiguar entre que grupos se regista a diferença, aplicando a correção de *Bonferroni* para a análise da significância (neste caso o valor de p usado para interpretar os resultados é $p<0,017^{10}$). Observa-se uma diferença significativa entre as mães com formação de nível básico e as mães com formação de nível superior ($Z=-3,11$; $p=0,002$), sendo que as mães com formação de nível superior revelam maior nível de conhecimentos; já entre os restantes grupos não se observa diferenças significativas.

Na figura 16 apresentam-se as características das mães associadas a maiores níveis dos respetivos conhecimentos.

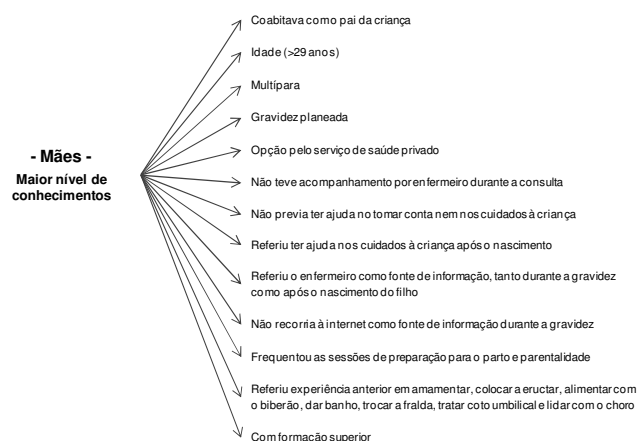


Figura 16. Características das mães que demonstram maior nível nos conhecimentos

Da análise das diferenças ao nível de **conhecimentos dos pais**, em função das variáveis de atributo, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,06$; $p=0,040$) em função destes coabitarem, ou não, com a mãe da criança, sendo que os pais que coabitam com a mãe da criança revelam maior nível de conhecimentos. Observa-se, também, uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,90$; $p=0,004$) em função de ser, ou não, o primeiro filho, sendo que os pais que já têm filhos revelam maior nível de conhecimentos. Verifica-se diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,06$; $p=0,040$) em função da opção pelo serviço de saúde (público ou privado), sendo que os pais que optaram pelo serviço privado (médico privado) revelam maior nível de conhecimentos.

No que concerne o envolvimento nos cuidados ao filho, constata-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,04$; $p=0,042$) em função da previsão, ou não,

¹⁰ Resultado da equação: $p=0,05/n$.º de testes *U de Mann-Whitney* realizados.

da respetiva colaboração nos cuidados à criança, sendo que os pais que admitem colaborar ativamente nos cuidados ao filho revelam maior nível de conhecimentos.

No que se refere à experiência anterior, observa-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-4,15$; $p<0,001$) em função destes terem, ou não, experiência anterior em colocar a criança a eructar, sendo que os pais que relataram terem tido esta experiência anterior evidenciam maior nível de conhecimentos. Achado sobreponível é verificado ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-3,30$; $p<0,001$) em função de terem, ou não, experiência anterior em alimentar com biberão, sendo que os pais que têm essa experiência anterior evidenciam maior nível de conhecimentos. Já em relação à experiência anterior em dar banho, trocar a fralda e lidar com choro são verificadas diferenças significativas ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,46$; $p=0,014$; $Z=-2,12$; $p=0,035$; e, $Z=-2,89$; $p=0,004$, respetivamente), sendo que os pais que referem ter experiência anterior nessas tarefas evidenciam maior nível de conhecimentos.

No que se refere às fontes de informação, verifica-se uma diferença significativa apenas numa das fontes de informação usada durante a gravidez (os livros) e em três das fontes referidas após o nascimento da criança (enfermeiro, médico e livros). Assim, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos dos pais ($Z=-2,41$; $p=0,016$) em função de utilizarem, ou não, os livros como fonte de informação durante a gravidez, sendo que os pais que recorrem aos livros revelam maior nível de conhecimento. Nas fontes de informação a que, após o nascimento da criança, recorrem, ou não, verifica-se uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos, sendo que os pais que referem o enfermeiro e o médico como fontes de informação revelam maior nível de conhecimentos ($Z=-3,78$; $p<0,001$; $Z=-2,54$; $p=0,011$; e, $Z=-3,78$; $p<0,001$, respetivamente).

No que se refere à escolaridade, não foi verificada qualquer diferença significativa ao nível dos conhecimentos do pai ($\chi^2_{(2)}=0,28$, n.s.).

Na figura 17 apresentam-se as características dos pais associadas a maiores níveis dos respetivos conhecimentos.

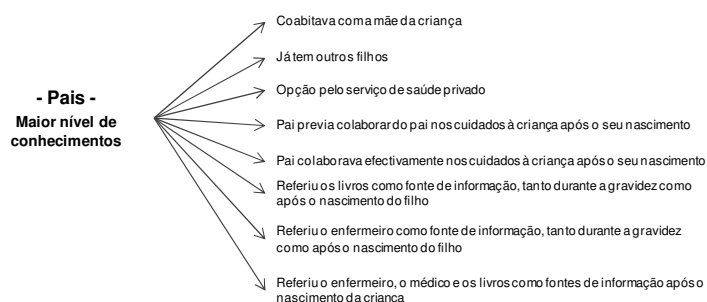


Figura 17. Características dos pais que demonstram maior nível nos conhecimentos

3.6.2 O nível de habilidades e as características das mães e dos pais

Procurou-se analisar a diferença ao nível das *habilidades das mães*, nomeadamente nas habilidades da mãe nas competências (CP2): alimentar; lidar com o choro; higiene & coto umbilical; saúde; e, segurança, em função das variáveis atributo, pois, como foi referido anteriormente, a subescala das habilidades das mães não obteve um valor de consistência interna suficientemente robusto para sustentar a análise estatística ($\alpha=0,663$).

Observa-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: saúde ($Z=-2,11$; $p=0,035$) em função da idade, sendo que as mães mais velhas (> 29 anos) revelam maior nível no desempenho das habilidades. Também é observada uma diferença significativa ao nível das habilidades da mãe na competência: saúde ($Z=-2,90$; $p=0,036$) em função da mãe ser primípara ou múltipara, sendo que as múltiparas revelam maior nível no desempenho das habilidades. Do mesmo modo, constata-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: saúde, em função de ter, ou não, experiência anterior em alimentar com biberão ($Z=-2,12$; $p=0,034$) e em amamentar ($Z=-2,05$; $p=0,041$), sendo que as mães com experiência anterior revelam maior nível no desempenho das habilidades.

No que se refere às fontes de informação a que as mães recorrem após o nascimento do filho, verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: saúde ($Z=-2,61$; $p=0,009$), em função de a mãe referir, ou não, o enfermeiro como fonte de informação, sendo que as mães que recorrem ao enfermeiro com esta finalidade revelam maior nível no desempenho daquelas habilidades. Observa-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: saúde ($Z=-3,00$; $p=0,003$), em função de as mães referirem, ou não, os familiares como fonte de informação após o nascimento da criança, sendo que as mães que referem os familiares como fonte de informação, evidenciam maior nível no desempenho das habilidades relacionadas com esta competência.

Verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: higiene & coto umbilical ($Z=-2,15$; $p=0,031$) em função destas coabitarem, ou não, com o pai da criança, sendo que as mães que coabitavam com o pai da criança revelam maior nível no desempenho das habilidades. Também se verifica uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: higiene & coto umbilical ($Z=-2,28$; $p=0,023$), em função de o pai ter assistido ao parto, ou não, sendo que nos casos em que o pai assistiu ao parto, as mães evidenciam maior nível no desempenho das habilidades.

Observa-se uma diferença significativa ao nível das habilidades da mãe na competência: alimentar ($Z=-2,14$; $p=0,033$) e das habilidades das mesmas na competência: segurança ($Z=-1,98$; $p=0,048$), em função de o serviço de assistência de saúde a que recorrem ser público ou privado, sendo que as mães que optam pelo serviço privado revelam maior nível no desempenho das habilidades.

Na análise do efeito das experiências anteriores da mãe nas competências parentais, verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: lidar com choro ($Z=-1,96$; $p=0,050$), em função destas terem, ou não, experiência anterior de amamentar, sendo que as mães que já têm essa experiência revelam maior nível no desempenho das habilidades. Verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: lidar com o choro ($Z=-3,13$; $p=0,002$), em função de o pai ter, ou não, assistido ao parto, sendo que nos casos em que o pai assistiu ao parto, as mães evidenciam maior nível no desempenho das habilidades.

Em relação ao apoio recebido após o nascimento da criança, observa-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: lidar com o choro ($Z=-2,15$; $p=0,031$), em função de terem, ou não, ajuda nas tarefas domésticas, sendo que as mães que referem ter tido aquele tipo de ajuda revelam maior nível no desempenho das habilidades.

No que se refere às fontes de informação a que as mães recorrem após o nascimento do filho, verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades das mães na competência: lidar com o choro ($Z=-3,54$; $p<0,001$), em função de a mãe referir, ou não, o enfermeiro como fonte de informação, sendo que as mães que recorrem ao enfermeiro como fonte de informação revelam maior nível no desempenho daquelas habilidades.

Na figura 18 apresentam-se as características das mães associadas a maiores níveis no desempenho das respetivas habilidades.

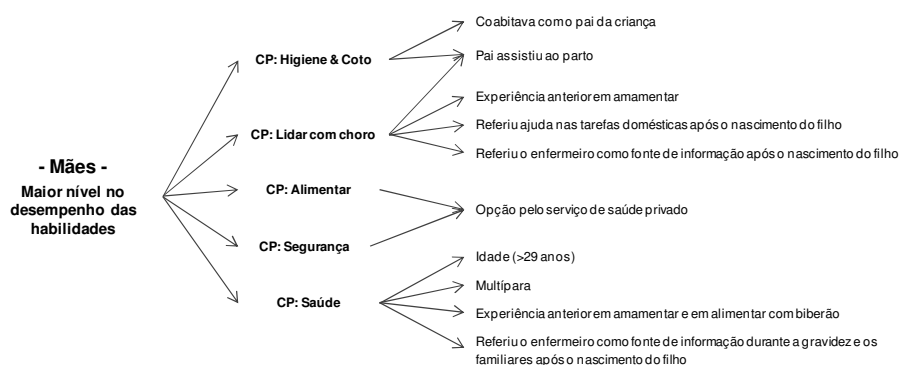


Figura 18. Características das mães que demonstram maior nível no desempenho das habilidades

Procurou-se também analisar a diferença no nível de *habilidades dos pais* em função das variáveis atributo. Observa-se uma diferença significativa ao nível das habilidades dos pais ($Z=-2,72$; $p=0,006$) em função da previsão de colaboração, ou não, do pai nos cuidados à criança após o seu nascimento, sendo que os pais que preveem colaborar ativamente nos cuidados ao filho revelam maior nível no desempenho das habilidades. É ainda observada uma diferença significativa ao nível das habilidades dos pais ($Z=-2,00$; $p=0,045$) em função da participação efetiva, ou não, do pai nos cuidados à criança após o seu nascimento, sendo que os pais que colaboram ativamente nos cuidados ao filho evidenciam maior nível no desempenho das habilidades.

Em relação às fontes de informação utilizadas pelos pais após o nascimento da criança, verifica-se uma diferença significativa ao nível das habilidades dos pais em função destes recorrerem ao enfermeiro e ao médico como fonte de informação ($Z=-2,78$; $p=0,005$ e $Z=-2,22$; $p=0,026$, respetivamente), sendo que os pais que referem o enfermeiro e o médico como fontes de informação revelam maior nível no desempenho das habilidades.

Verifica-se uma diferença significativa no nível das habilidades dos pais em função da respetiva escolaridade ($\chi^2_{(2)}=6,26$; $p=0,044$). Foram realizados testes de *U de Mann-Whitney* para averiguar entre que grupos se regista a diferença, aplicando a correção de *Bonferroni* para a análise de significância (neste caso o valor de p usado para interpretar os resultados é $p<0.017$). Verifica-se uma diferença significativa entre os pais com ensino básico e os pais com ensino superior ($Z=-2,48$; $p=0,013$), sendo que os pais com ensino superior revelam maior nível no desempenho das habilidades.

Na figura 19 apresentam-se as características dos pais associadas a maiores níveis no desempenho das respetivas habilidades.

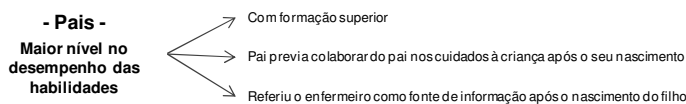


Figura 19. Características dos pais que demonstram maior nível no desempenho das habilidades

3.6.3 A perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho e as características das mães

Da análise das diferenças ao nível da *perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho* (PAE_CF), em função das variáveis atributo, observa-se uma diferença significativa ao nível da perceção da autoeficácia das mães ($Z=-2,42$; $p=0,015$) em função da idade, sendo que as mães com idade superior a 29 anos revelam um nível de perceção de autoeficácia mais ele-

vado. Do mesmo modo, é observada uma diferença significativa ao nível da percepção da autoeficácia ($Z=-2,33$; $p=0,020$) em função de mãe ser primípara ou múltipara, sendo que as múltiparas revelam nível de autoeficácia percebida mais elevado.

Na análise do efeito das experiências anteriores das mães nas competências parentais, verifica-se uma diferença significativa ao nível da percepção da autoeficácia ($Z=-2,15$; $p=0,031$) em função das mães terem, ou não, experiência anterior em colocar a eructar, sendo que as mães que referem experiência anterior revelam níveis de autoeficácia percebida mais elevados.

Também se verifica uma diferença significativa ao nível da percepção da autoeficácia ($Z=-2,18$; $p=0,029$) em função da mãe ter, ou não, experiência anterior em alimentar a criança com biberão, sendo que as mães com experiência anterior em alimentar com biberão revelam níveis de autoeficácia percebida mais elevados.

Já em função da escolaridade, não é observada qualquer diferença ao nível da percepção da autoeficácia ($\chi^2_{(1)}=1,21$; n.s.).

Na figura 20 apresentam-se as características das mães associadas a maiores níveis na percepção da autoeficácia nos cuidados que prestam ao filho.

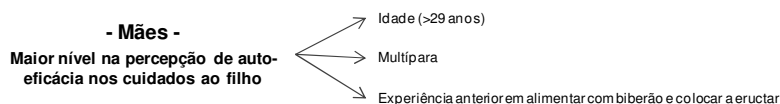


Figura 20. Características das mães com maior nível na percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho

3.7 Correlação entre a PAE_CF e os conhecimentos e as habilidades das mães

Na análise das correlações entre o nível de percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho e o nível de conhecimentos e de habilidades das mães, observam-se correlações significativas (Tabela 18).

Tabela 18. Matriz de correlações entre a PAE_CF e os conhecimentos, as habilidades e as competências das mães

	Mães	
	N	PAE_CF
Conhecimentos da mãe	129	,343**
Habilidades da mãe na competência (CP2): Alimentar	103	,447**
Habilidades da mãe na competência (CP2): Lidar com o choro	88	,222*
Habilidades da mãe na competência (CP2): Higiene & coto umbilical	88	,142 (n.s.)
Habilidades da mãe na competência (CP2): Saúde	107	,198*
Habilidades da mãe na competência (CP2): Segurança	108	,312**

* correlação significativa ao nível de 0,005; ** correlação significativa ao nível de 0,001

No teste de correlação de *Spearman* observa-se uma correlação positiva e fraca entre a PAE_CF e os conhecimentos da mãe ($r_{sp}=0,343$, $p<0,001$). Em relação às habilidades da mãe, verifica-se uma correlação positiva e moderada entre a PAE_CF e as habilidades associadas à competência: alimentar a criança ($r_{sp}=0,447$, $p<0,001$) e uma correlação positiva e fraca entre a PAE_CF e as habilidades associadas à competência: para lidar com choro ($r_{sp}=0,222$, $p<0,005$). Nas habilidades associadas à competência: saúde ($r_{sp}=0,198$, $p<0,005$) e nas habilidades associadas à competência: segurança ($r_{sp}=0,312$, $p<0,001$) não foi verificada correlação entre a PAE_CF e as habilidades associadas à competência: higiene & coto umbilical ($r_{sp}=0,142$, n.s.).

3.8 Síntese dos principais resultados

A partir dos dados provenientes dos procedimentos de análise, procura-se, neste capítulo, sistematizá-los e organizá-los de modo a poder apresentar-se um quadro mais claro do conjunto dos resultados obtidos.

Assim, caracteriza-se o perfil das mães e dos pais que revelam maiores níveis nos conhecimentos e nas habilidades, em função das características sociodemográficas e das fontes de informação utilizadas durante a gravidez e após o nascimento do filho.

A partir da análise da figura 21, verifica-se que as mães que coabitam com o pai da criança, as mais velhas e as que já tinham outros filhos são aquelas que apresentam maior nível de conhecimentos em mais competências parentais. Pela análise do padrão dos fluxos existentes na mesma figura, constata-se que as características acima descritas parecem estar associadas aos conhecimentos nas competências, em que as mães revelam maiores médias. Destaca-se, ainda, o facto de as mães com formação de nível básico apenas demonstrarem maior nível de conhecimentos na competência: alimentar com biberão.

No que se refere ao desempenho das habilidades, verifica-se que as características sociodemográficas apresentam um padrão de fluxos menos intenso do que o observado nos conhecimentos. De facto, constata-se que as mães que optam pelo serviço de saúde privado são as que revelam maior nível no desempenho das habilidades nas competências: amamentar; e, garantir a segurança e prevenção de acidentes. Por seu turno, as mães mais velhas e com outros filhos evidenciam maior nível no desempenho das competências relativas à saúde do filho. De notar, ainda, o facto de nos casos em que o pai assiste ao parto, as mães revelarem maior nível no desempenho das competências: lidar com o choro e assegurar a higiene.

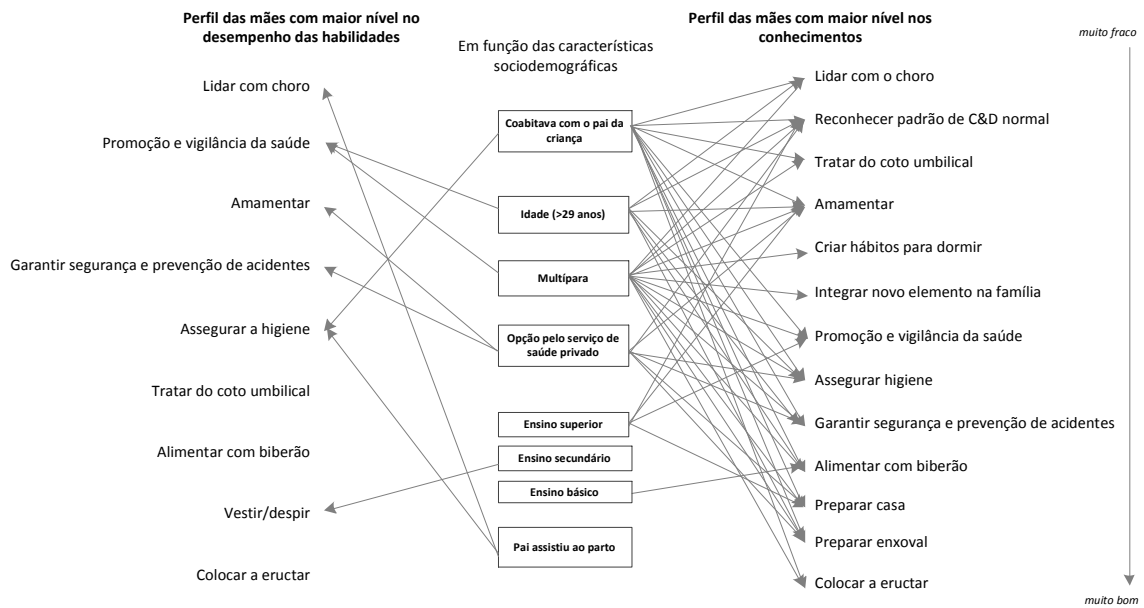


Figura 21. Perfil das mães com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das características sociodemográficas

No caso dos pais, é possível observar-se, na figura 22, ao nível dos conhecimentos, um padrão distinto do das mães. A característica sociodemográfica que se evidencia nos pais que revelaram maior nível de conhecimento é o já ter outro(s) filho(s).

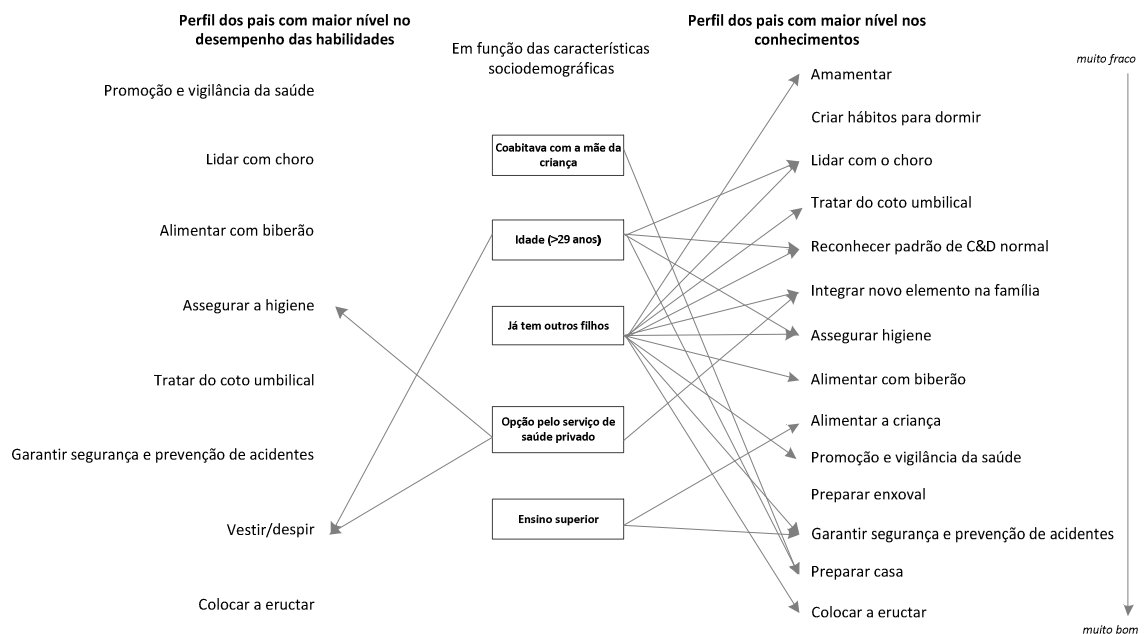


Figura 22. Perfil dos pais com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das características sociodemográficas

De facto, à semelhança do observado nas mães, a experiência parental anterior parece ser um fator determinante no nível de conhecimentos dos pais em várias competências parentais, abrangendo tanto nas competências em que os pais revelam um nível de conhecimentos *mui-*

to fraco – amamentar –, como na competência em que os pais atingem o nível mais elevado – colocar a eructar –, mas que, ainda assim, apenas se situa no nível *razoável*.

Ao nível do desempenho das habilidades dos pais, constata-se que a característica sociodemográfica associada a maior nível no desempenho das habilidades é a opção pelo serviço de saúde privado, especificamente nas habilidades relacionadas com as competências: assegurar a higiene; e, vestir e despir a criança.

Na caracterização do perfil das mães que revelam maior nível nas competências parentais, em função do recurso a fontes de informação, observa-se que a ação dos enfermeiros assume particular relevo (Figura 23). De facto, as mães que referem os enfermeiros como fonte de informação (em particular durante a gravidez) e as que frequentam a preparação para o parto e parentalidade são as que evidenciam maior nível nos conhecimentos em diversas competências parentais.

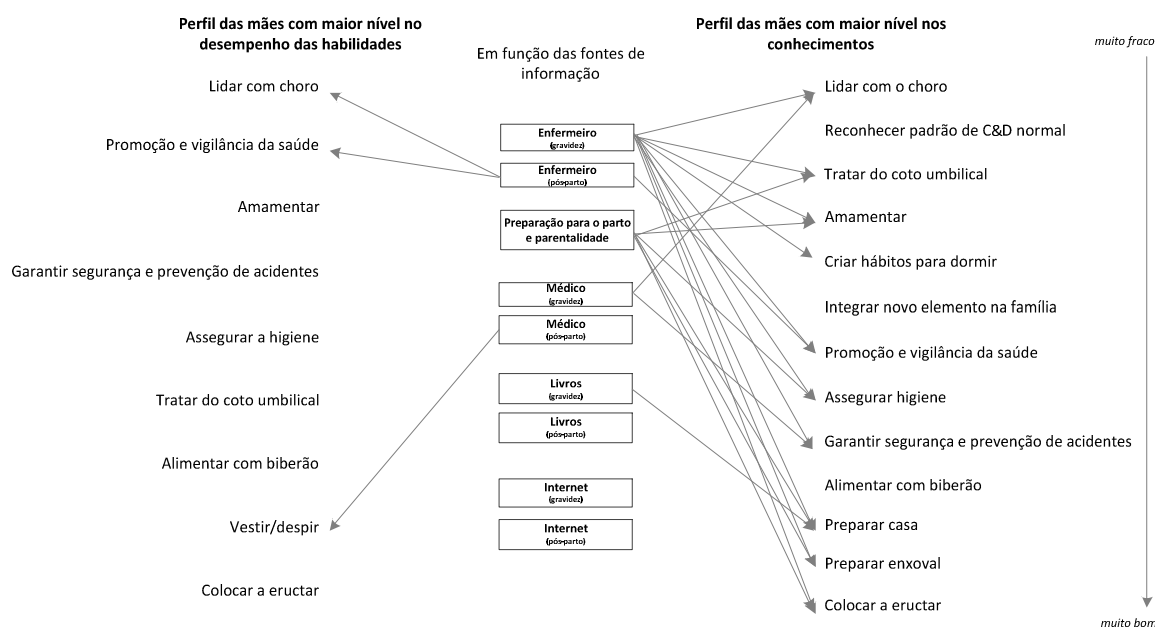


Figura 23. Perfil das mães com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das fontes de informação usadas

Após o nascimento da criança, os enfermeiros mantêm um lugar de destaque, já que, as mães que revelam maior nível nas habilidades associadas às competências: lidar com o choro; e, promoção e vigilância da saúde da criança, são aquelas que referem os enfermeiros como fonte de informação pós-parto. Verifica-se, ainda, com alguma surpresa, que as mães que referem o médico como fonte de informação pós-parto são as que revelam maior nível no desempenho das habilidades relacionadas com o vestir e despir a criança.

Em relação ao perfil dos pais que revelam maior nível nas competências parentais em função do uso de fontes de informação disponíveis, verifica-se que os livros (utilizados durante

a gravidez) constituem fontes de informação que influenciam o nível de conhecimentos dos pais em algumas competências parentais (Figura 24).

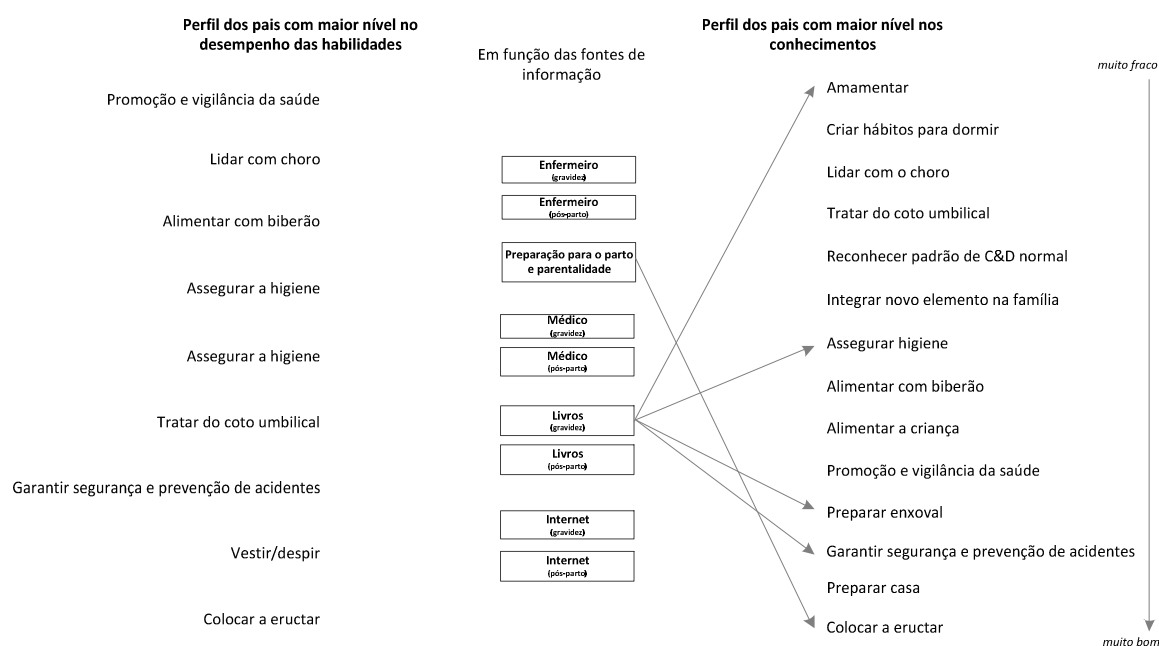


Figura 24. Perfil dos pais com maior nível no desempenho das habilidades e nos conhecimentos nas competências parentais em função das fontes de informação usadas

Os pais que frequentam os programas de preparação para a parentalidade são os que revelam maior nível de conhecimentos na competência: colocar a eructar. De notar que é nesta competência que os pais evidenciam maior nível de conhecimentos. No que se refere às habilidades, constata-se que nenhuma das fontes de informação referidas pelos pais produziu efeito significativo sobre o nível de desempenho das habilidades.

Salienta-se, ainda, o facto de, a partir da análise, não ter emergido qualquer resultado significativo relacionado com as características sociodemográficas e as fontes de informação e as competências: lidar com os problemas comuns na criança; e, estimular o desenvolvimento. Nestas competências, tanto as mães como os pais revelam níveis de conhecimentos baixos: as mães revelam nível *razoável* e os pais revelam nível *fraco* nos conhecimentos relacionados com a competência: lidar com os problemas comuns na criança; já nos conhecimentos relacionados com a competência: estimular o desenvolvimento, tanto as mães como os pais revelam nível *fraco*.

A goal for nursing is that the client emerges from any nursing encounter not only more comfortable and better able to deal with the present health problem, but also better equipped to protect and promote health for the future.

Chick & Meleis (1986)

CAPÍTULO IV	193
4. Discussão dos resultados	195
4.1 Do perfil das mães e dos pais	195
4.1.1 <i>As mães mais bem preparadas para o exercício do papel maternal</i>	195
4.1.2 <i>Os pais mais bem preparados para o exercício do papel paternal</i>	202
4.2 As competências parentais em que as mães e os pais estão mais bem preparados	205
4.3 Informoterapia: das necessidades de aprendizagem às estratégias para ensinar	226
<i>Das características individuais</i>	230
<i>Da avaliação das competências parentais</i>	231

4. Discussão dos resultados

O objetivo deste capítulo é discutir os resultados obtidos, enfatizando os aspetos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros estudos já publicados.

Numa primeira parte, procura descortinar-se o perfil das mães e dos pais em função do grau de preparação para o exercício do papel, em termos do nível de conhecimentos e de habilidades que evidenciam, ou não, e em que competências parentais estão mais, ou menos, bem preparados. Numa segunda parte, reflete-se sobre os resultados à luz da teoria da Enfermagem, isto é, procura organizar-se os resultados de modo a construir conhecimento útil para os cuidados de enfermagem, isto é, qual a relevância dos resultados para definir estratégias de informoterapia a partir das características individuais das mães e dos pais e do nível de preparação nas competências parentais.

4.1 Do perfil das mães e dos pais

A identificação célere das características do cliente é um aspeto relevante para o exercício profissional dos enfermeiros. De facto, ampliar o conhecimento sobre os critérios de agregação em função das características individuais tem o potencial de facilitar a recolha, a organização, a interpretação e a valoração dos dados recolhidos, isto é, do processo diagnóstico. Assim, procurou-se identificar as características das mães e dos pais que revelaram estar mais bem preparados no âmbito das competências parentais, isto é, que demonstraram maior nível de conhecimentos e de habilidades.

4.1.1 As mães mais bem preparadas para o exercício do papel maternal

As mães que participam no estudo apresentam uma média de idade de 29 anos e para a maioria constituía o primeiro filho (71,8%). Estes achados confirmam a tendência que tem vindo a ser na literatura e nos relatórios estatísticos dos diversos países, de que as mães revelam tendência para terem os filhos cada vez mais tarde. Esta tendência já havia sido conjeturada, nos anos 80, por Mercer, uma autora de referência em estudos sobre o papel parental. Mercer

(1981) referiu que apesar de os ‘*vintes*’ (*twenties*) serem considerados a altura biológica ideal para ser mãe, um número crescente de mulheres decidem ter o primeiro filho nos ‘*trintas*’ (*thirties*), após sentirem-se realizadas profissionalmente e terem adquirido alguma estabilidade profissional.

Neste estudo, as mães com formação de nível superior são as que revelam maior nível de conhecimentos. De facto, em diversas competências parentais, nomeadamente nas competências: amamentar; alimentar com o biberão; preparar a casa; promoção e vigilância da saúde; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal, as mães com formação de nível superior revelam maior nível de conhecimentos do que as mães com formação de nível básico e secundário. Já as mães com formação de nível secundário revelam maior nível no desempenho nas habilidades na competência: vestir e despir, do que as mães com formação de nível superior.

O nível de escolaridade tem vindo a ser apontado, em diversos estudos, como um importante preditor do conhecimento parental (Silva *et al.*, 2005; Reich, 2005; Senarath *et al.*, 2007; Moura *et al.*, 2004; Ribas, Moura & Bornstein, 2007). Vários autores têm vindo a sustentar a ideia de que quanto maior o nível educacional da mãe, maior a possibilidade de obter informações sobre o desenvolvimento infantil e as práticas parentais, além das orientações sobre como proceder quanto a aspetos relacionados com a saúde, o crescimento e desenvolvimento e a segurança da criança (Angelillo *et al.*, 1999; Silva *et al.*, 2005; Reich, 2005; Senarath *et al.*, 2007; Moura *et al.*, 2007; Ribas, Moura & Bornstein, 2007; Martins *et al.*, 2007; Ribas *et al.*, 2003). Reich (2005) acrescenta ainda que as mães com nível educacional mais elevado procuram ativamente a informação, o que pode refletir-se em mais conhecimento. Todavia, noutros estudos, verificam-se resultados diversos; em alguns estudos constata-se que a escolaridade não influencia o nível de conhecimento, nomeadamente nos conhecimentos sobre a prevenção de acidentes, em particular na prevenção da SMSL (Kemp *et al.*, 2006).

Também a idade da mãe surge como uma variável que influencia o nível de conhecimento. As mães com idade superior a 29 anos revelam maior nível de conhecimento. As mães mais velhas revelam maior nível de conhecimentos nas competências: amamentar; alimentar com biberão; assegurar a higiene e manter a pele saudável; lidar com o choro; garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; e, preparar o enxoval. Estes achados estão em conformidade com os resultados de outros estudos, nos quais a idade constitui um fator associado a maior nível de conhecimento, especificamente, no conhecimento sobre o modo de transportar a criança no automóvel (Martins *et al.*, 2007) e

sobre vacinação (Angelillo *et al.*, 1999), sendo que são as mães mais velhas as que mais sabem. Achado diverso foi evidenciado noutros estudos, onde foi verificado que a idade não apresenta correlação significativa com o nível de conhecimentos (Ribas, Moura & Bornstein, 2007; Kemp *et al.*, 2006; Reis, 1988; Reich, 2005; Silva *et al.*, 2005).

As mães que já têm outros filhos (multíparas) revelam maior nível de conhecimentos, nomeadamente nas competências: amamentar; alimentar com biberão; colocar a eructar; assegurar a higiene e manter pele saudável; tratar do coto umbilical; criar hábitos para dormir; garantir a segurança e prevenir acidentes; promoção e vigilância da saúde; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; preparar a integração novo elemento na família; preparar a casa; e, preparar o enxoval. Pelo contrário, as mães que o são pela primeira vez revelam menor nível de conhecimentos. Estes achados vão de encontro aos resultados obtidos por Senarath *et al.* (2007), que constataram que as mães pela primeira vez (primíparas) têm maior probabilidade de ter baixo nível de conhecimento sobre desenvolvimento infantil (odds ratio (OR) = 2,31; 95% CI 1,53–3,50); por isso, estes autores referem as primíparas como um grupo de risco para o défice em conhecimentos parentais (*‘poor knowledge’*). Resultado com sentido contrário foi observado por Martins *et al.* (2007), que constatou que as primíparas evidenciavam intenção de transportar corretamente o recém-nascido com maior frequência do que as multíparas.

As mães que referem ter experiência anterior nas tarefas parentais revelam maior nível de conhecimentos. Estes resultados podem ser explicados por as mães terem tido a oportunidade de lidar com crianças e, por essa via, conhecerem melhor essa realidade. Acresce ainda o facto de a perceção que a mãe tem, sobre a sua própria capacidade para as decisões e as ações relacionadas com as tarefas parentais, ser influenciada pela experiência anterior (Pridham & Chang, 1992). Também Silva (2006) constatou que apesar de as mães referirem preocupações e dificuldades na adaptação ao seu novo papel, as que tinham experiência anterior referem sentir-se mais bem preparadas na realização das diversas tarefas.

As mães que demonstram maior nível de conhecimento são as que referem que a gravidez foi planeada. Salienta-se, ainda, o facto de a maioria das mães com ensino superior e as mães mais velhas referirem que a sua gravidez foi planeada, enquanto a maioria das mães com ensino básico referem que a gravidez não foi planeada.

O envolvimento com a gravidez e com o filho que vai nascer tem início com a decisão de engravidar. O planeamento da gravidez e a decisão de engravidar podem constituir o primeiro passo na consciencialização da necessidade de preparação para o exercício do papel maternal.

A consciencialização da necessidade de preparação e o envolvimento nessa preparação desencadeiam comportamentos de procura de informação, com consequente aumento do nível dos conhecimentos e adequação das expectativas (Huang *et al.*, 2005). As mães e os pais com nível adequado de conhecimentos têm o potencial para criar condições para favorecer o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança (Dichtelmiller *et al.*, 1992; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). Pelo contrário, expectativas irrealistas sobre o exercício do papel e sobre o desenvolvimento da criança aumentam o potencial para o abuso e a negligência nos cuidados (Dukewich, Borkowski & Whitman, 1996).

A decisão da mãe de assumir os cuidados ao filho após o seu nascimento pode ser uma decisão que condiciona o respetivo processo de preparação. Mais de 90% das mães preveem assumir os cuidados ao filho e 98% assumiu efetivamente os cuidados ao filho após o nascimento. Constata-se, contudo, que são as mães mais velhas as que referem com mais frequência que não assumem os cuidados ao filho após o seu nascimento. Este achado pode ser explicado pelo facto de, apesar de desejarem concretizar o seu projeto de maternidade, muitas mães não o conseguem fazer em pleno. De facto, há mães que optam por continuar a assumir os seus compromissos profissionais e, outras há que, por precariedade das condições de trabalho, não conseguem gozar a licença de maternidade.

Uma das variáveis descritas como essencial para o sucesso da transição é o suporte disponível, seja este formal e/ou informal (Brouse, 1988; Wilkins, 2006). De facto, a ausência de suporte aumenta a vulnerabilidade durante a transição para a parentalidade (Darvill, Skirton & Farrand, 2010).

No atual estudo, observa-se que, ainda durante a gravidez, as mães que não preveem ter ajuda no tomar conta, nem nos cuidados à criança, são as que demonstram maior nível de conhecimento. Este achado pode ser explicado pelo facto de as mães, sabendo que serão elas próprias a assumir os cuidados ao filho, e tendo consciência da necessidade de preparação, procuram assegurar a aquisição dos conhecimentos necessários para o desempenho do papel, o que se traduz em maior nível de conhecimentos.

Todavia, as mães que referem ter tido ajuda nos cuidados à criança após o seu nascimento são as que demonstram maior nível de conhecimentos. Já as mães que referem ter tido ajuda nas tarefas domésticas após o nascimento são as que revelam maior nível no desempenho nas habilidades relativas à competência: lidar com o choro. Estes achados podem ser explicados pelo facto de ao existir alguém que ajude nos cuidados à criança, esta pessoa pode, por um lado, funcionar como um modelo dos cuidados (*'vicarious experience'*) e, por essa via,

umentar os níveis de confiança para a realização das tarefas e, por outro, a circunstância de ter ajuda de alguém pode facilitar a gestão das necessidades de sono e repouso, essencial para a recuperação pós-parto e para potenciar a disponibilidade mental e física para cuidar do filho. O apoio nas atividades do dia a dia pode aumentar a energia disponível, e, por um lado, aumentar a satisfação relacionada com a prestação de cuidados ao filho e, por outro, libertar de algumas preocupações com as rotinas do dia a dia (Pridham & Chang, 1992). No seu estudo, Brouse (1988) verificou que 1/3 das mães referem terem ficado satisfeitas com a presença de alguém para ajudar durante a primeira semana após o regresso a casa, sendo, na maioria dos casos, a própria mãe. No atual estudo, as mães referem como principal fonte de suporte as mães/sogras, tendo sido observada associação entre a previsão de ajuda e a ajuda efetiva recebida por parte da mãe/sogra e a ajuda no tomar conta, nos cuidados à criança e nas tarefas domésticas. Noutros estudos, para além da mãe e da sogra também são referidos como fontes de ajuda significativa o pai da criança, assim como amigos e outras mães recentes; a ajuda incluía o ir às compras, o cozinhar e as tarefas domésticas (Darvill, Skirton & Farrand, 2010; Deave & Johnson, 2008).

As mães que revelam maior nível de conhecimentos são os que referem o enfermeiro como fonte de informação e os que frequentam as sessões de preparação para o parto e parentalidade. A maioria das mães com formação de nível superior e as mães com formação de nível secundário frequentam as sessões de preparação para a parentalidade enquanto as mães com formação de nível básico, não tanto. Este resultado vai de encontro aos achados de outros estudos que referem que as mulheres com nível educacional mais elevado procuram ativamente fontes formais (livros e internet) e peritos (enfermeiros e médicos) para acederem à informação (Senarath *et al.*, 2007; Reich, 2005; Beger & Cook, 1996). Diversos estudos têm demonstrado que frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade contribui para o aumento dos conhecimentos e da confiança nos cuidados ao filho (Montigny, Lacharite & Amyot, 2006; Mercer & Walker, 2006; Shaw *et al.*, 2006; Beger & Cook, 1996). Por seu turno, Senarath *et al.* (2007) referem que as mães que não frequentam as sessões de educação antenatal, apresentam 1,49 vezes mais probabilidade de demonstrar conhecimentos inadequados, quando comparadas com as que tinham algum tipo de educação antenatal.

Também são as mães que referem o enfermeiro como fonte de informação as que revelam maior nível no desempenho nas habilidades nas competências relacionadas com a saúde da criança e com o lidar com o choro. Este achado pode resultar do facto de, tradicionalmente, os enfermeiros ajudarem os seus clientes a lidar com os aspetos de saúde; já no que se refere ao desenvolvimento de habilidades para lidar com o choro, tem-se constatado que os enfermeiros

têm, crescentemente, vindo a dedicar particular atenção aos diagnósticos relacionados com aquelas necessidades e que lidar com o choro constitui uma das principais dificuldades após o nascimento da criança, para a maioria das mães e dos pais, em particular, os que o são pela primeira vez.

Observa-se uma coerência entre o local de assistência de saúde e as fontes de informação referidas, sendo que a maioria das mães, que referiu o enfermeiro como fonte de informação, optou pelo serviço de saúde público, enquanto a maioria das mães, que referiram o médico como fonte de informação optou pelo serviço privado. Este achado está consonante com os resultados obtidos por Senarath *et al.* (2007), que verificaram que os profissionais do local de assistência durante a gravidez constituem a principal fonte de informação para 95,8% das mães. Também no estudo de Deave & Johnson (2008) os profissionais da saúde foram referidos como fontes de informação relevantes.

Apesar de a maioria das mães com formação de nível superior e secundário referirem a internet como fonte de informação, verifica-se que as mães que não recorrem à internet revelam maior nível de conhecimento. Este achado pode ser explicado pelo facto de ainda não existirem disponíveis, em Portugal, intervenções *web-based* construídas propositadamente para o efeito. Atualmente defende-se a ideia do uso das novas tecnologias como um recurso interessante para inovar no âmbito da saúde e facilitar os processos de aprendizagem, através da construção de sistemas de informação centrados no cliente, baseados na evidência disponível e que respondam efetivamente às necessidades de informação dos utilizadores (Wang *et al.*, 2006; Wantland *et al.*, 2004; Kirsch & Lewis, 2004; Fox & Fallows, 2003; Cheng *et al.*, 2003; Hudson *et al.*, 2003; Hudson *et al.*, 1999; Hudson, Elek & Fleck, 2001). Este resultado constitui mais um argumento em prol da necessidade de se desenvolverem estratégias de ensinar e de aprender com recurso às novas tecnologias. De facto, a internet tem sido considerada um recurso de fácil acesso e com possibilidade de obter informação útil para a tomada de decisão sobre a saúde (Kirsch & Lewis, 2004; Fox & Fallows, 2003).

A evidência já tem vindo a demonstrar as vantagens decorrentes da existência de recursos de informação suportados nas novas tecnologias. Hudson *et al.* (1999) desenvolveram um estudo exploratório descritivo cujo propósito foi descrever a utilidade do *Young Parents Project*, que usou o computador para oferecer informação e suporte sobre aspetos de saúde a mães adolescentes. Neste estudo piloto, as investigadoras procuraram analisar em que medida um programa informático conseguiria providenciar a informação e o suporte para melhorar as atividades de autocuidado adotadas pelas mães adolescentes, na promoção da sua saúde e da saúde

do seu filho, tendo concluído que o programa foi positivo como fonte de informação e suporte social para as mães adolescentes. Também Cheng *et al.* (2003) desenvolveram um estudo cujo propósito foi desenvolver dois programas em computador sobre amamentação e analisar o contributo do esquema gráfico dos programas construídos para a compreensão do conteúdo e a satisfação do utilizador. Os programas possuíam como objetivos fornecer às mães e aos pais a informação necessária sobre a técnica de amamentação correta. Os autores verificam que o formato *web-based* providencia um nível elevado de flexibilidade aos utilizadores e permite encontrar a informação relevante para as suas necessidades de aprendizagem.

As mães que revelam maior nível na perceção da autoeficácia são as que já têm outros filhos e as que têm experiência anterior nas tarefas parentais, nomeadamente em colocar a eructar e em alimentar com biberão. Apesar de Pridham & Chang (1992) terem verificado que as mães com maior nível de escolaridade evidenciam expectativas em relação a si mesmas mais elevadas, no estudo atual, não foi verificada diferença significativa na perceção de autoeficácia, nem em função da escolaridade, nem em função da idade. Achado diverso foi obtido por Ribas Jr., Moura & Bornstein (2007), que verificaram que as mães mais velhas e com maior nível de escolaridade apresentavam uma autoperceção mais positiva do respetivo desempenho no papel maternal.

De acordo com vários autores, as competências resultam dos conhecimentos e das habilidades, estando estes diretamente relacionados com a eficácia no desempenho (Lawler, 1996; Spencer Jr. & Spencer, 1993; Boyatzis, 1982; Hofrichter & Spencer Jr., 1996). De facto, no atual estudo constatou-se que quanto mais elevado é o nível de conhecimentos e o nível de desempenho nas habilidades, mais elevada é a perceção da autoeficácia. Apesar de a correlação ser fraca, parece que quanto mais as mães sabem e melhor fazem, maior é o nível de confiança na sua capacidade de realizar as tarefas parentais com sucesso. Os resultados de alguns estudos corroboram este resultado. Russell & Champion (1996) identificam uma associação significativa entre a autoeficácia percebida e o nível de conhecimento, especificamente no conhecimento sobre a prevenção de acidentes na criança. Achado similar, mas agora relacionado com os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, foi verificado por Ribas Jr., Moura & Bornstein (2007), que constataram que as mães com maior nível de conhecimentos também apresentam autoperceções do seu desempenho mais positivas. Dennis & Faux (2003), pelo contrário, referem que questionar-se sobre as próprias capacidades, as observações e comentários proferidos pelos outros sobre o desempenho do papel maternal e a consciência da vulnerabilidade do filho, associada à parca experiência nas tarefas parentais, condicionam a perceção de autoeficácia e o nível da autoconfiança.

4.1.2 Os pais mais bem preparados para o exercício do papel paternal

Os pais apresentam média de idade de 33 anos, mantendo-se o padrão, já referido anteriormente por Silva *et al.* (2005), de que os homens experienciam a paternidade pela primeira vez, mais tarde do que as mulheres experienciam a maternidade. Diferentemente das mães, que a maioria possuía formação de nível superior, a maioria dos pais possui formação de nível básico.

No início da discussão dos resultados referentes aos pais importa referir que não foram encontrados muitos estudos que suportem a discussão. Esta realidade pode ter como justificação os modelos de organização culturais e sociais predominantes – serem as mães a assumir os cuidados ao filho, o que coloca a mãe no centro de todo o processo, considerando-a como o alvo privilegiado, não só da prática dos cuidados mas também dos estudos de investigação. De facto, até muito recentemente, a investigação produzida centrava-se exclusivamente nas mães, traduzindo a valorização da mãe enquanto responsável primária dos cuidados à criança, nos primeiros tempos de vida (Costigan & Cox, 2001; Watson *et al.*, 1995).

A idade dos pais, ao contrário do que se verificou nas mães, não revela constituir fator influenciador da preparação para o exercício do papel parental, dado não ter sido observada diferença, em termos gerais, ao nível dos conhecimentos, nem das habilidades em função da idade. Achado sobreponível foi observado ao nível da escolaridade, sendo que não foi observada diferença significativa ao nível dos conhecimentos; todavia, e já no que se refere às habilidades dos pais, constatou-se que os pais com formação de nível superior revelaram maior nível de desempenho nas habilidades. Todavia, no estudo desenvolvido por Susin *et al.* (1999) constatou-se que a única variável associada ao nível de conhecimentos dos pais sobre a amamentação foi o nível de escolaridade.

Apesar de não ter sido observada diferença ao nível dos conhecimentos¹¹ em função da idade e a escolaridade, na análise das diferenças entre a idade e a escolaridade e o nível de conhecimentos dos pais em cada competência parental *per si* já foram observado resultados diversos. De facto, constata-se que os pais mais velhos revelaram maior nível de conhecimentos nas competências: assegurar a higiene e manter pele saudável, lidar com o choro, reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e preparar a casa; também foi observado que os pais mais velhos revelavam maior nível no desempenho das habilidades na competência: vestir e despir/vestuário.

¹¹ Recorde-se que o cálculo dos *conhecimentos do pai*: refere o *score* que resulta da média dos indicadores do domínio do conhecimento de todas as competências parentais, enquanto os *conhecimentos do pai em determinada competência* refere o *score* dos conhecimentos do pai numa competência parental específica.

Em termos de escolaridade, os pais com formação de nível superior revelaram maior nível de conhecimentos na competência: alimentar a criança do que os pais com formação de nível básico; também os pais com formação de nível secundário e os com formação de nível superior revelaram maior nível de conhecimentos na competência: garantir a segurança e prevenir acidentes do que os pais com formação de nível básico.

Os pais que revelam maior nível de conhecimentos e maior nível de desempenho nas habilidades são os que já tinham outros filhos e os que referiram experiência anterior em tarefas parentais. Outros estudos já haviam obtido achados sobreponíveis. De facto, os pais com experiência parental anterior revelaram maior capacidade de desempenho do que os pais inexperientes, particularmente durante o primeiro mês de vida (Ferketich & Mercer, 1995).

Os pais que previam colaborar nos cuidados à criança revelam maior nível de conhecimento e maior nível no desempenho das habilidades; já os pais que colaboraram efetivamente apenas revelaram maior nível de conhecimentos. Percebe-se que a participação ativa dos pais nos cuidados ao filho contribui para um maior domínio nos conhecimentos e nas habilidades. Todavia, decidir participar nos cuidados ao filho é, mais do que uma responsabilidade incontornável, uma possibilidade de escolha do pai. A decisão de colaborar, ou não, nos cuidados ao filho é influenciada pelo contexto sociocultural envolvente; apesar de, contemporaneamente, se verificar maior participação nas tarefas domésticas e nos cuidados à criança por parte do pai, do que em gerações anteriores, a ‘obrigação’ dos cuidados ao filho ainda está associado ao papel maternal (Watson *et al.*, 1995). Esta noção é confirmada pelos resultados do estudo de Falceto *et al.* (2008), que constataram que dos 78% pais que coabitavam com a mãe e com a criança, 33% relataram não colaborar nos cuidados de seus filhos. Em Portugal, no que se refere à participação do pai, num estudo, cujo propósito foi estudar a participação do pai português nos cuidados ao seu filho durante o primeiro ano de vida, verificou-se que mais de 95% dos pais, mesmo na nossa sociedade, ainda considerada tradicionalista, participaram nos cuidados a prestar à criança, desde o período de recém-nascido (Gouveia *et al.*, 1991). Num outro estudo português, observou-se que é cada vez mais comum a participação ativa do pai nos cuidados ao filho, especialmente os mais novos, do meio urbano e de nível sociocultural médio ou elevado (Ramos, 1990).

Na literatura, e na sociedade contemporânea, fala-se de um *novo pai*, mais ativo e participativo no coassumir a responsabilidade dos cuidados ao filho sendo este envolvimento apreciado pelas mães (Silva *et al.*, 2005; Susin *et al.*, 1999). Vários estudos têm vindo a destacar o facto de o envolvimento do pai produzir efeitos positivos na saúde da mãe e da criança. As mães relatam menos sentimentos de frustração, de raiva, de depressão, de ansiedade face aos

cuidados ao filho (Vandell *et al.*, 1997). A interação pai-filho é considerada um dos fatores influenciadores do desenvolvimento cognitivo e social da criança, facilitando tanto a capacidade de aprendizagem bem como a integração da criança na comunidade (Gouveia *et al.*, 1991).

A participação dos pais nos cuidados ao filho parece estar relacionada com vários fatores, designadamente o assistir ao parto e a percepção positiva dessa experiência (Ferketich & Mercer, 1995). Por isso, têm sido criadas condições que facilitam o envolvimento do pai no processo de gravidez e de nascimento, pois a sua presença parece aumentar o interesse e o envolvimento com a criança. Aliás, a sociedade, reconhecendo a importância desta participação, tem despoletado modificações importantes, em termos de organização dos serviços de saúde e de âmbito jurídico e legal. No estudo atual, verifica-se que o pai assistir ao parto constituiu um fator que influencia positivamente as habilidades, isto é, as mães cujo pai da criança assistiu ao parto revelam maior nível no desempenhos das habilidades nas competências relacionadas com a higiene da criança lidar com o choro.

Os pais que revelam maior nível de conhecimentos são os que referem o enfermeiro como fonte de informação e os que frequentam as sessões de preparação para o parto e parentalidade durante a gravidez. Também os pais que revelaram maior nível de conhecimentos foram os que referiram os livros como fonte de informação durante a gravidez. Após o nascimento da criança as fontes de informação profissionais também influenciam o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, constatando-se que os que referiram os enfermeiros e os médicos revelaram maior nível de conhecimentos e de habilidades. Alguns estudos têm relatado que os profissionais da saúde constituem importantes fontes de informação para a preparação para a paternidade (Deave & Johnson, 2008; Sink, 2009; Susin *et al.*, 1999). No estudo realizado por Sink (2009), os pais apontaram como as três principais fontes de informação, em primeiro lugar os profissionais, e, em segundo, os familiares, amigos e colegas de trabalho e, em terceiro, os livros.

Importa realçar o facto de a internet não ter tido qualquer impacto no nível de conhecimentos e/ou habilidades dos pais. Este achado contraria o sentido dos resultados de alguns estudos que têm vindo a demonstrar a utilidade da internet na promoção da paternidade. Por exemplo, Hudson *et al.* (2003) desenvolveram um estudo quasi-experimental para testar a eficácia de uma intervenção *Internet-based – New fathers Network* – na melhoria da percepção de autoeficácia e satisfação parentais do pai pela primeira vez, durante as primeiras 8 semanas após o

nascimento do filho, tendo concluído que os níveis de percepção de autoeficácia e satisfação paternas no grupo intervenção melhoraram significativamente da 4.^a para a 8.^a semana.

4.2 *As competências parentais em que as mães e os pais estão mais bem preparados*

Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo correctamente e do medo de perder algo tão amado.

José Saramago

Os resultados do estudo configuram um quadro em que as mães revelam maior nível nos conhecimentos e no desempenho das habilidades do que os pais. Para além disso, constata-se que tanto as mães como os pais revelam melhor nível nos conhecimentos do que nas habilidades.

Recorde-se que o nível dos conhecimentos das mães variou entre *fraco* e *bom* e o nível dos conhecimentos dos pais variou entre muito *fraco* e *razoável*. Em relação ao nível no desempenho das habilidades, verifica-se que nas mães variou entre *razoável* e *muito bom* e nos pais variou entre *muito fraco* e *muito bom*.

As competências em que as mães e os pais obtiveram níveis mais elevados em conhecimentos e/ou em habilidades são a competência: colocar a eructar e a competência: vestir e despir.

As mães revelam estar bem preparadas no âmbito da competência: **colocar a eructar**, tendo revelado nível *bom* nos conhecimentos e nível *muito bom* no desempenho das habilidades dessa competência. Já os pais revelam nível *razoável* nos conhecimentos e nível *muito bom* no desempenho das habilidades. Estes achados podem ser explicados pelo facto de ser frequente a observação desta tarefa parental em público e nos meios de comunicação social. Por isso, mesmo no conhecimento do senso comum, as mães e os pais parecem saber como posicionar a criança para eructar, necessitando apenas compreender melhor o porquê, pois 35% das mães e 57% dos pais não demonstram conhecimentos sobre os benefícios da eructação. Já na avaliação da 1.^a/2.^a semana, apenas 8% das mães e 11% dos pais não demonstram as habilidades para colocar a criança a eructar. Estes resultados parecem confirmar a ideia da efetividade da aprendizagem das habilidades, através da repetição da mesma tarefa várias vezes ao dia.

Todavia, mesmo sendo uma tarefa que não é totalmente desconhecida, para a maioria das mães e dos pais, aprenderem a colocar a criança a eructar, é considerado relevante. Esta ideia foi corroborada no estudo de Birk (1996), no qual se verifica que, entre catorze cuidados à

criança, esta necessidade de aprendizagem ocupou o segundo lugar nas prioridades de aprendizagem relacionadas com a alimentação da criança, tendo sido referida como ‘ *muito importante* ’, por 81% das mães, no período pós-parto imediato e antes do regresso a casa.

No âmbito da competência: *vestir e despir a criança* , as mães evidenciam nível *muito bom* e os pais nível *bom* nas habilidades. Durante a gravidez, as mães e os pais, em particular os que o são pela primeira vez, verbalizam algum receio na manipulação da criança, considerando essa tarefa parental, em particular nos primeiros tempos, como *difícil* (Meyerhoff, 2006). Após o nascimento da criança, quando possuem os conhecimentos dos princípios básicos para a manipulação da criança, associados aos vários cuidados ao filho – dar banho, trocar a fralda, deitar, segurar ao colo, entre outras – a aprendizagem da habilidade é rápida. Assim se compreende que apenas 9% das mães e 21% dos pais evidenciem dificuldade na habilidade para vestir e despir a criança, na avaliação na 1.^a/2.^a semana.

Em relação às competências: *preparar a casa para receber o recém-nascido* e *preparar o enxoval* , em ambas, as mães evidenciam nível de conhecimentos *razoável* e os pais evidenciam nível de conhecimento *fraco* . No que se refere à preparação do enxoval, o conteúdo em que mais mães e em que mais pais não demonstram conhecimentos tem a ver com os critérios de escolha e de uso da chupeta, em particular, o momento em que se pode oferecer a chupeta à criança (62% das mães e 74% dos pais). Os conhecimentos que as mães e os pais necessitam para tomar a decisão de oferecer, ou não, a chupeta ao filho têm por base as suas consequências. Na literatura podem encontrar-se benefícios e malefícios do uso de chupeta, relacionados nomeadamente com: (1) a amamentação (Heringer, 2005; Nyqvist & Ewald, 2006; Rezende, 2004; Aarts *et al.* , 1999; Giugliani, 2002); (2) a SMSL (American Academy of Pediatrics, 2000; Hauck, Omojokun & Siadaty, 2005; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009; Weiss & Kerbl, 2000; Mitchell, Blair & L’Hoir, 2005); e, (3) a saúde oral (Heringer, 2005; Franciscato, 1999; Gimenez, 2008; Palmer, 2005).

Fleming *et al.* (1999), num estudo que envolveu 10 950 mães, identificaram como fatores associados ao uso de chupeta, a criança ser do sexo masculino e filho único, as mães serem jovens/adolescentes, terem baixa escolaridade (ou serem analfabetas), terem problemas financeiros e morarem em bairros sociais. O uso de chupeta foi mais prevalente em crianças que nunca foram amamentadas, ou nas que apenas tinham sido amamentadas até à quarta semana, em crianças expostas ao fumo de tabaco ou cujas mães fumaram no período pós-natal. Por seu turno, Howard *et al.* (1999) estudaram prospectivamente 265 crianças, tendo entrevistado as mães após o nascimento da criança e à 2.^a, 6.^a e 24.^a semana de idade da criança. O estudo

revelou que 68% das mães oferecem a chupeta ao filho antes da 6.^a semana e que as mães que introduzem a chupeta evidenciam tendência de amamentar menos vezes por dia e apresentam mais queixas relativas à amamentação e à insuficiência de leite. Contudo, apesar da recomendação, da iniciativa *Ten Steps to Successful Breastfeeding*, de não oferecer bicos artificiais ao recém-nascido até que a amamentação esteja devidamente estabelecida, no relatório da OMS (*Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*) é referido que ainda não existe evidência na literatura sobre uma relação causal entre a cessação da amamentação e a oferta de suplementos ou do uso de bicos artificiais (AWHONN, 2000).

No que se refere à competência: **alimentar a criança**, as mães revelam nível *razoável* nos conhecimentos e nas habilidades e os pais revelam nível *fraco* nos conhecimentos e nível *razoável* no desempenho das habilidades.

Dada a importância para a sobrevivência da criança e a relevância social atribuída à capacidade de alimentar adequadamente a criança, os conteúdos relacionados com a competência: alimentar o filho constituem áreas de interesse para as mães e para os pais (Birk, 1996; Lincoln, 1997; Beger & Cook, 1996; Sink, 2009). Esta noção é reiterada pelos resultados do estudo desenvolvido por Birk (1996); naquele estudo, que visava determinar quais os tópicos de aprendizagem considerados mais importantes pela mãe, no período pós-parto imediato e antes do regresso a casa, foi pedido às mães (n=48) que pontuassem, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, de ‘ *muito importante*’ a ‘*nada importante*’, catorze cuidados à criança. O tópico de aprendizagem relacionado com os cuidados ao bebé considerado prioritário foi: alimentar o bebé, sendo que 85% das mães considerou ‘ *muito importante*’, os conteúdos relacionados com este tema. Sink (2009) obteve resultado idêntico. Esta autora constatou que a alimentação da criança constitui uma das principais necessidades de aprendizagem das mães. Por seu turno, Afonso (2000) verificou que as mães, nos primeiros tempos após o nascimento do filho, revelavam, em cada momento, dificuldade em perceber as necessidades do filho e receio em não conseguir cuidar bem dele, nomeadamente, nos cuidados relacionados com a alimentação.

Também os enfermeiros, no diagnóstico das necessidades de aprendizagem das mães, valorizam os conteúdos relacionados com a alimentação da criança. Esta ideia é veiculada por Lincoln (1997) que, ao comparar as prioridades percebidas pelas puérperas (n=62) e pelas enfermeiras (n=33), constatou que a alimentação da criança foi considerada prioritária no período pós-parto imediato por ambos os grupos.

A importância atribuída pelas mães e pelos pais aos conhecimentos e às habilidades inerentes a esta competência parece dever-se à consciencialização da necessidade dessa informação para tomar decisões e para adotar ações relativas à alimentação do filho. De facto, nos primeiros tempos após o regresso a casa, a consciência de que o seu papel é essencial para a sobrevivência, a segurança e o bem-estar da criança tem implicações nas decisões relativas à alimentação da criança (Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). No atual estudo, 65% das mães e 79% dos pais não demonstram, durante a gravidez, conhecimento sobre as necessidades nutricionais e hídricas e 59% das mães e 69% dos pais não evidenciam, na 1.^a/2.^a semana, habilidade para identificar os sinais de ingestão nutricional suficiente, o que parece justificar a insegurança que muitas mães e muitos pais revelam nas decisões relativas à alimentação da criança. A falta de conhecimentos pode condicionar as decisões, nomeadamente em relação ao tipo – materno ou artificial – e quantidade de leite oferecido à criança (González, 2008).

Para a alimentação da criança, nos primeiros meses de vida, coloca-se, basicamente, uma alternativa: amamentação (leite materno) ou alimentar com biberão (leite adaptado). Deve notar-se que as duas opções não são mutuamente exclusivas, já que o leite materno também pode ser dado por biberão e o leite adaptado pode funcionar como um complemento da amamentação.

Em relação à competência: **amamentar**, ao nível dos conhecimentos, as mães revelam nível *fraco* e os pais nível *muito fraco*. Já no que se refere às habilidades para amamentar, avaliadas exclusivamente nas mães, estas revelam nível *bom*.

A importância atribuída pelas mães e pelos pais à aprendizagem sobre a amamentação encontra-se relatada em vários estudos. No estudo desenvolvido por Berman (2006), a amamentação ocupa o 4.^o lugar na lista dos conteúdos considerados mais importantes para aprender durante a gravidez. Neste estudo, 60% das mães que o eram pela primeira vez consideravam a amamentação '*muito importante*'; esta apreciação baixa para 28,2% entre as mães que já tinham outros filhos.

Os conhecimentos dos pais sobre a amamentação parecem ser fundamentais para apoiar as decisões e as ações das mães relativas à amamentação. Vários estudos têm vindo a revelar que as atitudes e os comportamentos dos pais influenciam as decisões maternas para iniciar e manter a amamentação (Scott *et al.*, 2001). Esta ideia foi veiculada no estudo de Silva *et al.* (2005), que verificaram que o apoio do pai, em relação à amamentação, é considerado essencial pela maior parte das mães (54,2%). Num outro estudo randomizado, pretendeu-se - através de uma intervenção educacional antenatal, com duração de duas a quatro horas -

fornecer informação ao pai sobre os cuidados à criança, a amamentação e o modo de ajudar a mãe. Os resultados demonstraram que 74% das mães das crianças, cujos pais frequentaram as sessões de educação, iniciavam a amamentação; esta adesão à amamentação diminuía para 41% no grupo de controlo (Wolfiserg *et al.*, 2004).

A partir da análise da percentagem de pais, em comparação com a percentagem de mães, que não demonstrou conhecimentos relacionados com a amamentação percebe-se que as necessidades de aprendizagem são diferentes entre mães e pais. Este achado pode ser explicado pela importância atribuída à necessidade de aprender sobre a amamentação difere entre a mãe e o pai. Os resultados do estudo desenvolvido por Moore & Billings (1993), que envolveu mães (n=125) e pais (n=100) que frequentavam as sessões de educação antenatal, confirmam essa ideia. As autoras verificaram que os interesses de aprendizagem das mães e dos pais, durante a gravidez, eram sobreponíveis, com a exceção das necessidades de aprendizagem associadas à amamentação. De facto, na lista de importância atribuída às necessidades de aprendizagem, a ‘amamentação’ surge em 4.º lugar para as mães e em 21.º para os pais.

No atual estudo, observa-se que, durante a gravidez, mais de 50% das mães não demonstra conhecimentos sobre os conteúdos associados à competência amamentar. De facto, 3/4 das mães não conhece os sinais de pega adequada, nem os critérios para oferecer uma ou as duas mamas em cada mamada e 85% não demonstra conhecimentos sobre as medidas que estimulam a lactação.

A falta de conhecimentos pode condicionar o sucesso e a duração da amamentação (Percegoni *et al.*, 2002; Susin *et al.*, 1999; Giuliani *et al.*, 1995; Alden, 2002). Na literatura, é consensual entre os autores que os conhecimentos e as habilidades para assegurar a pega correta e para adotar medidas de estimulação da lactação são básicos para que a amamentação seja efetiva (González, 2008; AWHONN, 2000; WHO, 2009). De facto, os estudos têm vindo a evidenciar os défices nestes conteúdos. Percegoni *et al.* (2002) e Silva *et al.* (2005) apuraram, respetivamente, que 61% e 79% das mães não demonstravam conhecimentos sobre como assegurar a pega correta. Por seu turno, Giuliani *et al.* (1995) verificaram que 62% das mães não sabem responder corretamente a várias questões relacionadas com a lactação. Também no estudo realizado por Percegoni *et al.* (2002), 62,2% das mães reconhecem a existência de fatores que interferem com a produção e a libertação do leite materno, mas somente 1,5% referenciou a pega correta como um desses fatores. Num outro estudo, mais recente, onde se procurou avaliar o conhecimento da mãe (n=223) sobre alguns cuidados ao recém-nascido, nomeadamente a amamentação, as mães demonstravam nível de conhecimento satisfatório

sobre as práticas de amamentação baseadas nas recomendações atuais – mais de 90% das mães participantes no estudo sabia que as mamadas devem ser oferecidas em horário (livre demanda), conhecia as vantagens do colostro, bem como, a duração recomendada para a amamentação exclusiva (Senarath *et al.*, 2007).

Nos anos 80, Kaplowitz & Olson (1983) afirmavam que o aumento dos conhecimentos das mães que receberam educação antenatal sobre amamentação não teria efeitos na duração no período de amamentação. Contudo, em 1999, Susin *et al.* publicam os resultados de um estudo quasi-experimental, que envolveu mães e pais, que contrariam aqueles resultados. Estas autoras verificaram que as mães, com nível de conhecimentos igual ou superior à média, tinham 6,5 vezes maior probabilidade de amamentar exclusivamente até aos três meses do que as outras mães; também os filhos de pais, com nível de conhecimentos igual ou superior à média, tinham 1,76 vezes maior probabilidade de ainda estarem a ser amamentados ao fim do primeiro mês de vida e 1,64 vezes de serem amamentados até aos seis meses de vida. Estes autores constatam que, com uma intervenção educativa simples, foi possível aumentar o nível de conhecimentos sobre amamentação das mães e dos pais e, conseqüentemente, aumentar as taxas de amamentação nos primeiros seis meses de vida da criança. Também no estudo desenvolvido por Sandre-Pereira *et al.* (2000) foi constatado que as sessões de educação antenatal produzem aumento no nível de conhecimentos das mães. Outros estudos têm vindo a demonstrar a efetividade da educação antenatal nas taxas de iniciação da amamentação em mulheres de classes sociais desfavorecidas (Dyson *et al.*, 2005; Haque *et al.*, 2002; Fairbank *et al.*, 2000). A educação antenatal, combinada com suporte social nas fases iniciais da amamentação, tem maior impacto na iniciação e na duração da amamentação até aos três meses, particularmente, em grupos cujas taxas de iniciação eram baixas (Dyson *et al.*, 2005).

No que se refere aos conhecimentos dos pais no âmbito da competência: amamentar, observa-se que uma elevada percentagem não demonstra conhecimentos relativos a diversos indicadores. Mais de 70% dos pais revela falta de conhecimentos em praticamente todos os indicadores avaliados durante a gravidez e mais de 60% nos indicadores avaliados no 1.º/2.º mês. Este achado pode ser explicado, mais uma vez, pelo facto de a mãe, ao assumir totalmente a responsabilidade pela alimentação do filho - amamentando-o - poder sugerir que os conhecimentos do pai são dispensáveis neste processo. O que não é, de todo, verdade. De facto, alguns autores defendem a ideia de que o pai deve emitir a sua opinião e contribuir ativamente para o sucesso da amamentação (Scott *et al.*, 2001; Wolfberg *et al.*, 2004). Efetivamente, quando a mãe se sente insegura ou receosa em relação à sua capacidade para amamentar o filho de

ambos, o apoio do pai pode fazer a diferença na manutenção da amamentação (Giugliani, 2002; Susin *et al.*, 1999). Os pais, tendo acesso à informação, têm o potencial de adquirir os conhecimentos, em particular sobre as razões para determinada ação no âmbito da amamentação. Susin *et al.* (1999) constataram que os pais, que receberam aconselhamento sobre amamentação, têm quase cinco vezes mais possibilidade de possuírem nível de conhecimentos acima da média sobre o assunto.

A crença de que o leite materno é um *leite fraco* ou *insuficiente* constitui uma das principais causas da suplementação precoce com leite artificial ou mesmo do desmame (Vaucher & Durman, 2005; Ramos & Almeida, 2003; Escobar *et al.*, 2002; Gusman, 2005; González, 2008). Vários autores defendem que uma das razões para a percepção de pouco leite ou de leite fraco é a falta de conhecimentos e a falta de confiança da mãe nas suas próprias capacidades. González (2008), a esse propósito, afirma que a percepção que a mãe tem pouco leite decorre da sua insegurança e da falta de conhecimentos. Este autor acrescenta, ainda, que as mães de hoje chegam a pensar que o normal é não ter leite e que só as mães privilegiadas é que conseguem dar de mamar com sucesso e sem complicações.

De facto, a noção da quantidade e da qualidade de leite produzido é subjetiva. No estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2005), das dificuldades referidas pelas mães, 25% temia não ter leite suficiente e 20,8% relatava que o leite materno não iria conseguir satisfazer as necessidades nutricionais da criança. Também no estudo desenvolvido por Borges & Phillippi (2003), cujo objetivo foi conhecer a opinião das mães sobre a quantidade de leite materno produzido, foi verificado que 82,9% das mães considerava que a quantidade de leite produzida era suficiente para as necessidades da criança; verificou-se, ainda, que todas as mães que achavam insuficiente o volume de leite produzido já haviam introduzido outros tipos de leite na alimentação da criança. Na mesma linha de resultados, no estudo realizado por Giugliani *et al.* (1995), cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos maternos em amamentação, apenas 64% das mães responderam que não existe leite fraco. Todavia, Escobar *et al.* (2002), com o intuito de analisar as principais causas da suplementação precoce relatadas pelas mães, verificaram que 17,8% das mães apresentaram como justificação para oferecerem suplemento o “*leite fraco*” ou “*não sustentava o bebé*”. Alguns autores acrescentam a esse propósito que as mães que justificavam a suplementação precoce com o argumento de que o ‘leite não sustenta’ ou o “leite é fraco”, sentem-se mais confortáveis por estas serem crenças socialmente aceites (Gusman, 2005; Gonçalves, 2001).

A falta de conhecimentos, nomeadamente, sobre a técnica de amamentação, sobre os intervalos das mamadas, sobre o uso de chupetas e o uso de mamilos de silicone, com a consequente

incapacidade para assegurar uma pega adequada, constitui um fator de risco para o surgimento de complicações e conseqüente abandono da amamentação (Giugliani, 2004; González, 2008; Campos, 2007; Aarts *et al.*, 1999; Howard *et al.*, 1999; Lamounier, 2003). Vários estudos têm vindo a demonstrar que a oferta de suplementos e de tetinas podem constituir fatores de risco da amamentação, nomeadamente na diminuição da duração do período de amamentação (Aarts *et al.*, 1999; Howard *et al.*, 1999; González, 2008). Todavia, esta questão é objeto de controvérsia entre os autores pois ainda não existem estudos que permitam reconhecer os fatores de risco associados às práticas referidas (González, 2008; AWHONN, 2000). De todo o modo, é possível inferir que quanto maior o nível de conhecimentos sobre amamentação e sobre a gestão das complicações, maior duração da amamentação e percepção positiva da experiência de amamentar (Fairbank *et al.*, 2000).

Muitas mães não sabem como lidar com as complicações associadas à amamentação. No presente estudo, durante a gravidez, mais de 75% das mães não demonstra conhecimentos sobre as medidas de prevenção da fissura e do ingurgitamento mamário. Valor ligeiramente inferior foi registado por Percegoni *et al.* (2002), que constatou que 57% das mães não demonstrou conhecimentos sobre o ingurgitamento mamário, nem sabia como lidar com esta situação. Por seu turno, Silva *et al.* (2005) constataram que 41,7% das mães referiram os mamilos doridos e as fissuras, como principais dificuldades associadas à amamentação.

Na avaliação das competências parentais na 1.^a/2.^a semana, observa-se que uma percentagem significativa de mães não demonstra habilidades para lidar com as complicações, designadamente com a fissura e com o ingurgitamento mamário (71% e 59%, respetivamente), sendo estas complicações as mais frequentemente referidas como motivo de abandono precoce da amamentação.

Atualmente, defende-se que o leite humano oferece os nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável, podendo constituir o alimento exclusivo do lactente até o sexto mês de idade (Alden, 2002; Barros & Seyffarth, 2008; Campos, 2007; Carvalho & Tamez, 2002; González, 2008). Foi este o conceito que orientou a organização dos itens do I_ACP e o respetivo período de abrangência até aos seis meses de vida da criança. De facto, os benefícios da amamentação têm sido largamente documentados na literatura e defendidos por várias organizações. Justifica-se, assim, a opção pelo leite materno - como o alimento de eleição - já que este contém a quantidade de líquidos e de nutrientes necessários para o ótimo crescimento da criança (AWHONN, 2000; WHO, 1998; ICN, 2009).

Na competência: **alimentar com biberão**, as mães evidenciam nível *razoável* nos conhecimentos e nível *bom* no desempenho das habilidades e os pais evidenciam nível *fraco* nos conhecimentos e nível *razoável* nas habilidades. Este achado pode ser explicado pelo facto de serem necessários conhecimentos para preparar o leite adaptado, mas, após a assimilação da informação, a perícia na preparação do leite adaptado é, por força da repetição da tarefa (seis a oito refeições por dia), rapidamente conseguida pela maior parte das mães e dos pais. Mesmo assim, dos casos em que a criança estava a ser alimentada com biberão, 21% das mães e 58% dos pais não demonstram habilidades para preparar o leite adaptado. Estes resultados são consonantes com os obtidos por Silva (2006), que constatou que, na opinião dos enfermeiros, as mães e os pais possuem défices de conhecimentos na preparação do leite artificial.

A opção pelo leite materno - como base da alimentação da criança - constitui um padrão de qualidade, perseguido por profissionais, por organizações e por instituições da saúde. Por isso, a abordagem, realizada junto das mães e dos pais durante a gravidez, dos assuntos relacionados com o aleitamento artificial tem constituído uma controvérsia entre os profissionais. Uns defendem a ideia de que abordar este tema é desnecessário e pode ser fator de distração, na medida em que pode ser percebido como uma real alternativa à amamentação; outros profissionais são defensores de que as mães e os pais devem dispor de toda a informação sobre o aleitamento artificial para a poderem usar quando dela necessitarem. Neste estudo, adotou-se uma atitude de promoção da amamentação enquanto a escolha mais saudável para a mãe, para criança e para a família. Como consequência desta posição, e como já foi referido anteriormente neste relatório, decidiu-se que os conteúdos relacionados com o leite artificial seriam somente abordados na 1.^a/2.^a semana, de acordo com a avaliação do decurso da amamentação e das necessidades expressas pela mãe e/ou pelo pai.

Em relação à competência: **garantir segurança e prevenção de acidentes**, as mães evidenciam nível *razoável* e os pais evidenciam nível *fraco* nos conhecimentos e ambos evidenciam nível de *bom* nas habilidades. A segurança, em particular das crianças mais novas, depende fundamentalmente das mães e dos pais e da importância que atribuem às medidas de precaução (Azevedo, 2007; Vinagre & Lima, 1998). No estudo de Russell & Champion (1996) ficou patente que os conhecimentos sobre a prevenção de acidentes está positivamente associado com as práticas de segurança adotadas e a autoeficácia percebida pelas mães.

No estudo atual, durante a gravidez, as mães e os pais demonstram conhecimentos sobre algumas medidas de segurança. As maiores percentagens de mães e de pais que não revelam os conhecimentos e as habilidades necessárias estão relacionadas com as medidas de prevenção e os fatores de risco da SMSL. De facto, 80% das mães e 90% dos pais não revelam estes

conhecimentos durante a gravidez e 54% e 64%, respetivamente, não revelam as correspondentes habilidades na 1.^a/2.^a semana. Estes resultados são consonantes com outros estudos que dão conta que as mães e os pais têm défices significativos relativamente a este conteúdo. Por exemplo, no estudo realizado por Kemp *et al.* (2006), cujo objetivo era avaliar o conhecimento das mães (n=233) sobre as estratégias de prevenção da SMSL, verificou-se que apenas 51,5% das mães conseguiu enunciar corretamente duas ou mais estratégias de prevenção da síndrome.

O receio relacionado com o modo de deitar a criança e a falta de conhecimento sobre os fatores de risco e sobre as medidas de prevenção têm condicionado mudanças nos comportamentos parentais. De facto, apesar de no Boletim de Saúde Infantil, nos conselhos aos pais, é referido que o bebé deve ser deitado “*preferencialmente de costas*”, este aspeto é, ainda, motivo de admiração por parte de muitas mães e de muitos pais, que continuam a deitar o bebé em decúbito lateral, com receio de risco de aspiração (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009). Todavia, apesar da causa desta síndrome ser ainda desconhecida¹², numerosos estudos epidemiológicos evidenciam que a adoção de medidas simples nos cuidados à criança - como colocá-la a dormir em decúbito dorsal - pode conduzir a uma diminuição significativa da incidência deste fenómeno (Kattwinkel *et al.*, 2000; American Academy of Pediatrics, 2000; Kattwinkel *et al.*, 2005; Joanna Briggs Institute, 2005; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

Deste modo, os conhecimentos das mães e do pai podem ser determinantes na adoção de medidas básicas de prevenção; recorde-se que 80% das mães e 90% dos pais não revelaram conhecimentos durante a gravidez e ainda mais de metade não demonstrou habilidades na 1.^a/2.^a semana.

Em relação à segurança e à prevenção de acidentes relacionadas com o transporte da criança no automóvel, 42% das mães e 49% dos pais, durante a gravidez, não demonstram conhecimentos e, ao 1.^o/2.^o mês, ainda 11% das mães e 26% dos pais ainda não revelavam habilidades para transportar a criança com segurança. Estes achados são compatíveis com os resultados de outros estudos realizados em Portugal. No estudo realizado por Tapadinhas, Anselmo & Rocha (2004), cujo objetivo foi avaliar o grau de conhecimentos das mães sobre o transporte seguro do filho recém-nascido, no qual participaram 204 puérperas, internadas na Maternida-

¹² A SMSL constitui a primeira causa de morte entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida. É uma situação repentina e, ainda, inexplicável, que acontece geralmente no domicílio, produzindo um grande vazio nas mães e nos pais (García, 2008; Geib & Nunes, 2006). O fenómeno existe também em Portugal mas desconhece-se ainda a sua verdadeira extensão. Num estudo retrospectivo (1974-1990), realizado em Portugal, verifica-se um predomínio acentuado nos lactentes no sexo masculino, entre o 1.^o e o 4.^o mês de idade, verificando-se sobretudo entre os meses de dezembro a março, durante os fins de semana, no domicílio, em períodos de sono e durante a noite (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

de do Hospital Distrital de Faro, foi verificado que 21,6% das mães manifestou a intenção de transportar inadequadamente o filho, das quais, 19,2% referiu não ter qualquer sistema de proteção. Já 94% das puérperas afirmavam conhecer as regras de segurança para o transporte do recém-nascido no automóvel, e, das 80,8% que manifestaram intenção de usar proteção, 78,4% descreveu como fazê-lo corretamente, 83% já possuía uma cadeira de transporte (sendo que em 95% dos casos haviam sido compradas nos seis meses anteriores ao nascimento), 69,6% pretendia instalá-la no banco de trás, no sentido contrário ao da marcha, e 77,9% tentava transportar os filhos, utilizando uma cadeira do grupo 0+ ou 0+/1, as restantes pretendiam transportar o recém-nascido no banco da frente (não obstante o facto de 29,4% deste grupo possuírem *airbag* ativo no lugar do passageiro).

Do mesmo modo, no estudo de Martins *et al.* (2007), que contou com a participação de 475 puérperas, internadas na maternidade de um hospital universitário em Lisboa, e que pretendia averiguar os conhecimentos das mães relativamente à segurança no transporte do recém-nascido aquando da alta hospitalar foram obtidos resultados semelhantes; os autores constataram-se que 76,1% das mães revelou conhecer que a criança deveria ser transportada em cadeira apropriada, 56,9% reconheceu a necessidade de usar o cinto de segurança e, apenas, 20,0% reconheceu a necessidade de inativar o *airbag* frontal e de colocar a cadeira no sentido contrário ao movimento do carro. Os resultados evidenciaram, ainda, que, em relação ao transporte seguro no automóvel, 6,5% das mães considerou seguro o transporte ao colo, 14,7% considerou a alcofa e 80,4% das mães considerou mais seguro o transporte na cadeira. Mesmo assim, à saída da maternidade, apenas 72,8% manifestou a intenção de utilizar a cadeira apropriada para transportar o recém-nascido no automóvel, sendo que 18,5% referiu a alcofa e 7,2% referiu que iria transportar o recém-nascido ao colo.

Os achados destes estudos estão consonantes com os resultados de uma iniciativa da Associação de Proteção da Segurança Infantil (APSI), cujo propósito foi avaliar o número de crianças que viaja sem qualquer proteção - cinto de segurança ou sistema de retenção da criança (SRC) - em ambiente urbano, bem como, a incidência de erros na utilização dos sistemas de retenção. Neste estudo verificou-se que, das 5300 crianças observadas, 87,7% usavam sistema de retenção mas, somente, em 65,0% dos casos a proteção era adequada. Foram analisados 387 sistemas de retenção de crianças dos zero aos doze anos, de que resultou a conclusão que ainda havia muitos erros - quer de instalação, quer de adequação das cadeiras à idade, ao peso e ao tamanho das crianças. Quando foram analisados os erros mais graves, em 64,4% dos casos verificou-se que para além da criança ser virada precocemente para a frente, havia folgas excessivas no arnês e folgas na fixação da cadeira (APSI, 2007).

Os resultados destes estudos contribuem para a confirmação dos achados do presente estudo e para reiterar a noção de que ainda existe um número significativo de mães e de pais que não demonstram conhecimentos sobre as medidas de segurança e de prevenção de acidentes da criança, particularmente, no transporte seguro no automóvel.

Na competência parental: *assegurar higiene e manter a pele saudável*, as mães revelam nível *razoável* nos conhecimentos e *bom* no desempenho das habilidades e os pais revelam nível *fraco* nos conhecimentos e nível *razoável* nas habilidades. Assegurar a higiene da criança tem sido associado a algum receio por parte das mães e dos pais, expresso ainda durante a gravidez, justificado, por um lado, pela percepção da sua capacidade para manipular a criança na banheira e, por outro, pela percepção de vulnerabilidade da criança. Esta ideia ficou patente no estudo de Silva (2006) que verificou que as mães e os pais apresentavam algumas dificuldades no que concerne aos cuidados de higiene, manifestando sentimentos de medo e de receio na manipulação da criança.

Em relação à higiene da criança, as mães foram revelando conhecimentos nos conteúdos relacionados com a troca da fralda e os sinais de eritema pela fralda. Todavia, verifica-se que uma percentagem significativa de mães e, ainda mais, de pais não conhece os critérios de escolha dos produtos para a pele da criança (78% e 91%, respetivamente), como e quando cortar as unhas (73% e 89%, respetivamente), como lavar os olhos (66% e 90%, respetivamente) e como dar banho (61% e 83%, respetivamente). Estes achados podem ser explicados pela fragilidade da criança recém-nascida, que exige maior rigor em alguns cuidados realizados quotidianamente.

O desconhecimento dos critérios de escolha dos produtos a usar pode estar relacionado com a extensa oferta de produtos no mercado e a publicidade pouco esclarecedora sobre as respetivas características; por isso, as mães e os pais ficavam-se, sistematicamente, pelo critério “desde que seja adequado à pele do bebé”. A necessidade das mães aprenderem sobre quais os produtos usar e respetivos critérios de uso, bem como, o modo de cortar as unhas já havia sido relatado no estudo de Sink (2009). Também no estudo de Silva (2006) foi constatado que, na opinião dos enfermeiros, as mães e os pais apresentavam um nível baixo de conhecimentos no que se refere ao modo e ao momento de cortar as unhas.

Uma vez mais, nesta competência, os pais revelam saber menos que as mães, tanto ao nível dos conhecimentos como das habilidades. Este achado pode ser explicado pelo facto de, tradicionalmente, as tarefas associadas à higiene da criança, em particular nos primeiros tempos, ficarem sob responsabilidade da mãe ou de outra figura feminina da família. Porém, a intensi-

dade de participação e de envolvimento do pai vai aumentando à medida que a criança cresce, ou seja, é menos intensa nos primeiros meses, nomeadamente nas tarefas de alimentar, dar banho e mudar a fralda, mas, a partir dos três meses, a participação torna-se mais notória (Gouveia *et al.*, 1991).

Na competência: *tratar coto umbilical*, as mães revelam nível *fraco* e os pais nível *muito fraco* nos conhecimentos e tanto as mães como os pais revelam nível *bom* no desempenho das habilidades.

De facto, tratar do coto umbilical tem sido um cuidado à criança em que as mães, nos primeiros tempos após o nascimento do filho, revelavam dificuldades e receios nos cuidados relacionados com os cuidados ao coto umbilical (Afonso, 2000). Birk (1996), recorde-se, tomando por referência catorze cuidados à criança, procurou determinar quais eram, no período pós-parto imediato e antes do regresso a casa, os tópicos de aprendizagem considerados mais importantes na perspetiva da mãe. Na lista dos conteúdos considerados mais importantes, tratar do coto umbilical ocupou o 5.º lugar, tendo sido mencionado por 65% das mães como “*muito importante*”. Achado sobreponível, mas agora envolvendo mães e pais, obtiveram Moore & Billings (1993). Estas autoras procuraram descrever e comparar os tópicos que as mães (n=125) e os pais (n=100), que frequentavam as sessões de educação antenatal, identificavam como importantes. Os cuidados ao coto umbilical foi um dos tópicos que emergiu no *top ten* das mães e dos pais, como um dos temas que gostariam de ver discutido nas aulas de educação pré-natal. Também no estudo desenvolvido por Beger & Cook (1996) verificou-se que os cuidados ao coto umbilical são identificados como uma necessidade de aprendizagem por 74,5% das mães (n=164). Também os enfermeiros consideram que as mães e os pais apresentam um nível baixo de conhecimentos relativamente aos cuidados ao coto umbilical (Silva, 2006). Por isso, em diversos estudos tem sido evidenciado os défices associados a esta competência parental.

No atual estudo, uma percentagem significativa (80-90%) das mães e dos pais não sabe como e com que frequência deve desinfetar o coto umbilical, nem quais os sinais de infeção. A ideia de que as mães e os pais possuem baixo nível de conhecimentos sobre esta competência foi relatada em alguns estudos (Senarath *et al.*, 2007; WHO, 1998; Trindade, Linhares & Araújo, 2008; Silva, 2006; Birk, 1996; Moore & Billings, 1993). No estudo desenvolvido por Senarath *et al.* (2007), em que participaram 446 mães, foi verificado que somente 21,7% das mães respondeu corretamente à questão relacionada com o soluto a usar na desinfecção do coto umbilical. Os autores verificaram, ainda, que os conhecimentos demonstrados pelas mães (n=223) sobre cuidados ao coto umbilical era *fraco* (“*poor*”).

O facto de as mães e os pais apresentarem um nível *bom* nas habilidades na competência: tratar do coto umbilical pode ser explicado, à semelhança do que acontece noutras habilidades, pelo desenvolvimento célere das competências, a partir da instrução (a demonstração do como fazer) e do treino diário na desinfeção do coto; para além disso, trata-se de uma tarefa temporária (ou seja, termina com a queda do coto que ocorre entre o 5.º e o 15.º dia após o nascimento). Ainda assim, foram observadas dificuldades, em 37% das mães e 70% dos pais, na habilidade específica para desinfetar o coto umbilical.

Todavia, possivelmente os conteúdos associados a esta competência possam, a curto prazo, a sofrer alterações. De facto, a evidência tem vindo a demonstrar que a aplicação de álcool a 70% não promove a secagem, antes pelo contrário, atrasa a queda do coto umbilical; possui, isso sim, um efeito antibacteriano (WHO, 1998; Branco, 2003; Golombek, Brill & Salice, 2002; Pezzati *et al.*, 2002; Zupan, Garner & Omari, 2004; Trotter, 2004; Sangkae, 2005). Os resultados dos estudos têm evidenciado que não aplicar qualquer produto favorece mais o processo de mumificação do que o seu uso, isto sem aumento da incidência de complicações, nomeadamente de onfalite (Golombek, Brill & Salice, 2002; Pezzati *et al.*, 2002; Zupan, Garner & Omari, 2004; Trotter, 2004; Sangkae, 2005). Assim, no futuro, a parte da competência referente à desinfeção com álcool a 70.º talvez tenda a não ser avaliada por rotina.

No que se refere à competência: *promoção e vigilância da saúde*, as mães revelam um nível *razoável*, tanto nos conhecimentos como nas habilidades e os pais revelam nível *fraco* de conhecimentos e nível *muito fraco* no desempenho das habilidades.

De modo geral, mais de 30% das mães e dos pais não demonstram nem conhecimentos, nem habilidades, relacionados com esta competência. Efetivamente, 3/4 dos pais não demonstra habilidades para avaliar a temperatura corporal da criança nem para adotar as medidas de higiene oral, enquanto 93% não demonstra habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes. Estes achados parecem apontar para o facto de as mães assumirem ainda com maior intensidade a responsabilidade pela promoção e vigilância da saúde do filho. Para além disso, nesta competência, na comparação dos conhecimentos e das habilidades entre as mães e os pais constata-se que as mães sabem mais e fazem melhor do que os pais. De facto, contrariamente ao observado nas restantes competências, realça-se o facto de, nesta competência, nos pais a média do nível de desempenho nas habilidades dos pais ser inferior ao nível nos conhecimentos.

Uma das principais dificuldades relacionadas com esta competência é a capacidade para reconhecer os sinais de alerta e saber quando recorrer aos serviços de saúde. A aquisição desta

competência pode revelar-se particularmente complexa dado o espectro alargado de normalidade nos padrões de saúde. Na 1.^a/2.^a semana, constata-se que uma percentagem semelhante de mães e de pais revela falta de conhecimentos para identificar os sinais que justifiquem recorrer aos profissionais da saúde (64% e 65%, respetivamente). Nos meses seguintes já é observada uma significativa clivagem entre a percentagem de mães e de pais que evidencia falta de conhecimentos. De facto, não demonstram conhecimentos, ao 1.^o/2.^o mês, 51% das mães e 91% dos pais e, ao 3.^o/4.^o mês, 53% das mães e 90% dos pais. No que se refere às mães, Senarath *et al.* (2007) observaram resultados sobreponíveis, tendo verificado que estas possuem um nível satisfatório de conhecimentos sobre o reconhecimento dos sinais de alerta no filho recém-nascido, nos primeiros meses de idade.

Tanto as mães como os pais valorizam a aprendizagem de aspetos relacionados com a saúde e doença da criança. Birk (1996) verificou que possuir conhecimentos sobre os sinais de doença na criança foi considerado “*muito importante*” por 71% das mães. Na mesma linha de resultados, Beger & Cook (1996) verificaram que os sinais de doença na criança são referidos como uma necessidade de aprendizagem por 63,4% das mães (n=135). Estas autoras constataram que 90% das mães reconhecem nove dos treze sinais e sintomas de alerta que necessitam de atenção urgente por parte do profissional da saúde (por exemplo, o conhecimento sobre a necessidade de recorrer a um profissional da saúde quando uma criança, com prévio reflexo de sucção vigoroso, fica com sucção débil ou um bebé ativo que fica letárgico foi revelado por 68,4% e 63,2% das mães, respetivamente). Verificaram, ainda, que a distinção de condições anormais, mas benignas, foi fraca (“*poor*”), sendo que apenas um dos doze sinais que não necessitam de observação imediata pelo profissional da saúde foi reconhecido como tal (por exemplo, foi verificado que somente 23,8% das mães demonstrou o conhecimento correto sobre a retração do prepúcio, 30,3% sobre o significado da perda de sangue vaginal nas meninas recém-nascidas e 38,3% sobre a turgescência mamilar no recém-nascido).

Em relação à vacinação, constata-se que 62% das mães e 72% dos pais não demonstram conhecimento sobre quando deverá ser iniciado o esquema de vacinação e quais as vacinas a serem administradas. Este achado é congénere aos resultados de outros estudos. No estudo realizado por Senarath *et al.* (2007), no qual participaram 223 mães, verifica-se que, apesar de uma proporção considerável de mães demonstrar conhecimento sobre a reação à vacina da BCG, apenas um pouco mais de metade (51,3%) sabia que a BCG é administrada para proteger a criança da tuberculose. Baker *et al.* (2007), por seu turno, num estudo cujo objetivo era avaliar as necessidades de informação e os comportamentos de procura de informação das mães relacionados com a vacinação, tendo, para o efeito, entrevistadas 30 mães (quinze com

um filho e quinze com dois ou mais filhos), verificaram que somente quatro mães (duas com um filho e duas com mais do que dois filhos) conheciam o nome e o propósito da vacina administrada ao filho. No estudo realizado por Silva (2006), a autora verificou que os enfermeiros consideram que as mães e os pais apresentam um nível baixo de conhecimentos no que concerne às categorias da dimensão da vigilância de saúde do recém-nascido, nomeadamente, nos conhecimentos sobre vacinação e sobre as vacinas a administrar.

A propósito do estudo sobre os conhecimentos parentais sobre a saúde, nomeadamente, os conhecimentos sobre a vacinação, alguns autores referem que este tipo de estudos fornecem informações importantes para as políticas de saúde, na medida em que contribuem com dados para a reformulação dos programas de educação parental (Angelillo *et al.*, 1999; Ribas Jr. & Bornstein, 2005).

Nos conhecimentos relativos à competência: *preparar a integração do novo elemento na família*, as mães revelam nível *razoável* e os pais revelam nível *fraco*, avaliados somente nos casos em que já havia outro(s) filho(s). As mães e os pais podem reconhecer reações diferentes do habitual no(s) outro(s) filho(s), quer durante a gravidez, quer durante o internamento, quer, ainda, após o regresso a casa depois do nascimento.

As percentagens de mães e de pais mais elevadas, reportam-se à falta de conhecimentos sobre as estratégias para gerir o ciúme durante o internamento e aquando do regresso a casa (67% e 58% nas mães e 83% e 67% nos pais, respetivamente).

A chegada de um novo elemento à família, em particular quando se trata do nascimento do segundo filho, tem sido considerada um evento capaz de gerar tensões, dada a necessidade de reformular os papéis e regras de funcionamento no seio da família (Silva, 2006; Pereira & Piccinini, 2007).

Os conhecimentos para reconhecer a normalidade, ou anormalidade, das respostas da criança e para adequar as estratégias a implementar são relevantes para lidar com a situação. De facto, cada criança vivencia a chegada do irmão/irmã de forma distinta variando num *continuum* entre a *aceitação* e a *dificuldade em aceitar*. Algumas mostram-se tranquilas, outras podem apresentar-se excitadas e stressadas. A adaptação do primogénito ao nascimento do irmão pode traduzir-se em comportamentos negativos, associados ao sentimento de perda ou de ciúme por se sentir “substituído” pelo novo irmão. Alguns comportamentos indiciam compromisso no processo de adaptação do filho mais velho, como por exemplo: a regressão nos hábitos de sono e do uso do sanitário; a retoma da chupeta; a adoção de uma linguagem mais infantilizada; a procura constante de atenção; os comportamentos de ciúme; e, a agressividade

(Lowdermilk & Perry, 2008; Gonzalez, 2007; Oliveira & Lopes, 2008). As respostas do irmão mais velho, se desvalorizadas, podem ainda provocar comportamentos agressivos, como por exemplo, pegar de forma rude ou tentar magoar o irmão (Gonzalez, 2007; Schmitt, 2004).

Na competência: *lidar com problemas comuns na criança*, tanto ao nível dos conhecimentos, como ao nível das habilidades, as mães evidenciam nível *razoável* e os pais evidenciam nível *fraco*. Para o desempenho do papel parental, as mães e os pais necessitam saber reconhecer e saber como lidar com os problemas frequentes na criança, designadamente a obstrução nasal, o choro excessivo/síndrome de cólicas, a regurgitação e vômito, a descamação da pele, o eritema pela fralda, a cólica, a obstipação e a diarreia. Todavia, no presente estudo constatou-se que mais de metade das mães e dos pais não demonstra conhecimentos e/ou habilidades para lidar com os problemas comuns da criança. A noção de que os enfermeiros consideravam que as mães e os pais apresentam um baixo nível de conhecimentos sobre algumas condições de saúde, nomeadamente, sobre a obstrução nasal, a obstipação e a cólica, já havia sido relatado por Silva (2006). Por seu turno, Boscatto (2007) verificou que a maioria das mães (58,8%) não possui conhecimentos sobre eritema pela fralda. Na mesma linha de resultados, Vanderlei & Silva (2004), na análise do nível de conhecimento das mães (com filhos de idade inferior a dois anos) sobre as causas e o tratamento da diarreia aguda e os sinais de desidratação, verificaram uma associação significativa entre o internamento por diarreia e a falta de conhecimentos sobre como evitar a desidratação.

Como já foi referido anteriormente, o modo de lidar com o choro da criança, em particular com o choro excessivo, corresponde a um desafio para as mães e para os pais. No estudo atual, mais de 60% das mães não demonstra habilidades para adotar estratégias para reduzir choro excessivo e mais de metade não demonstra habilidade para reconhecer sinais de cólica e distinguir de síndrome de cólica (55%). Entre os pais, por seu turno, 3/4 não demonstra habilidades para adotar estratégias para reduzir choro excessivo e 68% não demonstra habilidades para reconhecer sinais de cólica e distinguir de síndrome de cólica. A quantidade de mães e de pais que revela falta de habilidades evidencia, de algum modo, as potenciais dificuldades que um casal pode ter se o filho tiver um quadro de choro excessivo.

O choro excessivo e inconsolável - designado por síndrome de cólicas - constitui uma situação geradora de preocupação e de frustração nas mães e nos pais (The Joanna Briggs Institute, 2008; Kosminsky & Kimura, 2004; Brouse, 1988). Este quadro é diagnosticado em 40% das crianças e resolve-se antes dos seis meses de idade (The Joanna Briggs Institute, 2008). A Kosminsky & Kimura (2004) referem que as dificuldades experienciadas pelas mães e pelos pais podem resultar da *“inexperiência e insegurança de assumir o novo papel mater-*

no/paterno” (p. 148). Na revisão da literatura desenvolvida por aqueles autores ficou evidente que a síndrome de cólicas do lactente é um desafio para a família, capaz de provocar alterações nas rotinas do dia a dia, e que a abordagem do enfermeiro é “*limitada e insatisfatória... [devido à]... indeterminação da etiologia*” (Kosminsky & Kimura, 2004: 154). De facto, dado que não há forma de a prevenir e a resolução da situação é casuística, em muitos casos, a intervenção produz impacto reduzido no quadro de choro em si, sendo apenas uma questão de esperar que a criança cresça e a situação desapareça espontaneamente (The Joanna Briggs Institute, 2008). O desafio que se coloca aos enfermeiros será o de dotar as mães e os pais com as competências necessárias para que consigam lidar com a situação, com o máximo de serenidade e confiança possível.

Na competência: *criar hábitos para dormir*, ao nível dos conhecimentos, as mães revelam nível *razoável* e os pais revelam nível *muito fraco*. Uma das principais tarefas das mães e dos pais é aprender a reconhecer e a prever os estados de consciência do recém-nascido e a encontrar as estratégias que melhor se adequem às características da criança e às rotinas da família (Brazelton & Cramer, 1989; Brazelton & Sparrow, 2009; Gomes, 2009). Todavia, uma percentagem significativa de mães e de pais revelam falta de conhecimento acerca dos conteúdos relacionados com esta competência parental. De facto, 69% das mães e 90% dos pais não demonstram conhecimentos sobre as estratégias para criar hábitos de dormir e 48% das mães e 80% dos pais não demonstram conhecimentos sobre as alterações no padrão de sono e vigília na criança, ao longo do tempo. Este achado pode ser explicado pelo facto de, frequentemente, as mães e os pais aceitarem os horários de sono e de repouso da criança, esperando que esta, a seu tempo, se habitue às rotinas da família; o que, mais tarde ou mais cedo, acabará por se concretizar. Porém, se as mães e os pais tiverem os conhecimentos sobre as características da criança e sobre as estratégias poderão criar hábitos de sono de forma mais suave e mais consistente com os hábitos e as necessidades da família.

Na competência: *estimular o desenvolvimento*, ao nível dos conhecimentos, tanto as mães como os pais revelam nível *fraco*. Os conteúdos associados a esta competência são praticamente desconhecidos pela maioria das mães e dos pais. De facto, parte significativa das mães e dos pais não conhece estratégias de estimulação, abrangendo este desconhecimento, ao 1.º/2.º mês, 74% das mães e 88% dos pais, e, ao 3.º/4.º mês, 81% das mães e 91% dos pais. Este achado pode ser explicado pelo facto de subsistir, ainda, a crença de que a criança cresce e desenvolve-se sem qualquer necessidade de estimulação. Todavia, sabe-se que nos primeiros seis meses de vida da criança, o crescimento e a organização do córtex cerebral, a estimu-

lação e as experiências sensoriais são muito importantes para o aumento do número de ligações neurológicas (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Fodor, García-Castellón & Morán, 2008). De facto, desde o nascimento, a motricidade, a sensorialidade e o funcionamento cognitivo constituem três linhas do desenvolvimento estritamente interligadas umas com as outras (Sá, 2004).

A consecução do potencial máximo de cada criança pode ser conseguida pela estimulação proporcionada pelas pessoas e pelos ambientes circundantes. A necessidade de aprender sobre alguns dos conteúdos associados a esta competência é referida no estudo desenvolvido por Metzger & Shocker (2004), no qual as mães manifestaram interesse em aprender novas habilidades, designadamente a massagem e a estimulação da criança.

A sensibilidade parental para as capacidades da criança tem sido correlacionada com as habilidades parentais. Mães e pais mais conhecedores dos fatores que influenciam o desenvolvimento infantil revelam maior capacidade para proporcionarem um ambiente promotor do desenvolvimento e maior capacidade para estimular a criança (Dichtelmiller *et al.*, 1992; Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006; Ribas *et al.*, 2003; Reis, 1988). Também Brouse (1988), tomando por referência estudos relacionados com o uso da Escala de Avaliação do Comportamento do Recém-nascido de Brazelton, refere que ensinar sobre os comportamentos da criança influencia a perceção que a mãe e o pai têm do seu filho e promove uma interação mais significativa. Gouveia *et al.* (1991), no estudo, cujo propósito foi estudar a participação do pai português nos cuidados ao seu filho durante o primeiro ano de vida, constatam que, independentemente da classe social, da idade e da experiência prévia do pai, bem da idade e do sexo da criança e da presença ou ausência de fatores de risco perinatal, os pais revelavam mais comportamentos de interação do tipo: pegar ao colo ou brincar e menos do tipo: dar banho.

Na competência: ***reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal***, ao nível dos conhecimentos, tanto as mães como os pais revelam nível *fraco*. Nos conteúdos associados a esta competência, verifica-se que mais de metade das mães e 3/4 dos pais não demonstra conhecimentos nos diversos indicadores associados a esta competência. Efetivamente, em relação a esta competência pode inferir-se que a maioria das mães não revela conhecimentos sobre o assunto. Por além disso, os pais não constituem grande ajuda para a tomada de decisão, dado que é significativa a percentagem de pais que não demonstra conhecimentos.

Os conhecimentos das mães e dos pais – e, conseqüentemente, os comportamentos parentais – sobre o desenvolvimento da criança influenciam o desenvolvimento infantil nos primeiros

anos (Ribas *et al.*, 2003). O interesse em saber mais sobre o assunto e a falta de conhecimentos das mães e dos pais sobre os aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil têm vindo a ser relatados em vários estudos. No estudo realizado por Moore & Billings (1993), na lista das dez necessidades de aprendizagem consideradas mais importantes, “o que esperar de um recém-nascido” foi um dos aspetos apontados pelas mães. Metzger & Shocker (2004) constataram que as mães e os pais têm necessidade de aprender sobre os marcos do desenvolvimento infantil. Já no estudo de Sink (2009), as mães manifestam necessidade de aprender sobre as características normais de um recém-nascido, designadamente, as marcas de nascença. No estudo de Beger & Cook (1996), 62,7% das mães (n=133) identificam o tópico “padrão de eliminação” como uma necessidade de aprendizagem importante. No estudo desenvolvido por Reich (2005), cujo objetivo era analisar o conhecimento da mãe sobre o desenvolvimento infantil, a autora verificou que o défice de conhecimento das mães (n=203) era mais notório nos tópicos relacionados com as habilidades desenvolvimentais da criança aos seis meses e com o padrão de sono.

Conhecer as características da criança parece, assim, assumir-se como um elemento determinante para adequar as respostas parentais às necessidades da criança. No atual estudo, ao 1.º/2.º mês, a maioria das mães (64%) e dos pais (75%) revelam falta de conhecimentos sobre o temperamento da criança. De facto, observa-se que mesmo após uma ou duas semanas de convívio com o filho, 62,1% das mães não foi capaz de caracterizar o tipo de temperamento do filho.

O temperamento, em particular quando se trata de uma criança mais exigente e de difícil consolo, pode perturbar a adaptação ao papel parental (Pridham & Chang, 1992; Montigny & Lacharité, 2005). Os estudos revelam que as mães e os pais apresentam maior nível de comportamentos adaptativos, quando a criança possui temperamento fácil e revelam maior perturbação na interação mãe/pai-filho, quando a criança apresenta temperamento difícil. Efetivamente, o temperamento da criança pode afetar as interações mãe/pai-filho, a relação conjugal e a confiança e satisfação no exercício do papel parental, sendo que famílias com filhos de temperamento *difícil* referem mais dificuldades do que as que têm filhos de temperamento *fácil* (Hockenberry & Winkelstein, 2006; Carey, 1989; Hakulinen, Laippala & Paunonen, 1998).

O temperamento da criança tem diferente impacto nas mães e nos pais, dependendo das expectativas e da perceção subjetiva que cada um tem relativamente ao respetivo filho. Num estudo realizado por Hubert & Wachs (1985), cujo o objetivo era compreender como as mães

e os pais caracterizavam o temperamento dos filhos, de acordo com a dicotomia “fácil/difícil”, verificou-se que 81,2% associavam a curiosidade/exploração ao temperamento “fácil” e 18,8% ao “difícil”; relativamente à independência das crianças, 80% associou-a ao temperamento “fácil” e 20% ao “difícil”; algumas mães e alguns pais identificavam como temperamento difícil a criança necessitar de maior vigilância.

O reconhecimento da diversidade de reações das crianças sustenta a necessidade evidenciada pelas mães e pelos pais de quererem saber mais sobre as características do filho, em particular, sobre o temperamento, para conseguirem compreender os comportamentos da criança e ajustarem os cuidados parentais.

Na competência: *lidar com o choro*, as mães revelam nível *fraco* nos conhecimentos e *razoável* nas habilidades e os pais revelam nível *muito fraco* nos conhecimentos e *fraco* nas habilidades. De facto, durante a gravidez, mais de 3/4 das mães e 91% dos pais não demonstram conhecimentos sobre o padrão esperado de choro e tipos de choro e 48% das mães e 66% dos pais não demonstram conhecimentos sobre as estratégias de consolo. Na 1.^a/2.^a semana, apesar de 20,9% das mães considerar que o filho chora excessivamente, nas habilidades observar-se uma percentagem significativa de mães e de pais que não são capazes de confortar a criança quando chora (34% e 48%, respetivamente).

O que fazer quando o bebé chora representa uma fonte de preocupação para as mães e para os pais. Esta ideia foi confirmada pelos achados do estudo desenvolvido por Moore & Billings (1993). Estas autoras verificaram que “o que fazer se o bebé chorar” surge, na seleção dos tópicos mais importantes, nas primeiras dez escolhas das mães e dos pais.

Os estudos têm vindo a demonstrar que o choro e a conseqüente resposta parental influenciam o desenvolvimento da criança, havendo mães e pais que interpretam o choro como um sinal negativo da sua capacidade no desempenho do papel (Barr, 2007; Helseth, 2007; Evanoon, 2007; Sears, 2006).

O choro é considerado a primeira causa da agressão a crianças com idade inferior a dois anos, sendo a forma de agressão mais frequente a síndrome do “bebé sacudido” (*Shaken Baby Syndrome*) (Locke, 2006). O choro é, também, considerado uma das razões primárias para as mães e os pais procurarem os profissionais da saúde (Evanoon, 2007).

As características do choro da criança e a capacidade das mães e dos pais para a acalmarem podem condicionar, tanto o modo como a criança responde aos estímulos, como os comportamentos parentais. Metzger & Shocker (2004) verificaram que as mães, ainda durante a gravidez, referiam querer aprender técnicas de consolo para lidar com o choro da criança.

Alguns autores defendem que o envolvimento com que as mães e os pais vivem a chegada do filho recém-nascido contribui para a capacidade de reconhecer e de distinguir os diferentes tipos de choro (Branco, 2006; Brazelton & Sparrow, 2009). Nos estudos de Boukydis, desenvolvidos nos finais dos anos 70 anos, constatou-se que quando as mães e os pais aprendem ou têm sensibilidade para aprender, as mães conseguem distinguir o choro do seu filho do de outros recém-nascidos, ao fim do terceiro dia, e, no final da segunda semana, já conseguem distinguir se o choro é de dor, de fome ou de aborrecimento; os pais, por seu turno, conseguem distinguir o tipo de choro apenas ao fim de três semanas (Brazelton & Cramer, 1989).

4.3 *Informoterapia: das necessidades de aprendizagem às estratégias para ensinar*

O desafio de outros tempos mantém-se: é necessário adequar e promover novos mecanismos para que se possa atingir maior rentabilidade e eficiência nos cuidados de enfermagem
Abel Paiva (2001)

O *tornar-se mãe* e o *tornar-se pai* encerra em si a necessidade de desenvolvimento da capacidade para tomar decisões em saúde – quer com a sua própria saúde, quer com a saúde do filho, desde a gravidez e ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança.

A consciencialização da mãe/do pai do respetivo nível de conhecimentos e de habilidades influencia a perceção do controlo sobre os aspetos relacionados com a saúde, a intenção e a capacidade para procurar informação e o assumir da responsabilidade pela promoção e pela manutenção da saúde. De facto, as competências cognitivas e sociais e a capacidade do indivíduo para compreender e usar a informação são essenciais para promover e manter a respetiva saúde. Esta realidade tem sido designada de literacia em saúde (WHO, 1998; Mayer & Villaire, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008).

A necessidade de aprender sobre os cuidados ao filho constitui um denominador comum às mães e aos pais, ao longo da transição para a parentalidade. A avaliação dos conhecimentos e das habilidades constitui uma atividade relevante, tanto para a determinação das necessidades de aprendizagem, como para a consciencialização sobre as necessidades da criança e sobre as tarefas parentais (Sink, 2009; Page, 2002; Zwelling & Phillips, 2001; King, 2006).

Pese embora o envolvimento das mães e dos pais se reflita na procura de informação, enquanto estratégia de preparação para o exercício do papel (Ferketich & Mercer, 1995), “encontrar”

a informação necessária, baseada na evidência, constitui a garantia de que se tornam mais conhecedores e mais envolvidos nos cuidados (Mettler & Kemper, 2003).

As competências parentais são o produto dos conhecimentos e das habilidades das mães e dos pais. Assim, a aquisição e/ou o desenvolvimento das competências parentais implica o acesso à informação e a consequente assimilação e transformação em conhecimento. No contexto da saúde, a informação não se valoriza exclusivamente em função do teor do seu conteúdo, mas, também, pelo potencial que encerra para a capacitação dos clientes dos cuidados na resolução de problemas e na tomada de decisão.

Neste contexto, importa ainda recordar que o acesso à informação é um direito consagrado a qualquer cliente dos cuidados de enfermagem, assumindo-se os enfermeiros – muito por força da sua proximidade e do seu *know-how* – ora como fonte de informação, ora como mediadores privilegiados entre a informação e os clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Gonçalves, 1999).

Em conformidade com o seu mandato social, os enfermeiros promovem a transição saudável das mães e dos pais, frequentemente através de processos de aprendizagem. Assim, o valor terapêutico da informação é assumido como um princípio orientador do exercício profissional, nomeadamente por via da terapia pela informação – informoterapia. A informoterapia assume a centralidade do cliente no processo de cuidados – apresentando-se como a informação certa, para o cliente certo, no momento certo (Mitchell, 1994; Mettler & Kemper, 2003). De acordo com aqueles autores, a intencionalidade associada à informoterapia engloba, por um lado, o aumento dos conhecimentos e a promoção da respetiva integração nos comportamentos e, por outro, a estimulação do envolvimento ativo do cliente no processo de cuidados.

Numa sociedade designada de *conhecimento*, os enfermeiros são desafiados a ampliar a sua ação, nomeadamente através do recurso às “novas” tecnologias de informação e comunicação (TIC), e a promover uma prática baseada na evidência, dando, por estas vias, resposta às necessidades dos “novos” clientes (Marín, 2007; Marín, 2005; Paiva e Silva, 2007; Pereira, 2009). Neste contexto, emerge, ainda, a preocupação em torno da qualidade da informação (Enkin *et al.*, 2000).

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de desenvolvimento das competências parentais e da relevância dos enfermeiros em tal promoção. Por um lado, os enfermeiros constituem uma fonte de informação fundamental para a promoção do desenvolvimento das competências parentais. De facto, no atual estudo, as mães e os pais que referem o enfermeiro como fonte de informação, de um modo geral, revelam maior nível de conhecimentos e

maior nível no desempenho nas habilidades. Por outro lado, na grande maioria dos indicadores em que as mães e os pais revelam défice são do domínio do conhecimento; efetivamente, o nível de conhecimentos das mães e dos pais foi baixo, sendo que as mães, em 13 das 16 competências, e os pais, em 15 das 16 competências, obtiveram média inferior a 55% nos conhecimentos associados às diversas competências parentais.

Estes achados podem constituir um pretexto para os enfermeiros repensarem as estratégias de ensinar – com recurso às TIC – como uma possibilidade para ampliar a capacidade de intervenção e, conseqüentemente, os ganhos em saúde da população. Importa também repensar os contextos dos cuidados – presenciais ou virtuais – e o modo de estabelecer o plano de cuidados. De facto, os planos de cuidados prescritos pelos enfermeiros, em parceria com o cliente, podem ser elaborados presencialmente ou através de um suporte eletrónico criado para o efeito; podendo, inclusivamente, ser elaborados pelo próprio cliente em função das recomendações do enfermeiro (O’Kane, 2002). Assim, a utilização de diferentes estratégias – presenciais e/ou recorrendo às TIC – pode expandir os efeitos benéficos da informação e tornar a aprendizagem mais efetiva (Mitchell, 1994; Sink, 2009; Page, 2002).

Os desafios que, contemporaneamente, são lançados aos enfermeiros passam por dar resposta às necessidades dos “novos” clientes e aceitar que a “*escolha*” é um valor relevante nas sociedades modernas (Sakellarides, 2009; Enkin *et al.*, 2000). A arquitetura da *escolha*, entendida como o conjunto de condições, circunstâncias, conhecimentos e conseqüências numa dada situação no domínio da saúde, compreende alguma complexidade e acarreta conseqüências não só no imediato, mas, também, a médio e a longo prazo; por isso, importa que sejam escolhas informadas pelo conhecimento disponível e pertinente à decisão em causa (Sakellarides, 2009). Ainda de acordo com este autor, a capacitação para a escolha torna mais fácil a compreensão sobre as determinantes da saúde por parte do cliente e ajuda a melhorar a literacia em saúde, isto é, a capacidade da pessoa para tomar quotidianamente decisões inteligentes em relação à sua saúde.

A discussão em torno do processo de aprendizagem das mães e dos pais não pode ser realizada sem ter em consideração que se trata de pessoas que possuem disposições e modos de aprender próprios e que têm preferências no modo de aprender, na escolha das fontes de informação, nas estratégias de aprendizagem e nos momentos para aprender (Pridham & Chang, 1992; Nealand, 1992; Beger & Cook, 1996; Redman 2003; Maloni, 1994). De facto, os clientes têm diferentes padrões de procura e de utilização da informação. A este propósito, Ferguson (1992) descreveu três tipos de consumidores de informação: passivo; preocupado

(*concerned*); e, ativo e responsável. O *cliente passivo* é aquele que sente que não há nada que possa fazer para lidar com a condição de saúde e que, raramente, procura informação sobre a sua condição ou sobre a prevenção ou o tratamento de doenças. O *cliente preocupado* é aquele que faz o que o profissional da saúde recomenda, colocando, ocasionalmente, questões, apenas procurando a informação que o profissional de saúde aprove. O *cliente ativo e responsável* é aquele que está motivado para assumir um papel pró-ativo no seu próprio cuidado e que procura, ativamente, informação sobre saúde. Na altura em que publicou este artigo no *The Futurist*, em 1992, este autor afirmou que, no ano 2000, um, em cada quatro clientes, procuraria ativamente a informação. Previsão que, mesmo com algum atraso e muitas assimetrias, não deixou de se cumprir ou, mesmo, superar. De facto, há autores que consideram que a internet pode assumir-se como uma poderosa fonte de informação e, como tal, uma influência determinante nas decisões de saúde, nomeadamente nas relacionadas com a maternidade e a paternidade (Enkin *et al.*, 2000; Lowdermilk *et al.*, 2008).

O recurso às TIC é uma realidade já enraizada nos hábitos de vida de muitos portugueses, sobretudo dos mais jovens. De facto, no estudo publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, em 2010, constata-se que as mães e os pais da próxima geração, ou seja, os indivíduos atualmente com 16-24 anos revelam uma elevada utilização do computador (94%) e da internet (89%). Também se verifica que, dos indivíduos dos 10 aos 15 anos de idade, 96% utilizam o computador e 91% acedem à internet, sendo que 47,0% refere que utiliza a internet para “pesquisar informação sobre saúde” (Instituto Nacional de Estatística, 2010). A utilização destas tecnologias é maior nos indivíduos com formação académica de nível superior e secundário e a proporção de homens que as utiliza é superior à das mulheres, em cerca de nove pontos percentuais, no uso de computador, e em dez pontos percentuais, na utilização de internet.

Assim, considerando que:

- (1) os enfermeiros contribuem para a transição para a parentalidade saudável, através da promoção do desenvolvimento das competências parentais;
- (2) as mães e os pais possuem disposições e modos de aprender próprios;
- (3) quanto mais as mães e os pais sabem, melhor fazem, isto é, quanto maior é o nível de conhecimentos maior é o nível no desempenho das habilidades;
- (4) a grande maioria dos indicadores em que maior percentagem de mães e de pais *não sabe* é do domínio do conhecimento (dez em dez nas mães e nove em dez nos pais) e que, nos indicadores em que menor percentagem de mães e de pais revelam défice, a maioria é do domínio da habilidade (nove em dez nas mães e oito em dez nos pais);
- (5) é possível ampliar o âmbito da intervenção do enfermeiro na promoção da aprendizagem à distância, respeitando os modos e os ritmos próprios de aprender, com recurso às TIC,

admite-se ser possível construir um modelo orientador do processo diagnóstico das necessidades de aprendizagem, particularmente, no domínio dos conhecimentos associados às competências parentais, que oriente a implementação das ações de informoterapia e que produza efetivos ganhos em saúde.

Assim, tomando em linha de conta os considerandos acima enunciados, procurou-se esboçar alguns princípios orientadores da construção de um modelo para o processo de diagnóstico, centrado na avaliação das competências parentais. Na organização dos elementos constituintes do modelo de avaliação das competências parentais assumem-se dois domínios: um centrado nas *características individuais* dos clientes e outro centrado na avaliação das *competências parentais*.

Das características individuais

O processo de aprendizagem das competências difere entre as mães e os pais. Por isso, um dos critérios de navegação no modelo de avaliação das competências parentais é: se é mãe ou se é pai. Efetivamente, em conformidade com os resultados deste estudo, para além de as mães e de os pais vivenciarem a parentalidade de modo diverso, também o interesse, o empenho e as necessidades de aprendizagem, no âmbito das tarefas parentais, são distintos. Carecem, por isso, de distintos percursos de aprendizagem.

Um outro critério de navegação é o momento do *continuum* da parentalidade em que se as mães ou os pais se encontram – gravidez ou pós-nascimento. De facto, os interesses e as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais mudam em função da idade gestacional/idade da criança, dado que a cada uma destas correspondem tarefas parentais e/ou necessidades da criança específicas.

Durante a gravidez, a avaliação das competências parentais vai depender do momento de início, admitindo-se a avaliação de todos os indicadores num único momento, de acordo com o interesse e disponibilidades das mães e/ou dos pais. Após o nascimento, a avaliação das competências terá necessariamente de considerar o critério – idade da criança, dado que as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais variam em função das necessidades da criança em cada fase de desenvolvimento.

Também foi ponderada inclusão de um critério de navegação relacionado com a experiência anterior, em particular o *não ser o primeiro filho*, como um fator influenciador da operacionalização do processo diagnóstico, nomeadamente do modo como a avaliação do conhecimento é concretizada (“...como fazia...?” ou “...como decidia...?”). A valorização da experiência

anterior ajuda a mãe/pai a refletir sobre a forma como a tarefa era realizada e sobre a fundamentação das diferentes tomadas de decisão, promovendo, deste modo, a consciencialização sobre o que já sabe e o que necessita saber e permite ao enfermeiro oferecer cuidados significativos.

Da avaliação das competências parentais

Os indicadores associados às competências parentais são diferentes ao longo do *continuum* da parentalidade. Assim, para efeitos da conceção de um programa promotor do desenvolvimento das referidas competências, estabeleceram-se critérios de organização dessas competências e dos respetivos indicadores do domínio do conhecimento.

Em conformidade com os resultados deste estudo, sugere-se que a sequência da avaliação das competências parentais, e dos respetivos indicadores, siga modelos distintos para a mãe e para o pai. De facto, o nível dos conhecimentos associados às competências parentais permitiu determinar uma ordem, designadamente, da competência em que as mães e os pais demonstram menor nível de conhecimentos para a competência em que demonstram maior nível de conhecimentos. Assim, sugere-se que a sequência da avaliação das competências parentais siga a ordem dessa lista, ou seja, das competências em que as mães ou os pais relevaram menor nível de conhecimentos para aquelas em que revelaram maior nível de conhecimento. Do mesmo modo, no que se refere aos indicadores associados às competências, sugere-se que a respetiva avaliação obedeça ao mesmo princípio (Anexo 20 e Anexo 21).

A continuidade dos cuidados é essencial na promoção do desenvolvimento das competências parentais. Assim, como já foi referido anteriormente, a informoterapia pode ser oferecida tanto presencialmente como com recurso às novas tecnologias. No modelo de cuidados presenciais, o enfermeiro consegue determinar, no imediato, a adequação dos cuidados, assumindo-se, por isso, como o elemento principal no processo de ensino-aprendizagem. Na interação presencial, interessa introduzir na equação do processo de cuidados algumas variáveis, designadamente, (1) o tempo disponível para o contacto; (2) o momento em que ocorre o contacto (por exemplo, se no início da gravidez, se já próximo do respetivo termo); (3) a disponibilidade para aprender do cliente; e, (4) o juízo clínico do enfermeiro – determinante para estabelecer as prioridades no plano de cuidados e para definir a profundidade de abordagem em função das necessidades concretas de aprendizagem identificadas. No modelo de intervenção *web-based*, a autoavaliação e a autoprescrição do plano de cuidados assumem particular relevo. Assim, a partir do programa definido, a decisão sobre o percurso de aprendizagem é

determinado pela mãe e/ou pelo pai, em função da autoconsciencialização das necessidades de aprendizagem, bem como, de acordo com os respectivos ritmos de aprendizagem e interesse pela informação disponibilizada. Neste modelo, o cliente é o elemento principal do processo de aprendizagem. Assim, assume-se que o modelo do processo diagnóstico, sugerido a partir dos resultados deste estudo, pode constituir uma peça estruturante, tanto para os cuidados presenciais, como para o desenvolvimento de suportes de informoterapia *web-based* (Anexo 22 e Anexo 23).

No âmbito da avaliação das competências parentais, para além da avaliação dos conhecimentos, a sistemática na avaliação das habilidades é fundamental. Assim, na avaliação do desempenho nas habilidades parentais e da capacidade para mobilizar os conhecimentos adquiridos, sugere-se que a mesma seja realizada, sempre que possível, através da visualização da realização da tarefa – seja presencial, seja com recurso às TIC.

A supervisão, *in loco*, da mãe ou do pai, durante a realização da tarefa, permite ajuizar da respetiva mestria nas ações e nas decisões relativas aos cuidados ao filho. Assim, poderá admitir-se a possibilidade de se recorrer às TIC, nomeadamente através de imagens em direto (tipo teleconferência), para a observação da realização da tarefa e/ou para possibilitar a oferta de cuidados. Quando, de todo, for impossível a visualização da realização da tarefa, o enfermeiro deve procurar conhecer qual a perceção do nível de eficácia para respetiva realização, em particular nas primeiras semanas após o regresso a casa após o parto, utilizando para o efeito, por exemplo, o telefone (Lowdermilk & Perry, 2008). Efetivamente, e de acordo com os resultados deste estudo, as mães com maior nível de conhecimentos e de competências e maior nível nas habilidades associadas às competências: alimentar a criança; saúde e segurança revelam maiores níveis de perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho.

Assim, para além das características individuais das mães e dos pais, os resultados da avaliação sumária via telefone teriam o potencial de, face à situação concreta de cada cliente, suportar as decisões relacionadas com o estabelecimento das prioridades dos cuidados e com o formato e local da intervenção – se eletrónico ou presencial; e se presencial, se no centro de saúde ou no domicílio. O resultado da avaliação das habilidades proporciona, ainda, dados relevantes para avaliar a eficácia das intervenções implementadas até então, assim como dados relevantes para a reformulação do plano de cuidados, assegurando, por esta via, a efetiva continuidade de cuidados perinatais.

Refletir sobre (...) novos modelos de cuidados que, pela recriação dos modelos em uso, possam traduzir um maior aproveitamento pelos clientes do enorme potencial dos cuidados de enfermagem

Abel Paiva

CAPÍTULO V	233
-------------------	------------

5. Conclusões	235
----------------------	------------

<i>Competências parentais: do conceito ao modelo de avaliação</i>	235
<i>Da caracterização das competências parentais aos desafios para as mães, para os pais e para os enfermeiros</i>	238
<i>Do perfil das mães e dos pais à decisão sobre as prioridades na promoção do desenvolvimento das competências parentais</i>	242
<i>Da necessidade de aprender à inovação no ensinar</i>	243
<i>Limitações do estudo e sugestão de novos estudos</i>	244
<i>Nota final</i>	245

5. Conclusões

Neste capítulo apresentam-se as conclusões do estudo, procurando associar as potenciais implicações para a prática, as limitações deste estudo e as sugestões para investigações futuras.

As conclusões foram organizadas em quatro domínios: (1) competências parentais: do conceito ao modelo de avaliação; (2) da caracterização das competências parentais aos desafios para as mães, para os pais e para os enfermeiros; (3) do perfil das mães e dos pais à decisão sobre as prioridades na promoção do desenvolvimento das competências parentais; e, (4) da necessidade de aprender à inovação no ensinar.

Competências parentais: do conceito ao modelo de avaliação

No início do estudo, postulou-se a existência de *competências parentais* enquanto domínio influenciador da saúde das mães, dos pais e dos filhos. Os resultados do estudo permitem, por um lado, confirmar a existência das competências parentais, não só enquanto conceito teórico mas, igualmente, como uma realidade percebida, quer pelos enfermeiros, quer pelas mães e pelos pais, e, por outro, contribuir para o aperfeiçoamento do conceito, acrescentando-lhe novas dimensões e mais detalhe.

Neste estudo, definiu-se *competências parentais* como o conjunto de conhecimentos e de habilidades, das mães e dos pais, que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança. Todavia, o conceito de competências parentais, avançado neste estudo, inclui, para além dos conhecimentos, as habilidades relativas às tarefas parentais, assumindo que a mobilização contextualizada dos conhecimentos e das habilidades confere conteúdo e forma a essas mesmas competências parentais.

As competências parentais estudadas circunscreveram-se a um período com início na gravidez e termo nos seis meses de idade da criança. Foram identificadas dezassete competências parentais e 193 indicadores, quer do domínio do conhecimento (139 indicadores), quer do domínio da habilidade (54 indicadores). As competências parentais identificadas foram: alimentar a criança; amamentar; alimentar por biberão; colocar a eructar; assegurar a higiene;

tratar do coto umbilical; vestir e despir; lidar com o choro; garantir a segurança e prevenção de acidentes; lidar com os problemas comuns; promoção e vigilância da saúde; criar hábitos para dormir; estimular o desenvolvimento; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal; preparar a integração do novo elemento na família; preparar a casa para receber o recém-nascido; e, preparar o enxoval. A cada competência parental foram associados indicadores do domínio do conhecimento e do domínio da habilidade, sendo que seis competências parentais tinham associados, somente, indicadores do domínio do conhecimento; as restantes competências tinham associados tanto indicadores do domínio do conhecimento, como do domínio da habilidade.

O modelo de avaliação das competências parentais definido (I_ACP) – baseado nos testemunhos de mães e de pais e na revisão da literatura – revelou-se um instrumento efetivo na avaliação das necessidades de aprendizagens das mães e dos pais. De facto, não tendo sido realizada uma avaliação do mérito absoluto deste instrumento, foi, mesmo assim, possível determinar o seu mérito relativo, tendo-se constatado que: (1) avaliava o que pretendia avaliar, revelando bons valores de *alpha de Cronbach*; (2) nos momentos em que foram avaliadas, as necessidades de aprendizagem eram reais; (3) permitiu caracterizar as competências parentais, nos momentos em que foram avaliadas; e, (4) permitiu introduzir conteúdo e sistemática na avaliação das competências parentais realizada pelos enfermeiros.

A aprendizagem das competências parentais corresponde a um processo contínuo, que decorre ao longo do tempo. Apesar de a preparação para a parentalidade ter início de forma mais efetiva durante a gravidez, as mães e os pais continuam a ter necessidade de integrar novos conhecimentos e novas habilidades para assegurarem os cuidados ao filho, à medida que este cresce e se desenvolve. De facto, as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais não estão claramente concentradas num período delimitado, estão, antes, distribuídas ao longo do tempo. Por isso, também a avaliação das competências parentais deve ocorrer ao longo do tempo, garantindo a continuidade dos cuidados e a oferta de cuidados antecipatórios.

No I_ACP estava contemplada a avaliação das competências parentais em cinco momentos: gravidez; 1.^a/2.^a semana; 1.^o/2.^o mês; 3.^o/4.^o mês; e, 5.^o/6.^o mês. De acordo com o modelo de avaliação das competências parentais avançado no estudo, o período da gravidez parece ser um tempo de aprendizagem intensiva, envolvendo conteúdos relativos a treze competências parentais, com um total de 76 indicadores, do domínio do conhecimento, associados.

Efetivamente, é durante a gravidez que as mães e os pais se preparam para o exercício do papel parental, mais especificamente, se preparam para assegurar os cuidados ao filho nos primeiros tempos após o nascimento deste. As primeiras semanas de exercício do papel parecem ser as mais críticas, dado, por um lado, a quantidade e a qualidade de informação que é necessário assimilar e transformar em comportamento e, por outro, a novidade inerente ao desempenho do papel, em particular para as mães e para os pais que o são pela primeira vez. Os enfermeiros, ao avaliarem as necessidades de aprendizagem durante a gravidez e ao oferecerem cuidados antecipatórios, estão a facilitar a transição saudável para a parentalidade. Assim, as intervenções dos enfermeiros deverão ser simultaneamente precoces e continuadas, garantindo que a preparação para o exercício do papel parental tenha início o mais cedo possível (ainda durante a gravidez) e que as competências parentais se desenvolvam de forma continuada ao longo do tempo.

A consciencialização, por parte dos enfermeiros, da quantidade e da variedade de conhecimentos e de habilidades de que as mães e os pais carecem para poderem dar resposta às necessidades do filho, pode constituir um pretexto para questionar o modelo de cuidados “em uso”. É que neste modelo, na maioria das vezes, apenas as mães têm oportunidade de aprender sobre os cuidados básicos ao filho, e somente durante as 48/72 horas de internamento no serviço de puerpério. Acresce que, para além de terem de lidar com o *bebé real*, a maioria das mães refere que, no período pós-parto, sente um elevado nível de cansaço (relacionado com o trabalho de parto, com os parcos períodos de sono e com as rotinas do serviço) e um elevado nível de *stress* (relacionado com o ambiente e com as pessoas desconhecidas). Todos estes elementos podem concorrer como fatores capazes de dificultar o processo de aprendizagem durante este período. Mais ainda, o regresso a casa com um filho nos braços, sem os conhecimentos e sem as habilidades necessários para garantir, com segurança, os cuidados ao filho, aliado à ausência de suporte, pode comprometer tanto a saúde da criança, como a saúde da mãe e/ou do pai.

Em contra ponto, o modelo de cuidados de enfermagem subjacente ao I_ACP preconiza a aprendizagem e o desenvolvimento das competências parentais desde a gravidez e ao longo dos primeiros seis meses após o parto. A introdução de sistemática no acompanhamento realizado pelo enfermeiro após o regresso da mãe e do filho a casa pode constituir um elemento determinante para uma transição saudável. De facto, constata-se que um número significativo de mães e de pais não demonstra (na avaliação realizada na 1.^a/2.^a semana) habilidades nas competências parentais. Assim, não só antes, mas mesmo após o nascimento da criança, os enfermeiros devem criar oportunidades para acompanhar a evolução da mestria

nas competências parentais. O acompanhamento, por parte de um enfermeiro, após o nascimento do filho permite, por um lado, avaliar as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, nomeadamente a capacidade para mobilizar os conhecimentos aprendidos e o desempenho real das habilidades e, por outro, avaliar a necessidade de novos conhecimentos para assegurar os cuidados à criança na fase de desenvolvimento seguinte, planeando e implementando as intervenções apropriadas. Neste contexto, e visando a manutenção dos níveis de confiança e de mestria no exercício do papel, importa manter a lógica da oferta de cuidados antecipatórios.

Da caracterização das competências parentais aos desafios para as mães, para os pais e para os enfermeiros

Os filhos são “mais filhos” das mães do que dos pais. Esta conclusão resulta das diferenças observadas no nível de competências das mães e dos pais, sendo que as mães revelam, sistematicamente, médias superiores às dos pais, quer no nível dos conhecimentos, quer no nível das habilidades, nas diversas competências parentais. Os achados confirmam o peso de uma realidade sociológica e cultural omnipresente em que a mãe assume o grosso da responsabilidade pelos cuidados ao filho do casal.

A partir dos resultados, pode, ainda, concluir-se que, apesar de a mulher se tornar mãe e o homem se tornar pai ao mesmo tempo, o processo de transição não parece decorrer do mesmo modo, nomeadamente ao nível da preparação para o exercício do papel e da integração das competências parentais. As mães parecem envolver-se mais intensamente do que os pais, quer na preparação, quer na assunção dos cuidados ao filho. Todavia, a investigação tem vindo a evidenciar os efeitos positivos do envolvimento do pai nos cuidados ao filho, ao nível da saúde da criança e da mãe, bem como, ao nível da satisfação no exercício do papel paternal.

Nos postulados deste estudo, assumiu-se a parceria entre a mãe e o pai como elemento central para uma transição para a parentalidade saudável. De facto, o pai, mesmo que não realize todas as tarefas, pode constituir um fator determinante para o sucesso e para a confiança da mãe no exercício do papel. Um exemplo paradigmático do contributo dos conhecimentos do pai, para as decisões e ações da mãe, surge no âmbito da competência parental: amamentar. O pai não amamenta, mas se possuir os conhecimentos que baseiam as decisões e as ações relativas à amamentação (por exemplo, conhecimentos sobre os sinais de fome e de saciedade da criança, sobre as medidas que estimulam a lactação ou sobre como lidar com as respetivas complicações) pode constituir-se uma mais-valia no apoio à mãe nos momentos

de dúvida e de falta de confiança nas suas capacidades para amamentar. O pai pode, deste modo, constituir uma influência positiva para a tomada de decisão informada e contribuir ativamente para apoiar a mãe na manutenção da amamentação, pelo menos até aos seis meses de idade, enquanto escolha mais saudável para o filho de ambos. Pelo contrário, se o pai não possuir tais conhecimentos, tende a alhear-se do processo de tomada de decisão, não se assumindo como fonte de suporte para a mãe, podendo, neste caso, sobrevir o abandono precoce da amamentação.

Os resultados apontam ainda para a inexistência de uma estratégia conjunta, entre a mãe e o pai, para se prepararem e para assumirem os cuidados ao filho. De facto, as competências em que as mães e os pais evidenciam mais conhecimentos e/ou habilidades não são complementares; são, antes, sobreponíveis. De um modo geral, o que as mães não sabem, os pais também não sabem e o que as mães sabem os pais também sabem.

Assim, considerando que: (1) tanto a mãe como o pai importam para a promoção da saúde do filho e ambos têm necessidade de integrar o papel parental no seu repertório de papéis; (2) há um espaço de liberdade no casal em que a mãe e o pai podem negociar e tomar decisões sobre o modelo de integração do filho na vida e nas rotinas da família; e, (3) não existe um único paradigma, mas diferentes entendimentos do modelo de integração do filho no seio familiar (fruto das diferentes realidades em que vivem as mães e os pais atuais), os enfermeiros são desafiados a criar modelos de cuidados que promovam, no seio do casal/família, a negociação sobre o processo de integração do filho no projeto de vida real do casal, através da elaboração de um “*plano de parentalidade*”.

O *plano de parentalidade* é o resultado da negociação - mediada pelo enfermeiro - entre a mãe e o pai, relativa à organização das tarefas e à atribuição de responsabilidades relativas aos cuidados ao filho, por exemplo: quem vai assumir determinadas tarefas; quem vai usufruir da licença de maternidade/paternidade; ou, quem vai aprender sobre o quê. A elaboração do *plano de parentalidade* pode constituir uma estratégia promotora da consciencialização e do envolvimento da mãe e do pai na preparação para o exercício do papel. Efetivamente, a criação de espaços de discussão, sobre o projeto de integrar um filho na vida, pode constituir um pretexto para a consciencialização da necessidade de mudança nos estilos de vida e para a promoção do envolvimento na preparação para o exercício do papel parental, em conformidade com o entendimento subjetivo do *tornar-se família*. Estas estratégias podem adquirir ainda mais pertinência nos casos em que a gravidez não foi planeada - situações que ainda ocorrem em elevado número.

Assim, em função do *plano de parentalidade*, e no respeito pelas decisões do casal, o enfermeiro pode, usando o I_ACP como guia do processo diagnóstico, estabelecer um plano de acompanhamento personalizado para aquela mãe e para aquele pai. Os enfermeiros podem ter ações dirigidas à família, considerando a mãe ou o pai numa perspectiva mais particular (distributivamente) ou, se for o caso, considerando-os como um todo (coletivamente). Estas ações podem abranger, tanto as estratégias de avaliação das competências parentais, como as estratégias de informoterapia.

Dos resultados do estudo, pode concluir-se, também, que a necessidade em cuidados promotores do desenvolvimento das competências parentais é real. De facto, em todos os indicadores avaliados, há mães e pais que não demonstram conhecimentos nem habilidades e, nas diversas competências parentais, as médias obtidas são genericamente baixas, particularmente nos indicadores do domínio do conhecimento. As médias no nível de conhecimentos variam entre *fraco* e *razoável* nas mães e *muito fraco* e *razoável* nos pais. Por seu turno, as médias ao nível do desempenho nas habilidades variam entre *razoável* e *muito bom* nas mães e entre *muito fraco* e *muito bom* nos pais.

Para além da constatação da falta de conhecimentos e de habilidades evidenciados pelas mães e pelos pais, pode concluir-se que as mães e os pais têm modos de desenvolvimento das competências parentais diversos, já que as necessidades de aprendizagem das mães são desiguais das dos pais. Esta conclusão pode ser confirmada a partir da diferença observada na análise comparativa das médias ao nível dos conhecimentos e ao nível do desempenho nas habilidades. Assim, e em função destes achados, os enfermeiros necessitam, antes de mais, ter presente qual é o alvo dos seus cuidados (a mãe ou o pai) para, a partir deste ponto, adequarem a sequência da avaliação das competências parentais.

O valor da diferença observada nas médias relativas às mães e aos pais é maior quando se comparam os níveis de conhecimentos. Porém, esta diferença diminui quando se comparam os níveis do desempenho nas habilidades. Ou seja, os pais “sabem menos” e “fazem menos bem” do que as mães, mas a diferença no domínio do “fazer” é menor do que a diferença no domínio do “saber”. A diferença observada parece indicar um envolvimento crescente do pai nas tarefas parentais a partir do nascimento do filho.

O envolvimento do pai nos cuidados ao filho parece, de facto, assumir-se como um fator determinante no desenvolvimento das competências parentais. De facto, os pais que mais

sabem são os que preveem colaborar e os que colaboram efetivamente nos cuidados ao filho, após o seu nascimento. Também é após o nascimento do filho que os pais evidenciam, ao nível de desempenho nas habilidades em algumas competências parentais, médias mais próximas das médias das mães. Pode inferir-se, por isso, que, para os pais, o nascimento do filho constitui um evento crítico, que funciona como um estímulo para o desenvolvimento das competências.

Após o nascimento do filho, os pais, aparentemente, aprendem com as mães as tarefas parentais. Esta conclusão é suportada pela correlação entre o nível no desempenho das habilidades das mães e dos pais. Admite-se que a aprendizagem ocorra por mimetismo, quando os pais observam os comportamentos das mães durante a prestação dos cuidados à criança. É, igualmente, razoável admitir que o pai, quando realiza uma dada tarefa, vá integrando progressivamente as orientações dadas pela mãe. Para além de aprenderem com as mães, os pais também parecem aprender com os profissionais da saúde. De facto, os pais que mais sabem são aqueles que referem os enfermeiros e os médicos como fontes de informação.

Com base nestas evidências, os enfermeiros podem desenvolver intervenções que promovam o envolvimento e a consciencialização do pai para a necessidade e para a importância de adquirir as necessárias competências parentais. As terapêuticas de enfermagem devem ser implementadas o mais precocemente possível e em consonância com o *plano de parentalidade*, de forma a constituírem-se como um contributo positivo para que a família se aproxime o mais possível do respetivo potencial máximo de saúde.

Os achados parecem apontar para o facto de, direta ou indiretamente, as terapêuticas de enfermagem produzirem um efeito positivo no desenvolvimento das competências parentais. De facto, mesmo não constituindo um objetivo deste estudo, os resultados sustentam a ideia de que os enfermeiros facilitam a transição para a parentalidade. Esta conclusão tem fundamento, não só, na correlação positiva entre o nível dos conhecimentos e o nível do desempenho nas habilidades, como, no facto de as médias ao nível do desempenho das habilidades serem superiores às médias ao nível dos conhecimentos. Efetivamente, a avaliação das necessidades de aprendizagem realizada por antecipação contribui para a consciencialização das mães e dos pais dessas necessidades. Em muitos casos, esta consciência pode desencadear comportamentos de procura de informação – quer recorrendo ao enfermeiro¹³, quer recorrendo a outras fontes de informação.

¹³ Após a avaliação das competências parentais, e em função do diagnóstico das necessidades de aprendizagem as mães e/ou os pais eram encaminhados para o enfermeiro, sendo implementadas intervenções apropriadas para responder às necessidades identificadas.

Do perfil das mães e dos pais à decisão sobre as prioridades na promoção do desenvolvimento das competências parentais

Conhecer as características das mães e dos pais que, tendo em vista a promoção do desenvolvimento das respetivas competências parentais, têm maior probabilidade de necessitarem de uma maior intensidade de cuidados de enfermagem, constitui um contributo para uma prática baseada na evidência.

A partir dos achados deste estudo, é possível inferir que algumas características das mães e dos pais constituem fatores facilitadores do desenvolvimento das respetivas competências, na medida em que evidenciam maior nível de conhecimentos e de preparação. De facto, há perfis nos pais e nas mães que tendem a apresentar maiores médias ao nível dos conhecimentos e das habilidades.

O facto de as mães e os pais coabitarem parece assumir-se como um fator protetor. Efetivamente, as mães e os pais que coabitam revelam maior nível de competências. Em relação às mães, a experiência de vida (as mais velhas) e a capacidade para integrar e mobilizar a informação (maior nível de escolaridade) parecem constituir fatores facilitadores da transição. De facto, são as mães mais velhas (idade superior a 29 anos) e com formação de nível superior as que revelam maiores níveis nas competências parentais. Também são as mães com maior nível na perceção da autoeficácia nos cuidados ao filho, aquelas que revelam maior nível nos conhecimentos e nas habilidades, em particular nas habilidades relacionadas com o alimentar a criança. No que se refere aos pais, o envolvimento parece constituir um fator relevante para o desenvolvimento das competências parentais. De facto, os pais que revelam maiores médias ao nível dos conhecimentos são aqueles que preveem colaborar nos cuidados ao filho, que assistem ao parto e que colaboram nos cuidados ao filho após o nascimento. Tanto nas mães como nos pais, a experiência anterior parece constituir um fator facilitador. Efetivamente, as mães e os pais com outros filhos que referem ter experiência anterior em tarefas parentais são os que revelam maiores médias ao nível dos conhecimentos e das habilidades.

Assim, pode concluir-se, então, que, no âmbito da avaliação das competências parentais, podem ser considerados clientes prioritários dos enfermeiros as mães mais jovens, as mães solteiras, as mães com menor nível de escolaridade, as mães que o são pela primeira vez, as mães cuja gravidez não foi planeada e as mães com níveis baixos de perceção de autoeficácia, bem como, os pais que não se envolvem na preparação para a paternidade e os pais que o são pela primeira vez.

Da necessidade de aprender à inovação no ensinar

A confirmação da existência de défices nos conhecimentos e nas habilidades reforça a relevância da ação dos enfermeiros, bem como, a necessidade de inovar nas estratégias de ensinar - informoterapia.

Os enfermeiros são considerados como uma fonte de informação relevante para o desenvolvimento de competências parentais. De facto, as mães e os pais que revelam maior média ao nível dos conhecimentos são aqueles que referem os enfermeiros como fonte de informação. As mães que revelam maior média são aquelas que referem os enfermeiros como fonte de informação, tanto durante a gravidez (nomeadamente, nas sessões de preparação para o parto e a parentalidade), como após o nascimento da criança. Já em relação aos pais, os que revelam maior nível são aqueles que referem os enfermeiros como fonte de informação após o nascimento do filho.

Assim, assumindo o efeito positivo que podem ter no desenvolvimento das competências parentais, importa que os enfermeiros reformulem os programas de acompanhamento, dando respostas individualizadas a cada mãe e a cada pai a partir da avaliação das necessidades de aprendizagem e do *plano de parentalidade*, construído pelos próprios. Neste contexto, espera-se que os enfermeiros sejam capazes de, com rigor e respeito pelos ritmos e modos de aprender das mães e dos pais, estabelecer as prioridades nos cuidados e estruturar estratégias de informoterapia efetivas no desenvolvimento das competências parentais.

As terapêuticas implementadas pelos enfermeiros, com vista à promoção das competências parentais, têm resultado, essencialmente, de intervenções de natureza presencial. O uso do contacto telefónico também tem vindo a ser um recurso utilizado pelos enfermeiros para uma avaliação sumária da situação clínica e para o estabelecimento de prioridade nos cuidados. Todavia, ainda não foram exploradas as potencialidades da utilização das novas tecnologias para efeitos de informoterapia. Talvez por isso, as mães que colaboram no estudo não refiram a internet como fonte de informação relevante. Pelo contrário, as mães e os pais que revelam maior média ao nível dos conhecimentos são aqueles que não recorrem à internet como fonte de informação.

A inovação em saúde contribui para uma melhor saúde – por via da maior qualidade nos cuidados – , para uma melhor gestão dos recursos, nomeadamente do tempo, e para suportar cuidados significativos a partir da valorização das necessidades de cada cliente. Por isso, a inovação nas estratégias de informoterapia, é um desafio incontornável para os enfermeiros. Esta convicção emerge do conhecimento das particularidades das mulheres e dos homens de

hoje, bem como, das mães e dos pais de amanhã, nomeadamente, o desejo de realização profissional, o ritmo apressado de vida e a dificuldade na gestão do tempo, a existência e o fácil acesso às novas tecnologias, a centralidade do filho no projeto de vida do casal e o interesse em participar nas decisões e em possuir conhecimento sobre a saúde, entre outras. Por isso, importa construir ferramentas educacionais com recurso às novas tecnologias, que incorporem os conceitos do processo de enfermagem e que otimizem o efeito terapêutico da informoterapia prescrita pelos enfermeiros.

Os resultados deste estudo contribuem, desde já, com o conteúdo relativo às competências parentais e respetivos indicadores e com um conjunto de propriedades orientadoras do modelo do processo diagnóstico. De facto, os achados deste estudo fornecem os conteúdos para suportar a avaliação das competências parentais, em contacto presencial (consultas individuais e/ou sessões de grupo, por exemplo). Mas, podem ser, igualmente, úteis para a construção de uma ferramenta educacional suportada nas novas tecnologias.

Limitações do estudo e sugestão de novos estudos

Os condicionalismos à extrapolação dos resultados estão intimamente ligados às limitações do estudo. Efetivamente, ao longo do desenvolvimento do estudo foram identificadas algumas limitações decorrentes de decisões metodológicas, nomeadamente do tipo de estudo, da seleção da amostra e do acesso à população.

A decisão por um estudo de carácter longitudinal foi a mais indicada em função dos objetivos que se pretendia alcançar; todavia, tal como é descrito por vários autores, esta decisão teve como consequência a dificuldade de manutenção dos mesmos participantes ao longo do estudo. Este aspeto justifica, de algum modo, as diferenças observadas no número de participantes nos diversos momentos de recolha de dados. De facto, apesar da negociação, realizada durante a gravidez, sobre os contactos posteriores e a sua relevância, houve um número considerável de mães que abandonou o estudo. A principal dificuldade apontada por estas mães foi a falta de disponibilidade para a realização, após o nascimento da criança, de uma visita domiciliária para a avaliação das habilidades.

O acesso aos pais constituiu também uma limitação. O modelo de acesso aos participantes condicionou o número de pais participantes. De facto, os contactos iniciais foram realizados nos centros de saúde, mas, de acordo com a organização atual dos serviços de saúde, é a mãe que é encaminhada para o projeto *Bem-me-quer*; é o nome da mãe que está associado ao programa de saúde; e, é a mãe que é convocada para as consultas. Nestas condições, só os pais que acompanhavam as mães é que puderam ser convidados a integrar o estudo. Nos

casos em que a mãe ia sozinha à consulta, procurava-se estender o convite ao pai e era explicada a importância da sua participação, mas que nem sempre esta estratégia resultou. A dificuldade em conciliar a entrevista de enfermagem com o horário laboral foi a razão mais frequentemente apontada para a ausência do pai.

A opção por uma técnica de amostragem de conveniência, tem como consequência os resultados não poderem ser generalizáveis com confiança para a população em geral.

Ao longo do estudo foram obtidas respostas para as questões de investigação. Contudo, novas questões, que carecem de resposta, emergiram e podem, mesmo, constituir pretextos para novas investigações: Qual a relação entre o nível nas competências parentais e a satisfação com o desempenho parental? Como se caracteriza a percepção da autoeficácia da mãe nos cuidados ao filho ao longo do tempo? Qual o valor preditivo da percepção da autoeficácia nos cuidados ao filho para identificar as mães que necessitam de maior intensidade de cuidados de enfermagem à saída da maternidade? Qual o efeito do nível das competências parentais no desenvolvimento infantil? Como avaliar o envolvimento do pai na preparação para a paternidade? Quais as competências parentais em que os pais mais se envolvem? Será que as mães e os pais recorrem às mesmas fontes de informação? Qual o nível de literacia em novas tecnologias das mães e dos pais? Qual o modelo *web-based* mais efetivo na promoção das competências parentais? Quais as didáticas mais efetivas no desenvolvimento das competências parentais? Será que as didáticas utilizadas produzem efeitos sobreponíveis, nas mães e nos pais? A procura de resposta para estas questões ampliará o conhecimento da disciplina da Enfermagem e, em consequência disso, contribuirá para uma prática baseada na evidência.

Nota final

O desenvolvimento deste estudo contribuiu para reforçar a convicção de que, no âmbito da promoção da mestria no exercício do papel parental - através do desenvolvimento das competências parentais - é expectável que os enfermeiros assumam a responsabilidade de garantir rigor no diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem e de inovar no âmbito das estratégias de informoterapia.

Neste contexto, subsiste o desafio – como uma mãe dizia durante a entrevista, referindo-se à necessidade de desenvolver competências para assumir os cuidados ao seu filho: “*é uma responsabilidade enorme...eles [recém-nascidos] não falam, não é? como é que vamos conseguir saber o que ele quer? o que tem?...a ver vamos...*”.

BIBLIOGRAFIA

A

- Aarts, C., *et al.* Breastfeeding patterns in relations to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*. 1999, Vol. 104, 4, p. e50.
- Academia das Ciências de Lisboa. *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo, 2001.
- Afonso, Esmeralda. Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período. [autor do livro] J.L. Pais-Ribeiro e M.R. Leal. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Livro de Atas*. Lisboa: ISPA, 2000, pp. 259-274.
- Alden, K.R. Nutrição e alimentação do recém-nascido. [autor do livro] D.L. Lowdermilk, S.E. Perry e I.M. Bobak. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed, 2002, pp. Cap. 21: 555-583.
- Alfaro-LeFevre, Rosalinda. *Applying nursing process: a tool for critical thinking*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Allan, George. A critique of using grounded theory as a research method. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2003, Vol. 2, 1, pp. 1-10.
- Almeida, J.G. *Amamentação – Um Híbrido Natureza – Cultural*. s.l.: Fio Cruz Editora, 1999.
- Almeida, João e Novak, Franz. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*. 2004, Vol. 80, 5, pp. 119-125.
- Almeida, Leandro S. e Freire, Teresa. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 4.^a ed. Braga : Psiquilibrios, 2007.
- American Academy of Pediatrics. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics*. 2000, Vol. 105, 3, pp. 650-656.
- Angelillo, I., *et al.* Mothers and vaccination: Knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999, Vol. 77, pp. 224-229.
- Antonello, Claudia Simone. Aprendizagem na ação revisitada e seu papel no desenvolvimento de competências. *Aletheia*. 2007, Vol. 26, pp. 146-167.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança Rodoviária - Criança Passageiro – Até aos 18 meses. *Associação para a Promoção da Segurança Infantil*. [Online] 2007. <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,241011211,1952,2057>.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. *Evidence-based clinical practice guideline Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Washington: AWHONN, 2000.
- Avaliação: como avaliar o aprender a (competências) e o aprender que (conteúdos)?* Costa, António Paulo. Porto: s.n., 2008. VI Encontro de Didática da Filosofia. p. 10. http://www.apfilosofia.org/documentos/pdf/APCosta_avaliacao.pdf.
- Azevedo, Maria de Fátima Fernandes. *Cuidar da Mãe e do Filho: contributo dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento*. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 2007. Tese de Mestrado.

B

- Baker, L. M., *et al.* Mothers' Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2007, Vol. 30, 1-2, pp. 39-53.
- Bandura, Albert. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. [autor do livro] Frank Pajares & Tim Urdan (Eds.). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents - Adolescence and Education*. USA: IAP, 2006.
- .Self-efficacy. [autor do livro] V.S.Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*. New York : Academic Press, 1994, pp. 71-81.
- Baker, L. M., Wilson, F. L., Nordstrom, C. K., & Legwand, C. (2007). *Mothers' Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations*. Obtido em abril de 2008, de Issues in Comprehensive Pediatric Nursing: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=25728138&site=ehost-live>
- .Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977, Vol. 84, 2, pp. 191-215.
- Banta, David. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*. [Online] 2003. http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/syntheses/antenatal/20031223_1.
- Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- Barlow, J., Coren, E. e Stewart-Brown, S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Online] 2004. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002020.html>.

Bibliografia

- Barr, Marilyn. What do you say to the parent of a crying baby? *NENA Outlook*. 2007, Vol. 30, 2, p. 13.
- Barros, Regina Marcia Miguel e Seyffarth, Anelena Socal. Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar – impacto de uma atividade educativa. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2008, Vol. 19, 3, pp. 225-231.
- Barros, Sônia M. O., Marin, Heimar F. e Abrão, Ana C. F. V. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica : guia para a prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002.
- Bar-yam, Naomi Bromberg. Becoming a Mother Postpartum Is a Special Time. *International Journal of Childbirth Education*. 1996, Vol. 11, 4, pp. 4-6.
- Bee, Helen. *A criança em Desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Beger, Donna e Cook, Cynthia A. Loveland. Maternal Postpartum Learning Needs. *International Journal of Childbirth Education*. 1996, Vol. 11, 1, pp. 22-26.
- Benasich, April A. e Brooks-Gunn, J. Maternal attitudes and knowledge of childrearing: Associations with family and child outcomes. *Child Development*. 1996, Vol. 67, 3, pp. 1186-1205.
- Bénony, Hervé. *O Desenvolvimento da Criança e as suas Psicopatologias*. Lisboa: Climepsi, 2002.
- Berger, Kathleen Stassen. *O desenvolvimento da pessoa: do nascimento à terceira idade*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.
- Berman, Rosemarie O. Perceived learning needs of minority expectant women and barriers to prenatal education. *Journal of Perinatal Education*. 2006, Vol. 15, 2, pp. 36-42.
- Birk, Deborah. Postpartum Education: Teaching Priorities for the Primipara. *Journal of Perinatal Education*. 1996, Vol. 5, 2, pp. 7-12.
- Bliss-Holtz, Jane. Developmental tasks of pregnancy and prenatal education. *International Journal of Childbirth Education*. 1991, Vol. 6, 1, pp. 29-31.
- Bobak, Irene M., Lowdermilk, Deitra L. e Jensen, Margaret D. *Enfermagem na Maternidade*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 1999.
- Bogdan, R., Biklen, S.K. *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto : Porto Editora, 1994.
- Boscatto, P.C. *Adesão da mãe às condutas de enfermagem na dermatite irritativa de fraldas do filho matriculado em uma Unidade de Saúde da Família*. Centro de pós-graduação, pesquisa e extensão curso de mestrado em enfermagem, Universidade Guarulhos. Guarulhos (SP): UG, 2007. Dissertação de mestrado.
- Borges, A., Philippi, S. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-Am Enfermagem* , 11 (3), pp. 287-292.
- Bowman, Katherine G. e Ruchala, Patsy L. A Comparison of the Postpartum Learning Needs of Adolescent Mothers and Their Mothers. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2006, Vol. 35, 2, pp. 250-256.
- Bowman, Katherine G. Postpartum Learning Needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2005, Vol. 34, 4, pp. 438-443.
- Boyatzis, Richard E. Core competencies in coaching others to overcome dysfunctional behavior. [autor do livro] Gerald Mount, Fabio Sala, Vanessa Druskat (eds.). *Emotional Intelligence and Work Performance*. s.l.: Erlbaum, 2005, pp. 81-95.
- . 1982. *The competent manager: A model for effective performance*. New York: John Wiley & Sons, 1982.
- Branco, Ana Sofia, et al. Choro excessivo primário em lactentes. *Ata Pediátrica Portuguesa*. 2002, Vol. 33, pp. 189-196.
- Branco, Anete. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*. 2006, Vol. 24, 3, pp. 270-274.
- Branco, Mário. Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.* 2003, pp. 8-10.
- Branco, Viviane Manso Castello, et al. Unidade de Saúde Parceira dos Pais. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil*. [Online] 2009. [Citação: 21 de agosto de 2010.] http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/unidade_saude_pai.pdf.
- Brazelton, T. B. e Cramer, B.G. *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- Brazelton, T. Berry. *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000.
- Brazelton, Terry e Sparrow, Joshua. *O método Brazelton: a Criança e o Choro*. 4ª ed. Lisboa: Presença, 2009.
- Bridges, William. 2004. *Transitions: Making sense of life's changes*. 2.ª ed. New York: Addison-Wesley, 2004.
- Brouse, Jenise. 1988. Easing the transition to the maternal role. *Journal of Advanced Nursing*. 1988, Vol. 13, pp. 167-172.
- Brown, S. G. e Johnson, B. T. Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot project. *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing*. 1998 , Vol. 27 , 1, pp. 33-38.
- Bryman, A. e Cramer, D. *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. 3.ª ed. Oeiras: Celta, 2003.

C

- Caetano, Patrícia Fagundes. *Construção e Validação do Inventário de Competências Pessoais para o Trabalho*. Universidade de Brasília. Brasília: UB, 2007. Tese de Doutorado.
- Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales*. Gliem, Joseph A. e Gliem, Rosemary R. Ohio: Ohio State University, 2003. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. pp. 82-88.
- Camiletti, Yolanda A. e Alder, Rod. Learning needs as perceived by women less than or equal to 16 weeks pregnant. *Canadian Journal of Public Health*. 1999, Vol. 90, 4, pp. 229-232.
- Campos, Isabel. *O Essencial da saúde - Aleitamento materno*. Lisboa: QuidNovi, 2007.
- Campos, L. As repercussões psicológicas da gravidez no pai. *Mental*. 2006, Vol. 4, 7, pp. 147-160.
- Canaval, G., et al. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*. 2007, pp. 8-24.
- Canavaro, Maria Cristina. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- Capik, Lynne Koehler. 1998. The health promotion model applied to family-centered perinatal education. *Journal of Perinatal Education*. 1998, Vol. 7, 1, pp. 9-18.
- Cardoso, Alexandrina e Paiva e Silva, Abel. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health. a study on the cultural suitability of ICNP. *International Nursing Review*. 2010, Vol. 57, 4, pp. 426-434.
- Cardoso, Alexandrina. *Representação dos Conceitos Centrais da Enfermagem: num contexto da Saúde Materna e Obstetrícia*. ICBAS, Universidade do Porto. Porto: UP, 2003. Dissertação de Mestrado.
- Cardoso, Hugo F.V. A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contempo-râneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*. 2006, Vol. 22/23, pp. 247-272.
- Cardoso, Lúcia. *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Braga: UM, 2006. Dissertação de Mestrado.
- Carey, W.B. Temperament risk factors in general pediatric practice. *Clinical and Education Applications of Temperament Research*. 1989, pp. 53-63.
- Carvalho, Marcus R. e Tamez, Raquel N. *Amamentação - bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Carvalho, Wladithe Organ. Construção de questionário para uso em inquéritos de base populacional notas metodológicas. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006, Vol. 5, pp. 92-98.
- Ceítíl, Mário. *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo, 2007.
- Charmaz, K. Grounded theory objectivist and constructivist methods. [autor do livro] (Eds.) N. Denzin & Y. Lincoln. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.
- Cheng, Wei-Chen, et al. A web-based breastfeeding education program. *Journal of Perinatal Education*. 2003, Vol. 12, pp. 29-41.
- Chick, N. e Meleis, A.I. Transitions: a nursing concern. [autor do livro] (Ed.) P L Chinn. *Nursing research methodology - Issues and implementation*. Boulder: Aspen Publication, 1986, pp. 237-257.
- Chung, M, et al. *Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: A Systematic Review*. Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ. Rockville: s.n., 2008. Evidence Syntheses, No. 66 - Report No.: 09-05126-EF1.
- Cogill, S., et al. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*. 1986, Vol. 292, pp. 1165-1167.
- Coleman, P.K. e Karraker, K.H. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*. 1997, Vol. 18, 1, pp. 47-85.
- Combs, Maddona C. *Maternal learning needs in early postpartum: an instrument development study*. Marshall University. Huntington: MU, 1996. Tese de Doutorado.
- Conde, Ana e Figueiredo, Bárbara. Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*. 2007, Vol. 3 (XXV), pp. 381-398.
- Condon, John T., Boyce, Philip e Corkindale, Carolyn J. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004, Vol. 38, pp. 56-64.
- Conrad, B., et al. Maternal confidence, knowledge, and quality of mother-toddler interactions: A preliminary study. *Infant Mental Health Journal*. 1992, Vol. 13, pp. 353-362.
- Copeland, Debra B. e Harbaugh, Lee Bonnie. Transition of Maternal Competency of Married and Single Mothers in Early Parenthood. *Journal of Perinatal Education*. 2004, Vol. 13, 4, pp. 3-9.

Bibliografia

- Copeland, Debra B. *Maternal competence and health status in early parenthood*. Medical Center School of Nursing, Louisiana State University. Eunice: LSU, 1999. Tese de Doutoramento.
- Cordeiro, Mário. *O grande livro do bebe: o primeiro ano de vida*. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2008.
- Cortina, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. 1993, Vol. 78, pp. 98-104.
- Corwin, Ann. Integrating preparation for early parenting into childbirth education: part I - a curriculum. *Journal of Perinatal Education*. 1998, Vol. 7, 4, pp. 26-33.
- Costa, Joana A.P.F. *Competências adquiridas ao longo da vida - Processos, Trajetos e Efeitos*. Dpto. Educação de Adultos, Universidade do Minho. Braga: UM, 2005. Dissertação de Mestrado.
- Costigan, C. L. e Cox, M. J. Fathers' participation in family research: Is there a self-selection bias. *Journal of Family Psychology*. 2001, Vol. 15, pp. 706-720.
- Coutinho, J. e Leal, I.P. Atitudes de mulheres em relação à amamentação Estudo exploratório. *Análise Psicológica*. 2005, Vol. 3, XXIII, pp. 277-282.
- Cunha, Maria Luzia Chollopetz da e Procianoy, Renato Soibelmann. Banho e colonização da pele do pré-termo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. junho de 2006, Vol. 27, 2, pp. 203-8.

D

- Darvill, R., Skirton, H. e Farrand, P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010, Vol. 26, 3, pp. 357-366.
- De Ketele, Jean-Marie e Roegiers, Xavier. *Metodologia de recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- de Montigny, F., Lacharite, C. e Amyot, E. The transition to fatherhood: The role of formal and informal structures during the post-partum period. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006, Vol. 15, pp. 601-609.
- de Montigny, Francine e Lacharite, Carl. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2004, Vol. 33, 3, pp. 328-339.
- de Montigny, Francine e Lacharité, Carl. Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, Vol. 49, 4, pp. 387-396.
- de Moura, Solange M.S.R. e Araújo, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2004, Vol. 24, 1.
- Deave, T. e Johnson, D. The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal Advanced Nursing*. Sep de 2008, Vol. 63, 6, pp. 626-33.
- Degenhart-Leskosky, Suzanne. Health Education of adolescent and non-adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*. 1989, Vol. 18, 3, pp. 238-244.
- Dennis, C.L. e Faux, S. The breastfeeding self-efficacy scale - psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecology Neonatal Nursing*. 2003, Vol. 32, 6, pp. 734-744.
- Denzin, N. e Lincoln, Y.S. (orgs.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2001.
- Deshaias, Bruno. *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- Di Mario, A. e et al., A. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). *WHO - Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*. [Online] 2005. <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>.
- Dichtelmiller, M., et al. The relationship of parental knowledge to the development of extremely low birth weight infants. *Journal of Early Intervention*. 1992, Vol. 16, pp. 210-220.
- Doenges, M. e Moorhouse, M. *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto interativo*. Lisboa: Lusodidacta, 1992.
- Doxtator, Laurie A. *Maternal confidence: a comparison between mothers of term and preterm infants by feeding method*. School of Nursing, Queen's University. Kingston: QU, 2003. Dissertação de Mestrado.
- DuGas, B. *Enfermagem prática*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
- Dukewich, T. L., Borkowski, J. G. e Whitman, T. L. Adolescent mothers and child abuse potential: An evaluation of risk factors. *Child Abuse and Neglect*. 1996, Vol. 20, pp. 1031-1047.
- Dulude, D., Wright, J. e Bélanger, C. The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2000, Vol. 18, 1, pp. 5-20.
- Dumas, Louise. Focus groups to reveal parent's needs for prenatal education. *The Journal of Perinatal Education*. 2002, Vol. 11, 3, pp. 1-9.
- Dunstan, Priscilla. Dunstan Baby Language. [Online] 2006. <http://www.dunstanbaby.com/>.
- Dyson, L., McCormick, F., e Renfrew, M. J. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).

E

- Edwards, Margaret Ream. *Self-esteem, sense of mastery and adequacy of prenatal care*. School of Nursing, University of Alabama. Birmingham: UA, 1991. Tese de Doutoramento.
- Edwards, Patricia. Impact of technology on the content and nature of teaching and learning. *Nursing Education Perspectives*. 2005, Vol. 26, 6, pp. 344-347.
- Eidelman, A. I. Early discharge, early trouble. *Journal of Perinatology*. 1992, Vol. 12, pp. 101-102.
- Ekström, Anette e Nissen, Eva. Counseling and Continuity of Care A Mother's Feelings for Her Infant Are Strengthened by Excellent Breastfeeding. *Pediatrics*. 2006, Vol. 118, pp. 309-314.
- Elek, Susan M., Hudson, Diane B. e Bouffard, C. Marital and parenting satisfaction and Infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 2003, Vol. 26, pp. 45-57.
- Emmanuel, E., et al. 2008. Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vol. 64, 1, pp. 18-26.
- Emmanuel, Elizabeth N. 2005. *Maternal Role Development: the influence of maternal distress following childbirth*. Faculty of Nursing and Health, Griffith University . s.l.: GU, 2005. Tese de Doutoramento.
- Enkin, M. W. 1990. Commentary: Are the correct outcomes of prenatal education being measured? *Birth*. 1990, Vol. 17, pp. 90-100.
- Enkin, Murray, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Escobar, AMU, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2002, Vol. 2, 3, pp. 253-261.
- Evanoon, Grace. Infant crying. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007, Vol. 21, 5, pp. 333-338.

F

- Fagan, Jay e Barnett, Marina. The Relationship Between Maternal Gatekeeping, Paternal Competence, Mothers' Attitudes About the Father Role, and Father Involvement. *Journal of Family Issues*. 2003, Vol. 24, 8, pp. 1020-1043.
- Fairbank L, O'MS, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*, 25, pp. 1-69.
- Falceto, Olga G., et al. Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. *Revista de Saúde Pública*. 2008, Vol. 42, 6, pp. 1034-40.
- Ferguson, Tom. Patient, Heal Thyself. *The Futurist*. Jan-Feb de 1992, pp. 9-12.
- Ferketich, Sandra e Mercer, Ramona. Predictors of parental role competence by risk status. *Nursing Research*. 1994, Vol. 43, pp. 80-85.
- Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*. 1995, Vol. 44, pp. 89-95.
- Fernandes, Armando. Síndrome de Morte Súbita do Lactente. *Centro Pediátrico de Telheiras*. [Online] Out de 2007. [Citação: 1 de Mar de 2009.] <http://amrf.no.sapo.pt/SMSL.pdf>.
- Fernandes, Eugénia M. e Maia, Ângela. Grounded Theory. [autor do livro] Eugénia Fernandes & Leandro Almeida (Eds.). *Modelos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: CEEP Edições, 2002, pp. 49-76.
- Ferreira, P. e Marques, F. *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. Coimbra: FEUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1998.
- Field, Andy. *Discovering statistics using SPSS*. London : British Library, 2005.
- Figueiredo, Bárbara. *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001. ISBN 972-31-0920-4.
- Figueiredo, Bárbara, Costa, Raquel e Pacheco, Alexandra. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2002, Vol. 2, XX, pp. 203-217.
- Fleury, Maria Tereza Leme e Fleury, Afonso. Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 2001, Vol. 5, sup., pp. 183-196.
- Fleming, P. J. et al. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Archives of Disease Childhood*, 81, pp. 112-116.
- Fodor, Elizabeth, García-Castellón, Maria C. e Morán, Montserrat. *Seis meses para toda a vida*. Lisboa: A esfera dos livros, 2008.
- Fontana, A. e Frey, J.H. The Interview: from structured questions to negotiated text. [autor do livro] N. Denzin & Y.S. Lincoln (Orgs.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2001, pp. 645-672.
- Fortin, Marie-Fabienne. *O processo de investigação - da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1996.

Bibliografia

- Fowles, Eileen R. e Horowitz, June A. Clinical assessment of mothering during infancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35, 2006, Vol. 5, pp. 662-670.
- Fox, Susannah. Health Information Online: Eight in ten Internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals. *The Pew Internet & American Life Project*. 2005.
- Fox, S., e Fallows, D. Health searches and email have become more commonplace, but there is room for improvement in searches and overall Internet access. Washington, DC: *Pew Internet & American Life Project*.
- Franciscato, Dariane. 1999. Dedo e Chupeta: "Mocinhos ou Bandidos?". [Online] 1999. [Citação: 28 de Abr de 2009.] <http://www.cefac.br/library/teses/381fbac3379605acc52012e13cc9b371.pdf>.
- Francisco, Vera Lúcia, et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*. 2007, Vol. 2, XXV, pp. 229-239.
- Fraser, Márcia T. D. e Gondim, Sônia M. G. Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. [Online] 2004. [Citação: 27 de maio de 2008.] http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/03.htm#_ftn2.
- Freed, G., Fraley, J. e Schanler, R. Attitudes of expectant fathers regarding breastfeeding. *Pediatrics*. 1992, Vol. 90, 2, pp. 224-227.
- Friedewald, M. e Newing, C. Father-Time Welcome to the Rest of Your Life. *Journal of Perinatal Education*. 2006, Vol. 15, 2, pp. 8-12.
- Friedewald, M., Fletcher, R. e Fairbairn, H. All male discussion forums for expectant fathers: Evaluation of a model. *Journal of Perinatal Education*. 2005, Vol. 14, 2, pp. 8-18.
- Froman, R. e Owen, S. Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1989, Vol. 3, pp. 199-211.
- Froman, R.D. e Owen, S.V. Mothers' and nurses' perceptions of infant care skills. *Research in Nursing and Health*. 1990, Vol. 13, pp. 247-253.
- Fuller, Jill e Schaller-Ayers, Jennifer. *Health assessment: A nursing approach*. Philadelphia: Lippincott, 1990.

G

- Gagnon, A.J. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000, Vol. 4, p. CD002869.
- García, Felipa Elena. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Revista Cubana de Pediatría*. 2008, Vol. 80, 2.
- Gartner, LM, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005, Vol. 115, 2, pp. 496-506.
- Garzon, Laurel S. *Perceptions of mothers of nursing caring, health status and competence in infant care*. School of Nursing, Catholic University of America. s.l.: CUA, 1991. Tese de Doutorado.
- Geib, L.T C. e Nunes, M. L. Incidência da síndrome da morte súbita em coorte de lactentes. *Jornal de Pediatria*. 2006, Vol. 82, 1, pp. 21-26.
- Gentaz, Edouard e Streri, Arlette. Cross-modal recognition of shape from to eyes in human newborns. *Somatosensory e Motor Research*. 2003, Vol. 20, 1, pp. 13-18.
- George, D. e Mallery, P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, 2003.
- George, L. Lack of preparedness: experiences of first-time mothers. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2005, Vol. 30, pp. 250-255.
- Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin. *O inquérito - teoria e prática*. Oeiras: Celta, 1993.
- Gimenez, Carla Maria Melleiro. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2008, Vol. 13, 2, pp. 70-83.
- Giugliani, EJR. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr*, 80 (5 Supl), 2004, pp. S147-S154.
- Giugliani, EJR. Amamentação exclusiva. [autor do livro] M.R. Carvalho & R. Tamez (Eds.). *Amamentação - Bases Científicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. Cap. 2: 15-25.
- Giuliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanczyk CA, Seffrin CF, Susin LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria*. 1995, Vol. 71, 2, pp. 77-81.
- Glaser, Barney e Strauss, Anselm L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing, 1967.
- Glaser, Barney G. Conceptualization on theory and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002, Vol. 1, 2, pp. 2-31.
- Golombek, Sergio G., Brill, Patricia E. e Salice, Anne L. Randomized Trial of Alcohol Versus Triple Dye for Umbilical Cord Care. *Clinical Pediatrics*. 2002, Vol. 41, 6, pp. 419-423.
- Gomes, Cristina Guimarães. Cuidar do sono do bebê. *Revista Referência*. 2009, Vol. II, 9, pp. 69-77.

- Gonçalves, A.C. *Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: s.n., 2001. Dissertação de mestrado.
- Gonçalves, P. *A acessibilidade à informação nas unidades de internamento hospitalar na perspetiva do doente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto; s.n., 2000. Dissertação de Mestrado.
- González, Carlos. *Manual práctico do aleitamento materno*. Parede: Mama Mater, 2008.
- Gonzalez, T. A. O ciúme entre os filhos. [Online] 2007. [Citação: 1 de dezembro de 2007.] <http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo205.shtml>.
- Gouveia, Rosa, *et al.* Cuidados do pai português nos cuidados ao seu filho no 1.º ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*. 1991, Vol. 22, pp. 246-249.
- Green, Carol J. e Wilkinson, Judith M. *Maternal newborn: nursing care plans*. St. Louis: Mosby, 2004.
- Gross, D, Rocissano, L e Roncoli, M. Maternal confidence during toddlerhood: comparing preterm and fullterm groups. *Research in Nursing and Health*. 1989, Vol. 12, pp. 1-9.
- Gross, D., Fogg, L. e Tucker, S. The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing and Health*. 1995, Vol. 18, 6, pp. 489-499.
- Guba, E.G. e Lincoln, Y.S. Competing paradigms in qualitative research. [autor do livro] N. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 2001, pp. 105-117.
- Guest, Greg, Bunce, Arwen e Johnson, Laura. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006, Vol. 18, pp. 59-82.
- Guise, JM, *et al.* The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the U.S. *Preventive Services Task Force. Annals of Family Medicine* . 2003, Vol. 1(2), pp. 70-8.
- Gusman, C.R. *Os significados da amamentação na perspetiva das mães*. Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto (SP): s.n., 2005. Dissertação de Mestrado.

H

- Hakulinen, Tuovi, Laippala, Pekka e Paunonen, Maria. Relationships between infant temperament, demographic variables, and family dynamics of childrearing families. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, Vol. 27, pp. 458-465.
- Handfield, B. e Bell, R. Do childbirth classes influence decision making about labour and postpartum issues? *Birth*. 1995, Vol. 22, pp. 153-160.
- Hanna, Leila M. O., Nogueira, Antônio J. S. e Honda, Vanna Y. S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *Revista Gaucha de Odontologia*. 2007, Vol. 55, 3, pp. 271-274.
- Harvey-Vallender, Jane. Becoming a mother was a difficult, multifactorial process. *Evidence-Based Nursing*. 1998, Vol. 1, 1, p. 27.
- Haque, M. F., *et al.* Breastfeeding counselling and its effect on the prevalence of exclusive breastfeeding. *Journal of Health, Population & Nutrition*. 2002, 20, pp. 312-316.
- Hauck, Fern R., Omojokun, Olanrewaju e Siadaty, S. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2005, Vol. 116, 5.
- Helseth, Solvi. Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 40, 3, pp. 267-274.
- Heringer, Mônica R. C. *et al.* A influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais. *CEFAC*. 2005, Vol. 7, 3.
- Hockenberry, Marylin e Winkelstein, Wilson. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- Hodnett, ED. Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2000, Vol. 27, 3, p. 218.
- Hofrichter, David A. e Spencer Jr., Lyle M. Competencies: The Right Foundation for Effective Human Resources Management. *Compensation & Benefits Review*. 1996, Vol. 28, 6, p. 22.
- Hotelling, Barbara A. Newborn Capabilities: Parent Teaching Is a Necessity. *Journal of Perinatal Education*. 2004, Vol. 13, 4, pp. 43-49.
- Houghton, Mifflin. Mastery. (n.d.). *Roget's II: The New Thesaurus*. [Online] 3.ª ed., 20 de March de 2009. <http://education.yahoo.com/reference/thesaurus/entry/mastery>.
- Howard, CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999, Vol. 103, p. 659.
- Huang, Keng-Yen, *et al.* Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers . *Applied Developmental Psychology*. 2005, Vol. 26 , pp. 149-170.

Bibliografia

- Hubert, N., e Wachs, T. Parental perceptions of the behavioral components of infant easiness-difficultiness. *Child Development*, 56, pp. 1525-1537.
- Hudson, D., Elek, S. e Fleck, M. First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. 24 p. 31. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2001, Vol. 24, pp. 31-43.
- Hudson, Diane B., et al. Effects of the new fathers network on first-time fathers' parenting self-efficacy and parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2003, Vol. 26, 4, p. 217-229.
- Hudson, Diane, et al. Young parents project: 21st century nursing intervention. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1999, Vol. 22, 4, pp. 153-165.
- Hunt, G., Joe-Laidler, K. e MacKenzie, K. Moving into motherhood: Gang girls and controlled risk. *Youth and Society*. 2005, Vol. 36, pp. 333-373.

I

- Instituto Nacional de Estatística. *Sociedade da Informação e do Conhecimento: Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias – 2010*. Lisboa: INE, 2010.
- International Council of Nurses. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- . *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- . *Maternal and infant nutrition*. Geneva: ICN, 2009.
- Iroku, Rachel O. *Self-efficacy and infant care skills of African-American mothers*. Education in Teachers College, Columbia University. Columbia: s.n., 1994. Tese de Doutoramento.

J

- Joanna Briggs Institute. The effectiveness of interventions for infant colic. *Australian Nursing Journal*. 2008, Vol. 16, 4, pp. 31-34.
- Johnson, Marion, Maas, Meridean e Moorhead, Sue. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Missouri: Mosby, 2000.
- Johnston, C. e Mash, E.J. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1989, Vol. 18, 2, pp. 167-175.
- Jones, Sandy. Sensitive Care for Newborns. *The International Journal of Childbirth Education*. 2006, Vol. 20, 4.

K

- Kaiser, Margaret M. e Hays, Beverly J. The Adolescent Prenatal Questionnaire: assessing psychosocial factors that influence transition to motherhood. *Health Care For Women International*. 2004, Vol. 25, 1, pp. 5-19.
- Kattwinkel, John, et al. Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 2000, Vol. 105, 3.
- Kattwinkel, John, et al. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics*. 2005, Vol. 116, 5.
- Kelle, U. "Emergence" vs. "Forcing" of Empirical Data? A Crucial Problem of "Grounded Theory" Reconsidered. *Forum: Qualitative Social Research*. [Online] 2005. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/467>.
- Kemp, Lynn, Harris, Elizabeth e Chavez, Roberta. Knowledge of sudden infant death syndrome prevention strategies in a multicultural, disadvantaged community. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2006, Vol. 42, pp. 441-444.
- Kendall, Garth, et al. Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion. *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*. 2005, Vol. 9, 3, pp. 1-6.
- Kiehl, Ermalynn M. e White, Marjorie A. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal Caring Science*. 2003, Vol. 17, pp. 96-103.
- Kiehl, Ermalynn Maria. *Family dynamics and maternal adaptation during childbearing in United States and Scandinavia*. Graduate School, University of Florida. Florida: s.n., 1994. Tese de Doutoramento.
- King, Mary P. *The Lived Experience of Becoming a first-mother Enlisted, Army, Active-duty Military Mother*. Faculty of the Graduate School, University of at Austin. Austin: s.n., 2006. Tese de Doutoramento.
- Kuhn, J. e Carter, A. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006, Vol. 76, 4, pp. 564-575.

- Kirsch, Sallie E. D. e Lewis, Frances M. Using the World Wide Web in Health-related Intervention Research: a review of controlled trials. *Computer Informatic Nursing*. 2004, Vol. 22, 1, pp. 8-18.
- Knauth, Donna G. Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*. 2000, Vol. 23, pp. 496-509.
- Koehn, Mary L. Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*. 2002, Vol. 11, 3, pp. 10-19.
- Negotiating the Journey - Preparing for Childbirth through Education*. Graduate School, University of Kansas. Kansas: s.n., 2003. Tese de Doutorado.
- Koniak-Griffin, Deborah, et al. Contemporary Mothering in a Diverse Society. *Journal Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006, Vol. 35, pp. 671-678.
- Kosminsky, F.S e Kimura, A. F. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2004, Vol. 25, 2, pp. 147-156.
- Kralik, D., Visentin, K. e Van Loon, A. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 55, 3, pp. 320-329.
- Kralik, Debbie e Van Loon, Antonia. Transitional process and chronic illness. [autor do livro] D. Kralik e B. Peterson & V. Vivien (Eds.). *Translating chronic illness research into practice*. United Kingdom: Blackwell Publishing Lda, 2010, pp. 17-36.
- Krokavcova, M. Mastery, functional disability and perceived health status in patients with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*. 2008, Vol. 15, 11, pp. 1237-1244.
- Kuhn, J. e Carter, A. Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006, Vol. 74, 4, pp. 564-575.
- Kuhn, Jennifer e Carter, Alice. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006, Vol. 76, 4, pp. 564-575.

L

- Lamounier, Joel Alves. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 2003, Vol. 79, 4, pp. 284-286.
- Lawler, Edward E. Competencies: A Poor Foundation for the New Pay. *Compensation & Benefits Review*. 1996, Vol. 28, 6, p. 23.
- Le Boterf, Guy. *Construir as competências individuais e coletivas*. Porto: ASA, 2005.
- Leal, Isabel. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- Ledford Jr, Gerald E. Paying for the Skills, Knowledge, and Competencies of Knowledge Workers. *Compensation & Benefits Review*. 1995, Vol. 27, 4, p. 56.
- Lee, J.H. A Study on Assessment of Mothers' Perception of a Newborn Baby. *Journal of the Korean Academy of Nursing*. 1986, Vol. 16, 3, pp. 67-77.
- Lesser, J., Koniak-Griffin, D. e Anderson, N. Depressed adolescent mothers' perceptions of their own maternal role. *Issues in Mental Health Nursing*. 1999, Vol. 20, pp. 131 - 149.
- Levy, Leonor e Bértolo, Helena. *Manual para o aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.
- Lichtman, Marilyn. Review note to Patricia Bazeley & Lyn Richards (2000). *Forum Qualitative Social Research [On-line Journal]*. [Online] 2001. <http://www.qualitativeresearch.net/fqs/fqs.htm>.
- Lincoln, Karen E. *A comparison of postpartum clients' and nurses' perceptions of priority information needs for early discharge*. Kirkhof School of Nursing, Grand Valley State University. 1997. Dissertação de Mestrado.
- Linkages Project. Breastfeeding and Maternal Nutrition Frequently Asked Questions (FAQ). *LINKAGES Project - Academy for Educational Development*. [Online] 2004. [Citação: 25 de março de 2011.] www.linkagesproject.org.
- Locke, John. Parental selection of vocal behavior: crying, cooing, babbling and the evolution of language. *Human Nature*. 2006, Vol. 17, 2, pp. 155-168.
- Logsdon, M. Cynthia, Wisner, Katherine L. e Pinto-Foltz, Melissa D. The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. September/October de 2006, Vol. 35, 5, pp. 652-658.
- Logsdon, M. Cynthia, Birkimer, John e Ratterman, Amelia. Social support in pregnant and parenting adolescent: research, critique and recommendations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2002, Vol. 15, 2, pp. 75-83.
- Lourenço, Sílvia e Afonso, Henrique. Nascimento do primeiro filho e alterações familiares. *Nursing*. 2008, Vol. 20, 238, pp. 22-28.
- Lowdermilk, Deitra L., Perry, Shannon E. e Bobak, Irene M. *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2002.

Bibliografia

- Lowdermilk, Deitra Leonard e Perry, Shannon E. *Enfermagem na maternidade*. 7.^a ed. Loures: Lusociência, 2008.
- Lugina, H. I., et al. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2001, Vol. 46, pp. 248-57.
- Lyn, Sheri e Khan, Parpia. Maternal Nutrition during Breastfeeding. *New Beginnings*. 2004, Vol. 21, 2, p. 44.

M

- MacArthur, C., et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2002, Vol. 359, pp. 378-386.
- MacFarlane, Aidan. *A Psicologia do Nascimento*. Rio de Janeiro : Ed. Salamandra, 1992.
- MacPhee, D., Fritz, J. e Miller-Heyl, J. Ethnic variations in personal social networks and parenting. *Child Development*. 1996, Vol. 67, 7, pp. 3278-3295.
- Maldonado, Josefa A., et al. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP, 2004. Monografías de la AEP (5).
- Malglaive, Gerard. *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora, 1995.
- Maloney, R. Childbirth education classes: Expectant parent's expectations. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*. 1985, Vol. 9, pp. 179-182.
- Maloni, J. A. The content and sources of maternal knowledge about the infant. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1994, Vol. 22, 4, pp. 111-120.
- Maltby, Hendrika, Kristjanson, Linda e Coleman, Mardhi. The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*. 2003, Vol. 9, 3, pp. 368-373.
- Marín, Heimar F. New frontiers for nursing and health care informatics . *International Journal of Medical Informatics*. 2005, Vol. 74, pp. 695-704.
- Marín, Heimar. Nursing Informatics advances and trends to improve health care quality. *International Journal of Medical Informatics*. 2007, Vol. 76 , Suppl 2, pp. 267-9.
- Marôco, João. *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Report Number, 2010.
- *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3.^a ed. Lisboa: Ed. Sílabo, 2007.
- Marôco, João e Garcia-Marques, Teresa. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 2006, Vol. 4, 1, pp. 65-90.
- Martins, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. 2006, Vol. 8, 20, pp. 1-12.
- Martins, S., et al. Transporte Automóvel de Lactentes e Crianças. Conhecimentos e Atitudes de Mães Portuguesas. *Ata Pediátrica Portuguesa*. 2007, Vol. 38, 6, pp. 246-249.
- May, K. A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time expectant fathers. *Westren Journal of Nursing Research*. 1980, Vol. 2, pp. 445-453.
- Mayer, G. G., e Villaire, M. *Health literacy in primary care*. New York: Springer Publishing Company.
- Mayring, Philipp. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2000, Vol. 1, 2, p. Art. 20. [Citação: 10 de maio de 2008.] <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.
- McCann, Alyne. *Prenatal education: Examining issues of maternal knowledge and preparedness for in-fant care*. Michigan State University. Michigan: MSU, 1997. Dissertação de Mestrado.
- McDowell, I. e Newell, C. Recommendations and Conclusions. [autor do livro] Newell C. McDowell I. *Measuring Health - A guide to rating scales and questionnaires*. 2.^a ed. New York: Oxford University Press, 1996, pp. 493-498.
- Medves, Jennifer M. e O'Brien, Beverley. Does Bathing Newborns Remove Potentially Harmful Pathogens from the Skin? *Birth: Issues in Perinatal Care*. setembro de 2001, Vol. 28, 3, pp. 161-165.
- Meighan, Mary M. Consecução do Papel Maternal. [autor do livro] Ann Marriner & Alligood, Martha Raile Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5.^a ed. Loures: Lusociência, 2002.
- Meleis, A. I., et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, 1, pp. 12-28.
- Meleis, Afaf Ibrahim e Trangenstein, Patricia A. Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994, Vol. 42, 6, pp. 255-259.
- Mercer, Ramona T. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research*. 1981, Vol. 30, 2, pp. 73-77.
- A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research*. 1981, Vol. 30, 2, pp. 73-77.
- *Becoming a mother*. New York: Springer, 1995.

- Becoming a mother at 16. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 1976, Vol. 1, pp. 45 - 52.
- Mercer, Ramona T. e Walker, L.O. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006, Vol. 35, pp. 568-582.
- Mercer, Ramona T. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006, Vol. 35, 5, pp. 649-651.
- Mercer, Ramona e Ferketich, Sandra. Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. 1990, Vol. 15, 3, pp. 268-280.
- Mettler, M. e Kemper, D. W. Information therapy: health education one person at a time. *Health Promotion Practice*. 2003, Vol. 4, 3, pp. 214-217.
- Metzger, Mary E. e Shocker, Barbara A. Creating Postpartum Support Groups. *International Journal of Childbirth Education*. 2004, Vol. 19, 1, pp. 12-15.
- Meyerhoff, Michael. HowStuffWorks. *Como cuidar de um recém-nascido*. [Online] 21 de junho de 2006. [Citação: 22 de setembro de 2009.] <http://saude.hsw.uol.com.br/como-cuidar-de-um-recem-nascido2.htm>.
- Mitchell, Donna Jean. Toward a definition of Information Therapy. *Annual Symposium Proceedings Archive*. 1994, pp. 71-75.
- Mitchell, E., Blair, P. e L'Hoir, M. Should pacifiers be recommended to prevent Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics*. Oct de 2005, Vol. 117, pp. 1755- 1758.
- Mitchell, Luís Henrique Raja Gabaglia. *Gestão de Pessoas por Competências no Ambiente AulaNet*. Departamento de Informática, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: PUC, 2004. Dissertação de Mestrado.
- Moore, Mary Lou e Billings, Sheila. Learning interests of men and women attending childbirth classes. *Journal of Perinatal Education*. [Online] 1993. [Citação: 12 de Dez de 2007.] www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1338&accno=1997010371.
- Moorhead, Sue, Johnson, Marion e Maas, Meridean. *Classificação dos resultados de enfermagem*. 3.^a. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Morales, Sandro Afonso. *Relação entre competências e tipos psicológicos junguianos nos empreendedores*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis : s.n., 2004. Tese de Doutorado.
- Morse, Janice. Designing funded qualitative research. [autor do livro] N. Denzin e Y. Lincoln. *Handbook for qualitative research*. Thousand Oaks CA: Sage, 2001, pp. 220-235.
- Moura, M. L. S., et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2004, Vol. 9, 3, pp. 421-429.
- Moura-Ramos, Mariana e Canavarro, Maria Cristina. Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 2007, Vol. 21, 3, pp. 399-413.
- Moura, S. M., e Araújo, M. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: ciência e profissão*, 24 (1).
- Myers, David. *Introdução à Psicologia geral*. 5.^a. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.

N

- Nealand, Sallie. *The interface of technology and an androgogy: a case study*. Faculty of George Peabody College for Teachers of Vanderbilt University. Vanderbilt: s.n., 1992. Tese de Doutorado.
- Needlman, Robert. Temperament: what is it? [Online] 2006. [Citação: 14 de Jun de 2009.] http://raisingchildren.net.au/articles/temperament_what_is_it.html.
- Nelson, A.M. A qualitative study of older first-time mothering in the first year. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004, Vol. 18, pp. 284 - 291.
- Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2003, Vol. 32 , pp. 465 - 477.
- Nichols, Francine H. e Humenich, Sharron Smith. *Childbirth Education: practice, research and theory*. 2^a ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000.
- Niegel, Fielding G. e Lee, Raymond M. *Computer Analysis and Qualitative Research*. Londres: Sage Pub., 1998.
- Nolan, Mary. *Antenatal Education - A dynamic approach*. Kent: Baillière Tindall & Royal College of Nursing, 2005.
- Nolan, Mary Louise. Empowering Women through Prenatal Education: Question Asking Skills and Role Play. *International Journal of Childbirth Education*. 1995, Vol. 10, 3, pp. 4-7.
- Nunnally, J. C. *Psychometric theory*. 2.^a. New York: McGraw-Hill, 1978.

Bibliografia

Nyqvist, Kerstin H. e Ewald, Uwe. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de biberão ou copo. *Journal de Pediatria*. 2006, Vol. 82, 2, pp. 85-86.

Nyström, Kerstin e Öhrling, Kerstin. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, Vol. 46, 3, pp. 319-330.

O

O'Kane, Margaret. A Strong Dose of Information: Health Plans as "infomediaries". *Managed Care Quarterly*. Spring de 2002, Vol. 10, 2, pp. 1-2.

Odena, Oscar. Using Specialist Software for Qualitative Data Analysis. *Education on line*. [Online] 2007. [Citação: 20 de maio de 2008.] <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/165945.htm> .

Oliva, Mónica e Salgado, Manuel. Aleitamento materno – aspetos práticos. *Revista Saúde Infantil*. 2005, Vol. 27, 1, pp. 11-20.

Oliveira, D e Lopes, R. C. Mãe, quero ficar contigo: Comportamentos de dependência do primogénito no contexto de gestação de um irmão. *Psicologia e Reflexão Crítica*. 2008, Vol. 21, 2.

Oliveira, M. Madalena. Paternidade e práticas de Cuidar – Estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2005, Vol. 6, pp. 37-40.

Ordem dos Enfermeiros. *Conselho de Enfermagem – Padrões de Qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

P

Page, Julie D. *Identifying the expressed learning needs of primiparous women enrolled in childbirth preparation class*. Queen's University. Kingston: s.n., 2002. Dissertação de Mestrado.

Paiva e Silva, Abel. *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau , 2006.

—Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da disciplina e da profissão. *Servir*. Jan-Abril de 2007, Vol. 55, 01-02, pp. 11-20.

Palmer, Brian. Ronco e apnéia do sono: como preveni-los na infância. [Online] 2005. [Citação: 15 de Abr de 2009.] <http://www.brianpalmerdds.com/pdf/Master-EmPortugues.pdf>.

Papalia, Diane, Olds, Sally e Feldman, Ruth. *O Mundo da Criança*. 8.^a Ed. Lisboa: McGraw Hil, 2001.

Parents' information needs and information sources about parenting issues. Guillaume, L. e Bath, P.A. Dublin: s.n., 2004. ISIC 2004 conference. Information Research, 10(1) summary 10.

Paschoal, SMP. *Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004. Tese Doutoramento.

Paul C, Reeves J. Visão geral do processo de enfermagem. [autor do livro] Julia George. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, pp. 21-32.

Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Revista de Nutrição*. 2002, Vol. 15 , 1, pp. 29-35.

Pereira, C. e Piccinini, C. O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de Psicologia*. 2007, Vol. 24, 3, pp. 385-395.

Pereira, Filipe. *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros* . Coimbra: Formasau , 2009.

Pereira, M. *O primeiro contacto pai-bebé: um olhar sobre as práticas de enfermagem*. Universidade do Porto. Porto: s.n., 2009.

Perrenoud, P. *As competências para ensinar no século XXI*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Pestana, M. e Gageiro, J. *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

Petersson, Kerstin, Petersson, Christer e Hakansson, Anders. What is good parental education? Interviews with parents who have attended parental education sessions. *Scandinavian Journal Caring Science*. 2004, Vol. 18, pp. 82-89.

Pezzati, M., et al. Umbilical cord care: The effect of eight different cord-care regimens on cord separation time and other outcomes . *Biology of the Neonate*. 2002, Vol. 81 , 1, pp. 38-44.

Phaneuf, M. *Planificação de cuidados – um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

Pinheiro, Luís Araújo e Pinheiro, Ana Ehrhardt. A pele da criança. A cosmética infantil será um mito? *Ata Pediátrica Portuguesa*. 2007, Vol. 38, 5, pp. 200-208.

- Polit, Denise F., Beck, Cheryl T. e Hungler, Bernardette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5.^a Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Ponton, Leticia Solis. *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. 2.^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- Posey, Andrea D. *Perceived Maternal Competence of Postpartum Women Giving Birth in an Alternative Setting*. School of Nursing, University of Alaska. Anchorage: UA, 2000. Dissertação de Mestrado.
- Potts, Michael J e Sesney, John. Infant Constipation: Maternal Knowledge and Beliefs. *Clinical Pediatrics*. Mar de 1992, pp. 143-148.
- Prado, Sônia Regina Leite de Almeida e Fujimori, Elizabeth. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2006, Vol. 59, 4, pp. 492-6.
- Prasopkittikun, Tassanee, *et al.* Self-efficacy in Infant Care Scale: Development and psychometric testing. *Nursing and Health Sciences*. 2006, Vol. 8, pp. 44–50.
- Prat, Régine. Entre demais e muito pouco: a quadratura do círculo da parentalidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2008, Vol. 42, 4, pp. 125-137.
- Premberg, Asa e Lundgren, Ingela. Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*. 2006, Vol. 15, 2, pp. 21-28.
- Pridham, Karen F. e Chang, Audrey S. Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*. 1992, Vol. 17, 2, pp. 204-216.

R

- Radey, Melissa e Randolph, Karen A. Parenting Sources: How do Parents Differ in Their Efforts to Learn About Parenting? *Family Relations*. 2009, Vol. 58, 5, pp. 536-548.
- Ramos, CV e Almeida, JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*. 2003, Vol. 79, 5, pp. 385-390.
- Ramos, Maria Altina S. Crianças, tecnologias e aprendizagem: contributo para uma teoria substantiva. [Online] 2005. [Citação: 27 de maio de 2008.] <http://hdl.handle.net/1822/6914>.
- Ramos, N. Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. [ed.] LNEC. *Atas do Colóquio viver (n) a cidade*. 1990, pp. 315-323.
- Redman, Barbara Klug. *A Prática da Educação para a Saúde*. 9.^a. Loures: Lusociência, 2003.
- Reece, S. M. Social support and the early maternal experience of primiparas over 55. *Maternal Child Nursing Journal*. 1993, Vol. 21, 3, pp. 91–98.
- Reece, S. M. e Harkless, G. Self-efficacy, stress, and parental adaptation: applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*. 1998, Vol. 4, 2, pp. 198–215.
- Rego, J. D. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu Editora, 2000.
- Reich, Stephanie. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *Infant Mental Health Journal*. 2005, Vol. 26, 2, pp. 143-156.
- Reis, Janet. Childrearing expectations and developmental knowledge according to maternal age and parity. *Infant Mental Health Journal*. 1988, Vol. 9, 4, pp. 287-304.
- Rezende, Magda Andrade. SOS respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004, Vol. 12, 1, p. 139.
- Ribas Jr., R. C, Moura, M.L. e Bornstein, M. H. Cognitiones maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Revista Brasileira de Crescimento & Desenvolvimento Humano*. 2007, Vol. 17, 1, pp. 104-113.
- Ribas Jr., R.C., *et al.* Socioeconomic status in Brazilian psychological research. Part 1: validity, measurement, and application. *Estudos de Psicologia*. 2003, Vol. 8, pp. 375-383.
- Ribas Jr., Rofolfo C. e Bornstein, Marc H. Parenting knowledge: similarities and differences in Brazilian Mothers and Fathers. *Interamerican Journal of Psychology*. 2005, Vol. 39, 1, pp. 5-12.
- Richards, Lyn. Teach-yourself NVivo 7: the introductory tutorials. [Online] 2006. [Citação: 20 de janeiro de 2007.] www.lynrichards.org.
- Roberts, Kathryn A. e Wilson, Richard W. ICT and the Research Process: Issues Around the Compatibility of Technology with Qualitative Data Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. [Online] 2002. [Citação: 5 de fevereiro de 2008.] <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02robertswilson-e.htm>.
- Rodrigues, Ângela e Esteves, Manuela. *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora, 1993.
- Rodrigues, António, *et al.* Grounded Theory: problemas de "alicerçagem". [Online] 2004. [Citação: 10 de março de 2008.] http://arodrigues.alfarod.net/docs/articles/2004_GroundedTheory.pdf.

Bibliografia

- Roegiers, Xavier e De Ketele, Jean-Marie. *Uma Pedagogia da Integração. Competências e aquisições no ensino*. São Paulo: Artmed, 2001.
- Rosa, M. J., e Chitas, P. *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ruas, R. L. *Gestão das Competências Gerenciais e a Aprendizagem nas Organizações*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Rubin, Reva. Attainment of the maternal role. Part I: Processes. *Nursing Research*. 1967a, Vol. 16, pp. 237 - 245.
- Attainment of the maternal role. Part II: Models and referents. *Nursing Research*. 1967b, Vol. 16, pp. 324 - 346.
- Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer, 1984.
- Ruchala, P. e James, DC. Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*. 1997, Vol. 26, pp. 685-9.
- Russell, Shirley F. *Antenatal learning needs, interests and concerns of multiparous mothers*. Dalhousie University of Halifax. Nova Scotia: s.n., 2003. Dissertação de Mestrado.
- Russell, K. M., e Champion, V. L. Health beliefs and social influence in home safety practices of mothers with preschool children. *Image: Journal-of-Nursing-Scholarship*, 28, pp. 59-64.

S

- Sá, Eduardo. *A Maternidade e o Bebê*. 2.^a. Lisboa: Fim de Século, 2004.
- Saes, Sandra de Oliveira, *et al.* Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2006, Vol. 24, 2, pp. 121-6.
- Salam, Catherine M. Mother's perception of infant care and self-care competence after early postpartum discharge. *International Journal of Childbirth Education*. 1995, Vol. 10, 2, pp. 30-39.
- Sakellarides, C. *Novo contrato social da saúde – incluir as pessoas*. Lisboa: Diário de bordo.
- Sandes, A.R., Nascimento, C., *et al.* Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. *Ata Médica Portuguesa*. 2007, Vol. 20, pp. 193-200.
- Sandre-Pereira, Gilza, *et al.* Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000, Vol. 16, 2, pp. 457-466.
- Sangkae, M. D. A randomized study of 3 umbilical cord care regimens at home in thai neonates: comparison of time to umbilical cord separation, parental satisfaction and bacterial colonization. *Journal Medical Association Thai*. 2005, Vol. 88, 7, pp. 967-972.
- Santos, Ana. Sobre o choro: Análise das Perspetivas teóricas. *Análise Psicológica*. 2000, Vol. 18, 3, pp. 325-334.
- Santos, Célia S., Pais Ribeiro, José e Lopes, Carlos. Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003, Vol. 4, 2, pp. 185-204.
- Santos, Vanessa e Barcia, Sónia. Contributo para a adaptação transcultural da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short form» - versão portuguesa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2009, Vol. 25, pp. 363 - 369.
- Schmidt, Richard A. e Wrisberg, Craig A. *Aprendizagem e performance motora: uma abordagem da aprendizagem baseada no problema*. 2.^a. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Schmied, V., *et al.* Time to listen: Strategies to improve hospital-based postnatal care. *Women and Birth*. 2008, Vol. 21, pp. 99-105.
- Schmitt, M. D. Rivalidade de Irmãos mais Velhos com os Recém-Nascidos. [Online] 2004. [Citação: 1 de dezembro de 2009.] <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3259&ReturnCatID=1800>.
- Schumacher, Karen L. e Meleis, Afaf I. Transitions: a central concept in nursing. 1994, Vol. 26, 2, pp. 119-127.
- Schwarz, E.B., *et al.* Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2009, Vol. 113, 5, pp. 974-982.
- Scott, J.A., *et al.* Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding amongst two populations of Australian Women. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2001, Vol. 37, pp. 254-61.
- Sears. Fussy baby. [Online] 2006. [Citação: 20 de janeiro de 2009.] <http://www.askdrsears.com/html/5/t051200.asp#t051205>.
- Selores, Manuela. Higiene e Cosmética na Criança. *Nascer e Crescer*. 1999, Vol. 8, 3, pp. 149-151.
- Senarath U, Fernando DN, Vimpani G, Rodrigo I. Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007, Vol. 101, pp. 823-830.
- Sertório, Sónia e Silva, Isília. As faces simbólicas e utilitária da chupeta na visão de mães. *Revista de Saúde Pública*. 2005, Vol. 39, 2, pp. 156-162.
- Setzer, Valdemar W. Dado, Informação, Conhecimento e Competência. *Revista de Ciência da Informação*. dezembro de 1999, pp. 1-12.

- Shaw, Elizabeth, *et al.* Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*. 2006, Vol. 33, 3, pp. 210-220.
- Shealy, K. R., *et al.* The CDC Guide to Breastfeeding Interventions, Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention. *Centre for Disease Control and Prevention*. [Online] 2005. [Citação: 16 de Abr de 2010.] <http://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm>.
- Shin, Hyunjeong e White-Traut, Rosemary. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 58, 1, pp. 90-98.
- Silva, A. K., *et al.* Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí. *Revista Brasileira de Crescimento & Desenvolvimento Humano*. 2005, Vol. 15, 3, pp. 01-10.
- Silva, Ana Cristina F. Correia. *Cuidar do Recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Lisboa: s.n., 2006. Dissertação de Mestrado.
- Silva, Luciana Rodrigues, *et al.* Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*. 2005, Vol. 4, 3, pp. 187-194.
- Silva, V., Silva Carvalho, J. L. e Cardoso, F. PMA: Carências, custos, acessibilidade e elasticidade da procura – uma projeção para Portugal. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 2006, Vol. 23, 6, pp. 363-368.
- Silveira, Regina B., Albernaz, Elaine e Zuccheto, Lucas M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna & Infantil*. 2008, Vol. 8, 1, pp. 35-43.
- Silverman, D. Analysis talk and text. [autor do livro] N. Denzin e Y.S.(orgs.) Lincoln. *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications Inc, 2001, pp. 821-834.
- Sink, Katherine K. Seeking Newborn Information as a Resource for Maternal Support. *J Perinat Educ*. 2009, Summer, Vol. 18, 3, pp. 30-38.
- Soares, Hélia Maria. *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Universidade do Porto, ICBAS. Porto: s.n., 2008.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. Prevenção da Morte Súbita. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. [Online] 2009. [Citação: 2 de Abr de 2009.] <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?id=33>.
- Spencer Jr., Lyle M. e Spencer, Signe M. *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons, 1993.
- Steffen, A., *et al.* The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology*. 2002, Vol. 57B, 1, pp. 74-86.
- Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. *Pesquisa qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Strauss, Anselm L. e Corbin, Juliet. *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2.ª Edição. Thousand Oaks: Sage Pub., 1998.
- Su, LL, *et al.* Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. Aug de 2007, Vol. 335, 7620, pp. 1-7.
- Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does Parental Breastfeeding Knowledge Increase Breastfeeding Rates? *Birth*. 1999, Vol. 26, 3, pp. 149-156.
- Svensson, Jane, Barclay, Lesley e Cooke, Margaret. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents Assessing Learning Needs. *Journal of Perinatal Education*. 2006, Vol. 15, 4, pp. 18-27.
- Sword, Wendy e Watt, Susan. Learning Needs of Postpartum Women Does Socioeconomic Status Matter? *Birth*. 2005, Vol. 32, 2, pp. 86-92.

T

- Tapadinhas, F., Anselmo, M. e Rocha, E. A primeira viagem do recém-nascido - o que pensam os pais. Resultado de um inquérito. *Saúde Infantil*. 2004, Vol. 26, 2, pp. 25-32.
- Tarkka, Marja-Terttu. Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, Vol. 41, 3, pp. 233-240.
- Tedder, Janice Lee. Give them the HUG: an innovation approach to helping parents understand the language of their newborn. *Journal of Perinatal Education*. 2008, Vol. 17, 2, pp. 14-20.
- Teti, D. M., O'Connell, M. A. e Reiner, C. D. Parenting Sensitivity, Parental Depression and Child Health: The Mediation Role of Parental Self-Efficacy. *Early Development and Parenting*. 1996, Vol. 5, pp. 237-250.
- Teti, D.M. e Gelfand, D. M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*. 1991, Vol. 62, 5, pp. 918-929.
- Teti, D. M., O'Connell, M. A. e Reiner, C. Parenting sensitivity, parental depression and child health: the mediational role of parental self-efficacy. *Early Development and Parenting*. 1996, Vol. 5, 4, pp. 237-250.
- The Joanna Briggs Institute. The effectiveness of interventions for infant colic. *Best Practice*, 12(6), pp. 1-4.

Bibliografia

- Thomas, A e Chess, S. *Temperament and Development*. New York : Brunner/Mazel, 1977.
- Thomas, A. e Chess, S. The role of temperament in the contributions of individuals to their development. *Individuals and Producers of their Development*. *Academic Press New York*. 1981, pp. 231-255.
- Thune-Larsen, K. B. e Moller-Pedersen, K. Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1988 , Vol. 6, 4, pp. 229-240.
- Tinsley, H. E. e Tinsley, D. J. Uses of fator analysis in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*. 1987, Vol. 34, pp. 414-424.
- Trindade, Ana L. J., Linhares, Eliane F. e Araújo, Rosália T. Aleitamento materno: conhecimentos das puérperas a respeito dessa prática. *Revista Saúde & Comunicação*. 2008, Vol. 4, 2, pp. 123-133.
- Trotter, Sharon. Care of the newborn: proposed new guidelines. *British Journal of Midwifery*. 2004, Vol. 12, 3, pp. 152-157.
- Tucker, S., *et al*. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2 year olds. *Research in Nursing and Health*. 1998, Vol. 21, pp. 199-210.
- Tuckman, B. *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

V

- Vandell, D.L., *et al*. Fathers and "others" as infant-care providers: Predictors of parents' emotional well-being. *Merrill-Palmer Quarterly*. 1997 , Vol. 43, pp. 361-385.
- Vanderlei, Lygia C. M. e Silva, Gisélia A. P. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2004, Vol. 50, 3, pp. 276-81.
- Vaucher, A.L.I. e Durman, S. Amamentação: crenças e mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005, Vol. 7, 2, pp. 207-214.
- Vinagre, Maria da Graça e Lima, Maria Luísa. Os acidentes infantis: Fatores sociocognitivos do comportamento de prevenção dos pais face ao risco de intoxicação da criança no espaço doméstico. *Análise Psicológica*. 1998, Vol. 1, XVI, pp. 41-48.
- Volpato, Solange Emanuelle, *et al*. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2009, Vol. 38 , 1, pp. 49-55.

W

- Walker, Deborah Sue. *Evaluation of an alternative prenatal care visit schedule for low-risk pregnant women*. University of California. Los Angeles: s.n., 1994. Tese de Doutorado.
- Wang, H. H., *et al*. Development of a web-based childbirth education program for vaginal birth after C-section (VBAC) mothers. *Journal of Nursing Research*. 2006, Vol. 14, 1, pp. 1-8.
- Wantland, Dean J., *et al*. The effectiveness of web-based vs non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*. 2004, Vol. 6, 4, p. e40.
- Watson, William J., *et al*. Transition to parenthood: What about fathers? *Canadian Family Physician*. 1995, Vol. 41, pp. 807-812.
- Webb, D. A., *et al*. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008, Vol. 35, 3, pp. 179-187.
- Weiss, Peter e Kerbl, Reinhold. The relatively short duration that a child retain a pacifier in the mouth during sleep: implications for sudden infant death syndrome. *European Journal of Pediatrics*. 2000, Vol. 160, 1, pp. 60-70.
- Wells, Kristen J., Thompson, Nancy J. e Kloblen-Tarver, Amy S. Development and psychometric testing of the Prenatal Breastfeeding Self-efficacy Scale. *American Journal Health Behaviour*. 2006, Vol. 30, 2, pp. 177-187.
- Whaley, L. F. e Wong, D. L. *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5.^a. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- WHO. *Essential Newborn Care. Report of a Technical Working Group*. Geneva: World Health Organization/FRH/MSM/96.13, 1996.
- .*Child health and development Evidence for ten steps to successful breastfeeding*. Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. Geneva: World Health Organization, 2009.
- .*Care of the umbilical cord - a review of the evidence*. Division of Reproductive Health. Geneva: WHO, 1998.
- .*Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO/HPR/HEP/98.1.
- .*Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care*. World Health Organization (WHO) and UNICEF, 1998.

- Wilkins, C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006, Vol. 22, pp. 169-180.
- Willford, Ruth Ann. *The impact of Prenatal education on parenting*. Gonzaga University. 1998. Dissertação de Mestrado.
- Williams, T., *et al.* Transition to Motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*. 1987, Vol. 8, 3, pp. 251-265.
- Wolfberg, A.J., *et al.* Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004, Vol. 191, 3, pp. 708-12.
- Wong, Dona. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Z

- Zanatta, E. A. e Motta, M. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2007, Vol. 28, 4, pp. 556-563.
- Zarifian, Philippe. *Objetivo Competência. Por uma Nova Lógica*. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
- Zorrinho, C. *Gestão da Informação*. s.l.: Editorial Presença, 1991. Biblioteca de Gestão Moderna .
- Zupan, J., Garner, P. e Omari, A. Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Database of Systematic Review: The Cochrane Library*. 2004, 3.
- Zupan, J., e Garner, P. Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Database of Syst Rev*.
- Zwelling, Elaine e Phillips, Celeste R. Family-centered maternity care in the new millennium: Is it real or is it imagined? . *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* . 2001 , Vol. 15 , 3, pp. 1-12.

ANEXOS

ANEXOS	265
Anexo 1. Necessidades de aprendizagem identificadas na revisão da literatura e estudos relacionados com a avaliação de conhecimentos parentais	266
Anexo 2. Instrumentos de recolha de dados utilizado para avaliar os conhecimentos parentais	268
Anexo 3. Formulário de recolha de dados para caracterização da amostra (entrevistas)	269
Anexo 4. Convite para participar no estudo e consentimento informado	270
Anexo 5. Categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo	271
Anexo 6. Resultados e indicadores da NOC relacionados com a parentalidade	272
Anexo 7. Especificações do conteúdo e critérios de diagnóstico	274
Anexo 8. Definição dos itens da PAE_CF em função dos indicadores do I_ACP do domínio de habilidade	293
Anexo 9. Escala de Perceção de Autoeficácia Parental nos Cuidados ao Filho (PAE_CF) – versão final	294
Anexo 10. Análise da consistência interna dos itens da PAE_CF	295
Anexo 11. Matriz de correlações interitens da PAE_CF	296
Anexo 12. Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)	297
Anexo 13. Esquema representativo dos dois níveis de agregação das competências parentais	307
Anexo 14. Autorização da instituição para realizar o estudo	308
Anexo 15. Perfil das mães e dos pais: relações e diferenças nas características individuais	309
Anexo 16. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - mães	321
Anexo 17. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - pais	324
Anexo 18. Médias nos conhecimentos e nas habilidades das competências parentais das mães e dos pais	327
Anexo 19. Análise das diferenças entre os conhecimentos e as habilidades associados a cada competência parental e variáveis atributo	328
Anexo 20. Sequência da avaliação das competências e respetivos indicadores relativa às mães, em função da % de mães que não demonstraram conhecimento	331
Anexo 21. Sequência da avaliação das competências e dos respetivos indicadores relativa aos pais, em função da % de pais que não demonstraram conhecimento	333
Anexo 22. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: mães	335
Anexo 23. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: pais	337

Anexo 1. Necessidades de aprendizagem identificadas na revisão da literatura e estudos relacionados com a avaliação de conhecimentos parentais

Necessidades de aprendizagem relativas ao exercício do parental, desde a gravidez até ao primeiro ano de vida	
Tema e autores	conhecimentos e habilidades
<p>Crescimento e desenvolvimento infantil</p> <p>Lee, 1986; Reis, 1988; Brouse, 1988; Degenhart-Leskosky, 1989; Imle, 1990; Froman & Owen; 1990; Hamilton, 1992; Conrad <i>et al.</i>, 1992; Moore & Billings, 1993; Martin, 1995; Combs, 1996; Birk, 1996; Collett, 1996; Beger & Cook, 1996; Corwin, 1998; Willford, 1998; Afonso, 2000; Sink, 2009; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Russell, 2003; Hotelling, 2004; Metzger & Shocker, 2004; Moura <i>et al.</i>, 2004; Reich, 2005; Sword & Watt, 2005; Bowman & Ruchala, 2006; Ribas Jr. & Bornstein, 2005; Huang <i>et al.</i>, 2005; Silva <i>et al.</i>, 2005; Ribas Jr, Moura, & Bornstein, 2007</p>	<p>Habilidades desenvolvimentais; Padrão de sono; Reconhecer os marcos do desenvolvimento infantil; Aparência e comportamento; Reações esperadas face aos estímulos; Reflexos do recém-nascido; Sinais e marcas de nascença; Eliminação intestinal e vesical; Características das fezes; Capacidades sensoriais da criança; Características da criança; Marcas de nascença; Capacidades do recém-nascido.</p>
<p>Alimentação e lidar com complicações associadas</p> <p>Degenhart-Leskosky, 1989; Froman & Owen; 1990; Imle, 1990; Garzon, 1991; Gouveia <i>et al.</i>, 1991; Hamilton, 1992; Moore & Billings, 1993; Moore & Billings, 1993; Martin, 1995; Beger & Cook, 1996; Birk, 1996; Collett, 1996; Combs, 1996; Lincoln, 1997; Lincoln, 1997; Corwin, 1998; Willford, 1998; Susin <i>et al.</i>, 1999; Afonso, 2000; Sandre-Pereira, Colares, & Carmo, 2000; Sink, 2009; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Dumas, 2002; Percegoni <i>et al.</i>, 2002; Escobar <i>et al.</i>, 2002; Doxtator, 2003; Russell, 2003; Sword & Watt, 2005; Berman, 2006; Bowman & Ruchala, 2006; Zanatta & Motta, 2007; Senarath <i>et al.</i>, 2007; Barros & Seyffarth, 2008; Trindade, Linhares, & Araújo, 2008</p>	<p>Métodos de alimentação; Amamentação; Como amamentar a criança; Horários das refeições: intervalo entre as mamadas (livre demanda); Momento ideal para a mamada; Importância do colostro; Tempo para a descida do leite; Quando oferecer as duas mamas; Extrair leite da mama com bomba; Extração e conservação de leite materno; Alimentar com biberão; Leite adaptado – preparação e dose; Reações ao leite adaptado; Aumento de peso com a alimentação/ Desmame; Mudança do leite materno para leite adaptado; Quando começar a introduzir novos alimentos; Quantidade de alimento; Interação dos medicamentos/alimentos com leite materno; Higiene das mamas; Problemas associados ao leite adaptado; Problemas associados à amamentação; Suplementos alimentares /Vitaminas.</p>
<p>Chupeta e necessidades de sucção</p> <p>Sink, 2009; Lugina <i>et al.</i>, 2001</p>	<p>Necessidade de chupeta; Utilidade; Quando oferecer.</p>
<p>Monitorização do peso/ Aumento de peso esperado</p> <p>Lincoln, 1997; Afonso, 2000; Lugina <i>et al.</i>, 2001</p>	
<p>Temperatura corporal e padrão de respiração</p> <p>Lugina <i>et al.</i>, 2001; Bowman & Ruchala, 2006</p>	
<p>Eructação</p> <p>Sink, 2009</p>	
<p>Regurgitação/ Vômito</p> <p>Afonso, 2000; Senarath <i>et al.</i>, 2007</p>	
<p>Higiene, conforto e cuidados à pele</p> <p>Froman & Owen; 1990; Gouveia <i>et al.</i>, 1991; Beger & Cook, 1996; Combs, 1996; Birk, 1996; Lincoln, 1997; Afonso, 2000; Sink, 2009; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Bowman & Ruchala, 2006; Zanatta & Motta, 2007; Senarath <i>et al.</i>, 2007</p>	<p>Dar banho; Troca da fralda; Vestir e despir a criança Vestuário adequado; Cortar as unhas; Cuidados com os olhos</p>
<p>Cuidados ao coto umbilical</p> <p>Froman & Owen; 1990; Moore & Billings, 1993; Beger & Cook, 1996; Birk, 1996; Afonso, 2000; Sink, 2009; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Bowman & Ruchala, 2006; Senarath <i>et al.</i>, 2007</p>	
<p>Coloração da pele</p> <p>McCann, 1997; Sink, 2009</p>	
<p>Confortar a criança/ Técnicas de conforto/consolo / Dar mimo</p> <p>Beger & Cook, 1996; Lincoln, 1997; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Sink, 2009; Metzger & Shocker, 2004; Zanatta & Motta, 2007</p>	
<p>Porque chora e lidar com o choro</p> <p>Froman & Owen; 1990; Moore & Billings, 1993; Beger & Cook, 1996; Birk, 1996; Combs, 1996; Afonso, 2000; Lugina <i>et al.</i>, 2001; Branco, 2003; Branco, 2006; Barr; Conde & Figueiredo, 2007</p>	

Viajar e passear com a criança

Beger & Cook, 1996; Sink, 2009

Massagem e estratégias de estimulação da criança

Metzger & Shocker, 2004

Vigilância da saúde e manutenção da saúde

Garzon, 1991; Moore & Billings, 1993; Combs, 1996; Beger & Cook, 1996; Lincoln, 1997; Angelillo *et al.*, 1999; Sink, 2009; Lugina *et al.*, 2001; Copeland & Harbaugh, 2004; Prado & Fujimori, 2006; Berman, 2006; Baker *et al.*, 2007; Senarath *et al.*, 2007

Vacinação;
Prevenção de infeções;
Consultas de vigilância;
Manutenção da saúde;
Primeiros socorros

Problemas comuns

Potts & Sesney, 1992; Eidelman, 1992; Birk, 1996; Beger & Cook, 1996; Lincoln, 1997; McCann, 1997; Sink, 2009; Lugina *et al.*, 2001; Sword & Watt, 2005; Bowman & Ruchala, 2006; Senarath *et al.*, 2007

Cólica;
Vómitos;
Constipações e infeções;
Sinais e sintomas para procurar profissional de saúde;
Eritema do rosto e da zona coberta pela fralda;
O que fazer quando a criança está doente;
Desidratação;
Obstipação;
Soluços

Segurança

Gouveia *et al.*, 1991; Combs, 1996; Beger & Cook, 1996; Lincoln, 1997; Afonso, 2000; Lugina *et al.*, 2001; Tapadinhas, Anselmo, & Rocha, 2004; Berman, 2006; Bowman & Ruchala, 2006; Kemp, Harris, & Chavez, 2006; Martins *et al.*, 2007

Proteção contra acidentes;
Posição para deitar;
Segurar a criança;
Segurança no automóvel;
Síndrome de morte súbita do lactente

Escolher brinquedos

Beger & Cook, 1996

Cuidados gerais à criança

Edwards, 1991; Pridham & Chang, 1992; Eidelman, 1992; Maloni, 1994; Salam, 1995; Ferketich & Mercer, 1995; Bar-yam, 1996; Lincoln, 1997; McCann, 1997; Willford, 1998; Corwin, 1998; Brown & Johnson, 1998; Harvey-Vallender, 1998; Lugina *et al.*, 2001; Sink, 2009; Dumas, 2002; Page, 2002; Russell, 2003; Copeland & Harbaugh, 2004; Condon, Boyce & Corkindale, 2004; Sword & Watt, 2005; George, 2005; Friedewald & Newing, 2006; Bowman & Ruchala, 2006; Fowles & Horowitz, 2006; Berman, 2006; Silva, 2006; Azevedo, 2007; Baker *et al.*, 2007; Emmanuel *et al.*, 2008; Falceto *et al.*, 2008

Cuidados gerais à criança após o regresso a casa;
Cuidados gerais à criança nos primeiros meses de idade;

Anexo 2. Instrumentos de recolha de dados utilizado para avaliar os conhecimentos parentais

Autores	Objectivo do estudo	Instrumento de recolha de dados
Trindade, Linhares, & Araújo (2008)	Identificar os conhecimentos adquiridos por puérperas acerca do aleitamento materno	93 mães, roteiros de visitas domiciliare criados para o efeito
Giuliani, Rocha, Neves, Polanczyk, Seffrin, & Susin, (1995)	Avaliar o conhecimento das mães em aleitamento materno e sua relação com a orientação recebida no pré e no pós-natal e com a prevalência de amamentação aos 3 meses	100 mães, entrevistas utilizando-se questionário padronizado que incluía 14 perguntas para testar o conhecimento em aleitamento materno
Percegoni, Araújo, Silva, Euclides, & Tinóco (2002)	Investigar o conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno	266 puérperas no 2.º dia pós-parto, entrevista individual, orientada por um questionário contendo doze perguntas
Silva L. R., et al. (2005)	Avaliar o conhecimento de mães e gestantes acerca da amamentação	24 grávidas, questionário semi-estruturado, elaborado pelos autores, para entrevista pessoal
Saes, Goldberg, Ondani, Valarelli, & Carvalho (2006)	Verificar o conhecimento de puérperas adolescentes e adultas sobre o aleitamento materno e aspectos relativos à amamentação	61 puérpera na 1.ª semana pós-parto, entrevista guiada por questionário
Susin, Giugliani, Kummer, Maciel, Simon, & Silveira (1999)	Avaliar o conhecimento das mães e dos pais sobre amamentação	208 casais, questionário de auto-preenchimento
Sandre-Pereira, Colares, Carmo, & Soares (2000)	Conhecer o nível de informação sobre amamentação entre as mulheres que participam do programa de pré-natal	135 puérperas, entrevista pessoal utilizando um questionário estruturado
Volpato, Braun, Pegorim, Ferreira, Beduschi, & Souza (2009)	Verificar os conhecimentos das mães sobre amamentação, as principais causas do desmame precoce, e a frequência ao pré-natal	74 grávidas, questionário na forma de entrevista, contendo 20 perguntas
Barros & Seyffarth (2008)	Conhecer as informações prévias sobre a alimentação complementar de mães e cuidadores de crianças, em torno de 6 meses de idade	122 mães e cuidadores, questionário antes da actividade (pré-teste) e o mesmo questionário após (pós-teste) a actividade, com questões objectivas a respeito do assunto abordado
Senarath, Fernando, Vimpanib, & Rodrigo (2007)	Avaliar o conhecimento das mães sobre os cuidados à criança e identificar os factores associados ao baixo nível de conhecimento	446 mães, questionário com 50 afirmações, que guiaram a entrevista, em que as mães teriam de responder se verdadeira ou falsa
Reich (2005)	Analisar o conhecimento da mãe sobre cuidados à criança	203 mães, questionário de auto-preenchimento construído com base no conhecimento profissional sobre o que mãe necessita saber relativamente ao desenvolvimento infantil, à segurança, à alimentação, à disciplina, choro, sinais de alerta e às rotinas diárias
Hanna, Nogueira, & Honda (2007)	Obter informações sobre o conhecimento materno em relação aos cuidados bucais do bebé	40 grávidas, questionário de auto-preenchimento
Ribas Jr., Moura, & Bornstein (2007)	Ampliar o conhecimento sobre cognições de mães brasileiras acerca da maternidade e desenvolvimento infantil	66 mães primíparas, Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI)
Moura, et al. (2004)	Analisar a relação entre conhecimento sobre desenvolvimento infantil e variáveis da mãe e do bebé	405 mães primíparas, Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI)
Silva, Vieira, Moura, & Ribas Jr (2005)	Avaliar conhecimentos que mães primíparas têm ao longo de primeiro ano de vida de seu filho sobre o processo de desenvolvimento infantil	109 mães primíparas, Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI - Knowledge of Infant Development Inventory)
Huang, Caughy, Geneviro, & Therese (2005)	Analisar a relação entre o conhecimento da mãe sobre o desenvolvimento infantil e a qualidade dos comportamentos parentais	378 mães e filhos, KIDI (Knowledge of Infant Development Inventory)
Vanderlei & Silva (2004)	Analisar o conhecimento materno sobre as causas, sinais de desidratação e manejo da diarreia aguda e a ocorrência de hospitalização	270 mães, formulário com questões pré-codificadas e abertas
Prado & Fujimori (2006)	Identificar conhecimentos maternos em relação ao cuidado prestado à criança com infecção respiratória aguda ou com diarreia	190 mães/responsáveis pela criança, entrevista com a mãe ou responsável pela criança, no domicílio
Kemp, Harris, & Chavez (2006)	Avaliar o nível de conhecimento da mãe sobre síndrome de morte súbita do lactente	233 mães, entrevista estruturada
Potts & Sesney (1992)	Identificar conhecimentos e expectativas relativamente à obstipação infantil	100 grávidas, questionário de auto-preenchimento
Baker, Wilson, Nordstrom, & Legwand (2007)	Identificar o nível de conhecimento das mães sobre vacinação	30 mães, entrevistas estruturadas

Anexo 3. Formulário de recolha de dados para caracterização da amostra (entrevistas)

Dados demográficos e obstétricos - mãe

Idade: ____ anos

Estado civil: casada | união facto solteira _____

Escolaridade: _____ (anos de escola)

Profissão: _____

Gravidez

Idade gestacional ____ semanas | **Gesta** ____ | **Para** ____ **Desejo de amamentar** sim não

Complicações: não sim (especificar) _____

Principal fonte de informação: enfermeira médico familiares outras mães livros Internet

outros _____

Puerpério

Idade do filho ____ meses | **1º filho** sim não | **Idade dos outros filhos** _____ (anos)

Tipo de parto: eutócico | distócico cesariana ventosa fórceps

Amamentar sim Duração: _____ (meses da criança) não (justificação)

Complicações: não sim (especificar) _____

Principal fonte de informação: enfermeira médico familiares outras mães livros Internet

outros _____

Dados demográficos e obstétricos - pai

Idade: ____ anos

Estado civil: casado | união facto solteiro _____

Escolaridade: _____ (anos de escola)

Profissão: _____

Gravidez

Idade gestacional ____ semanas | **Gesta** ____ | **Para** ____

Complicações: não sim (especificar) _____

Principal fonte de informação: enfermeira médico familiares outras mães livros Internet

outros _____

Puerpério

Idade do filho ____ meses | **1º filho** sim não | **Idade dos outros filhos** _____ (anos)

Principal fonte de informação: enfermeira médico familiares outras mães livros Internet

outros _____

Anexo 4. Convite para participar no estudo e consentimento informado

Investigadora: Alexandrina Cardoso, Professora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Introdução

Para as mães e os pais, a preparação para a chegada e a integração de um novo membro na família acarreta um conjunto de adaptações a novas condições de vida. Assumir a responsabilidade de cuidar de um filho, garantindo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, implica a adoção de ações destinadas a promover o ajustamento à gravidez e a preparação antecipada para assumir o papel de mãe ou pai. Após o nascimento, as mães e os pais necessitam de conhecimentos e capacidades para desempenhar, com eficácia, as tarefas parentais.

Assim, no sentido de os enfermeiros melhorarem o nível da assistência e facilitarem a **transição saudável para a parentalidade**, procura-se conhecer quais as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais para se prepararem e para assumirem o papel parental, desde a gravidez até ao 6.º mês de vida do filho.

Quem pode colaborar no estudo e porque a sua participação é importante?

Podem colaborar mães e pais, durante a gravidez ou com criança durante os primeiros seis meses de vida. Por isso, **convido-a(o) a participar no estudo**. A decisão de participar neste estudo é voluntária e pode mudar de ideias a qualquer momento. A qualidade da assistência que recebe não será de todo afetada pelo facto de participar, ou não, no estudo.

A sua participação seria muito importante pois ajudaria a identificar os conhecimentos e as habilidades que as mães e os pais necessitam para a preparação e para o desempenho do exercício parental.

Como pode colaborar?

Respondendo às questões colocadas sobre o que sabe sobre aspetos relevantes para os cuidados ao bebé, nos momentos em que for contactada para tal: gravidez, 1.º/2.ª semana, 1.º/2.º mês, 3.º/4.º mês e 5.º/6.º mês.

Possíveis benefícios ou prejuízos

Não se reconhecem nenhuns riscos pela participação no estudo. A assistência não será afetada positiva ou negativamente pela participação, ou não, no estudo. No entanto, o seu contributo pode ser importante para inovar a assistência dos enfermeiros a outras mães/pais.

Confidencialidade

A investigadora garante a manutenção do anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos: não será associado a qualquer dado recolhido o nome ou qualquer outro elemento identificativo do participante.

Depois de ler e me ser explicado a natureza do estudo e da minha participação e me ter sido assegurado a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, acedo participar no estudo.

Assinatura: _____

Anexo 5. Categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Alimentar o filho	(Re)conhecer sinais de fome e saciedade (Re)conhecer sinais de ingestão nutricional suficiente Alimentar com leite adaptado_biberão Alimentos adequados à idade
Amamentar e lidar com as complicações associadas	Amamentar_a intenção Começar a amamentar_quando Como manter o bebé acordado Critérios para oferecer 1 ou 2 mamas Duração da mamada Interromper a sucção Pega Posição da mãe e do filho Amamentar_até quando Colaboração do pai Influência da alimentação no leite materno Lactação_produção e libertação do leite Estabelecer intervalo entre as mamadas Padrão de comer e beber_necessidades nutricionais e hídricas Dificuldades_desistir de amamentar Dores por amamentar Extração de leite Reconhecer e tratar fissura Reconhecer e tratar ingurgitamento mamário Subida leite vs ingurgitamento mamário
Assegurar higiene corporal e pele saudável	Cortar as unhas Dar banho e medidas de segurança durante o banho Escolha dos produtos adequados à pele Higiene perineal
Atender o choro	Técnicas de consolo
Colocar a eructar	
Criar hábitos_dormir	
Estimular o desenvolvimento da criança	
Integrar o novo elemento na família	Gerir ciúme durante a gravidez, internamento e após o regresso a casa
Lidar com problemas comuns nas crianças	(Re)conhecer achados normais da pele Dermatite seborreica_courinhos Eritema pela fralda Obstrução nasal Porque 'vomita' Serão cólicas... Soluções...o que fazer
Preparar casa e enxoval	O que é preciso para o bebé_enxoval O que é preciso para o bebé_material e equipamento O que levar para o hospital Uso de chupeta
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento	(Re)conhecer temperamento Capacidades sensoriais do recém-nascido Características de um recém-nascido Padrão de crescimento e desenvolvimento ao longo do tempo
Segurança e prevenção de acidentes	Como segurar e manipular Medidas de segurança_outras crianças Medidas de segurança_risco de aspiração Medidas de segurança_SMSL Medidas de segurança_transporte no automóvel
Tratar coto umbilical	(Re)conhecer coto umbilical em mumificação Como promover a mumificação Desinfecção do coto umbilical Quando cai o coto umbilical
Vestir e despir a criança	
Vigilância e promoção da saúde	(Re)conhecer sinais de doença Diagnóstico precoce Manter temperatura corporal apropriada Vacinas e resposta à vacina

Anexo 6. Resultados (*outcomes*) e indicadores da NOC relacionados com a parentalidade

Resultado	Indicadores
<p>Estabelecimento da amamentação: mãe Definição: estabelecimento pela mãe de sucção do bebé adequada para assegurar nutrição apropriada, durante as primeiras três semanas de amamentação.</p> <p>DOMÍNIO II: Saúde fisiológica¹⁴ CLASSE: Nutrição Escala: Não adequado a Completamente adequado</p>	<p>Posição confortável durante a amamentação Apoio da mama em "C" Mama com leite antes da amamentação Reflexo de ejeção de leite (descida) Reconhecimento da deglutição do bebé Interrupção da sucção antes da remoção do bebé da mama Mamilo sem dor Evita oferecer tetinas artificiais Não oferece água ou qualquer outro líquido Reconhece os sinais de fome Alimentação adequada da mãe Capacidade para extrair leite, manualmente ou com bomba Armazenamento adequado do leite materno Uso de apoio da comunidade e/ou família quando necessário Satisfação com o processo de amamentação</p>
<p>Estabelecimento da amamentação: bebé Definição: preensão e sucção do leite materno para suprir as necessidades nutricionais, durante as primeiras três semanas de amamentação.</p> <p>DOMÍNIO II: Saúde fisiológica CLASSE: Nutrição Escala: Não adequado a Completamente adequado</p>	<p>Alinhamento corporal e pega corretos Abocanhar adequado do mamilo e aréola Sucção e posicionamento da língua corretos Deglutição audível Tempo mínimo de mamada de 5 a 10 minutos em cada mama Mínimo de 8 a 10 mamadas por dia Eliminação urinária diária adequada para a idade Eliminação diária de fezes líquidas, amareladas e granulares, adequadas à idade Ganho de peso adequado à idade Bebé satisfeito depois de amamentado</p>
<p>Amamentação: manutenção Definição: continuação da amamentação.</p> <p>DOMÍNIO II: Saúde fisiológica CLASSE: Nutrição Escala: Não adequado a Completamente adequado</p>	<p>Crescimento do bebé dentro dos parâmetros normais Desenvolvimento do bebé dentro dos parâmetros normais Capacidade da mãe para extrair e armazenar o leite materno, se desejado, com segurança Capacidade para descongelar, aquecer e oferecer leite materno Mamas sem dor Reconhecimento de sinais de produção de leite Reconhecimento de sinais de obstrução dos ductos e mastite Mãe evita automedicar-se sem consultar o profissional de saúde Manutenção da lactação após regresso ao trabalho Conhecimento da família sobre os benefícios de manter a amamentação Expressão de satisfação da família em relação ao processo de amamentação</p>
<p>Amamentação: desmame Definição: paragem progressiva da amamentação.</p> <p>DOMÍNIO II: Saúde fisiológica CLASSE: Nutrição Escala: Não adequado a Completamente adequado</p>	<p>Perceção de que a amamentação pode continuar para além da fase inicial da vida do bebé Reconhecimento que o bebé está pronto para o desmame Conhecimento dos benefícios do desmame gradativo Evitar a oferta de alimentos sólidos até que o bebé tenha 4 a 6 meses de idade Substituição de uma mamada com intervalos regulares de alguns dias Introdução de um alimento sólido de cada vez Introdução de alimentos sólidos usando uma colher Expressão familiar com o processo de desmame</p>
<p>Conhecimento: amamentação Definição: extensão da compreensão sobre a informação transmitida sobre lactação e nutrição através da amamentação.</p> <p>DOMÍNIO IV: : Conhecimento e comportamento de saúde¹⁵ CLASSE: Conhecimento e comportamento de saúde Escala: Nenhuma a Extensa</p>	<p>Descrição dos benefícios da amamentação Descrição da fisiologia da lactação Descrição da composição do leite materno, processo de descida do leite anterior e posterior Descrição dos sinais precoces de fome Descrição da técnica adequada de assegurar a pega Descrição da posição adequada para amamentar Descrição da sucção nutritiva versus não nutritiva Descrição da avaliação da deglutição do bebé Descrição da técnica adequada de interromper a sucção Descrição de sinais de ingestão nutricional suficiente Descrição da avaliação do estado do mamilo Descrição de sinais de complicações: mastite, ductos bloqueados, fissura Descrição das razões para evitar precocemente o uso de bicos/tetinas artificiais e suplementos Descrição da técnica adequada de extrair e armazenar leite materno Descrição das substâncias que são transferidas da mãe para o filho através do leite materno</p>

¹⁴ Resultados que descrevem funções orgânicas.

¹⁵ Resultados que descrevem atitudes, compreensão e ações relativas à saúde e doença.

<p>Conhecimento: cuidados com o bebê Definição: extensão da compreensão sobre a informação transmitida sobre cuidados ao bebê desde o nascimento até aos 12 meses de idade.</p> <p>DOMÍNIO IV: Conhecimento e comportamento de saúde CLASSE: Conhecimento e comportamento de saúde Escala: Nenhuma a Extensa</p>	<p>Descrição das características normais de um bebê Descrição do desenvolvimento normal do bebê Descrição da maneira adequada de segurar o bebê Descrição do posicionamento adequado do bebê Descrição de medidas de segurança com a criança Descrição da sucção nutritiva versus não nutritiva Descrição da técnica de alimentação da criança Descrição de sinais de desidratação Descrição de sinais de icterícia Descrição do banho Descrição dos cuidados com o coto umbilical Descrição do uso de fraldas no bebê Descrição de roupas adequadas para o bebê Descrição de técnicas de verificação da temperatura corporal do bebê Descrição dos padrões de sono/vigília do bebê Descrição da capacidade de comunicação do bebê Descrição de métodos de estimulação do bebê Descrição de técnicas de relaxamento Descrição das adaptações familiares à presença de mais um membro Descrição de considerações quando da escolha de um cuidador para o bebê Descrição dos recursos da comunidade para os cuidados ao bebê Descrição de precauções quanto a animais domésticos</p>
<p>Maternidade/Paternidade: segurança da criança Definição: ações da mãe e/ou pai para prevenir lesão física de criança do nascimento até aos 2 anos de idade.</p> <p>DOMÍNIO VI: Saúde familiar¹⁶ CLASSE: Paternidade/Maternidade Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p>	<p>Segura na criança adequadamente Utiliza o berço de acordo com as recomendações Posiciona a criança de costas para dormir Seleciona os brinquedos adequados e seguros para a idade Mantém objetos perigosos afastados da criança Armazena o leite adequadamente Provisiona supervisão contínua de animais domésticos Não deixa o bebê sozinho sem proteção adequada Evita deixar o bebê no carro sem supervisão Usa a cadeira de transporte corretamente Seleciona as roupas adequadas para a temperatura ambiente Protege de exposição ao sol Cuida do ambiente para prevenir sufocação, afogamento, quedas, queimaduras Mantém ambiente livre de fumo de tabaco Utiliza estratégias para prevenir a exposição a ruído excessivo</p>
<p>Maternidade/Paternidade: desempenho dos pais Definição: ações da mãe e/ou pai para fornecer um ambiente físico, emocional e social construtivos e estimulante.</p> <p>DOMÍNIO VI: Saúde familiar CLASSE: Paternidade/Maternidade Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p>	<p>Atende às necessidades físicas da criança Fornece a nutrição adequada para a idade Elimina riscos ambientais controláveis Proporciona cuidados preventivos regulares Estimula o desenvolvimento cognitivo Estimula o desenvolvimento social Estimula o crescimento emocional Fornece adequada supervisão da criança Usa interações adequadas ao temperamento da criança Interage positivamente com a criança Verbaliza atributos positivos da criança Demonstra relação de amor com a criança Expressa expectativas realistas quanto ao papel mãe/pai Expressa satisfação com o papel de mãe/pai</p>

¹⁶ Resultados que descrevem o estado de saúde, o comportamento ou o funcionamento da família como um todo ou de um membro da família.

Anexo 7. Especificações do conteúdo e critérios de diagnóstico

Competências Parentais

Avaliação das Necessidades de Aprendizagem Parentais

| Especificações |

Anexo 8. Definição dos itens da PAE_CF em função dos indicadores do I_ACP do domínio de habilidade

Competência parental	Indicadores do I_ACP do domínio habilidade	Itens da PAE_CF
Assegurar higiene 1.º/2.ª semana	Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar temperatura e aquecer o ambiente	...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes.
	Dar banho Adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho	
Vestir /despir 1.º/2.ª semana	Cortar as unhas	...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão.
	Escolher vestuário adequado à temperatura Vestir e despir a criança	...vestir e despir sem dificuldade.
Assegurar higiene e manter pele saudável 1.º/2.ª semana	Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda	
	Lavar e secar zona coberta pela fralda Adotar medidas de prevenção do eritema pela fralda	...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda.
Lidar com eritema pela fralda 1.º/2.ª semana	Reconhecer sinais de eritema pela fralda	...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda.
	Manter medidas de prevenção do eritema pela fralda Tratar o eritema pela fralda	...saber o que fazer se eritema pela fralda presente.
Tratar coto umbilical 1.º/2.ª semana	Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	
	Desinfetar coto umbilical Manter coto umbilical seco	...desinfetar corretamente o coto umbilical. ...promover a mumificação do coto e a cicatrização da ferida após a queda.
Alimentar a criança 1.º/2.ª semana	Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais.
	Identificar sinais de fome	...reconhecer quando tem fome.
Amamentar 1.º/2.ª semana	Identificar sinais de ejeção de leite	...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada.
	Adotar posição confortável e posicionar a criança	...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola.
	Assegurar pega adequada	
	Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	...mantê-lo acordado durante a mamada.
	Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário).
Lidar com fissura 1.º/2.ª semana	Adotar medidas adequadas de higiene das mamas	...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança.
	Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere	...identificar se o mamilo tem fissura. ...saber o que fazer para promover a cicatrização e monitorizar a evolução.
Lidar com ingurgitamento mamário 1.º/2.ª semana	Reconhecer sinais de fissura do mamilo Implementar medidas de tratamento Reconhecer sinais de cicatrização	...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer.
	Reconhecer sinais de IM Implementar medidas de alívio do IM Extrair leite manualmente/com bomba	...extrair leite da mama manualmente/atraves de bomba.
Alimentar com biberão 1.º/2.ª semana	Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material	
	Preparar o leite de acordo com as indicações Alimentar a criança, com técnica correta	...alimentar corretamente e na quantidade de leite apropriada através de biberão e manter o material limpo.
Colocar a eructar 1.º/2.ª semana	Posicionar a criança para promover a eructação	...fazer com que a criança eructe.
Lidar com regurgitação 1.º/2.ª semana	Adotar medidas de prevenção de regurgitação	...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite.
	Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	
Lidar com o choro 1.º/2.ª semana	Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro	...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada.
	Confortar o bebé, quando chora	...perceber se a estratégia de consolo está surtir efeito.
Lidar com cólicas 1.º/2.ª semana	Reconhecer sinais de cólica/distinguir de síndrome de cólicas	...saber quando tem cólica e adotar medidas de alívio.
Lidar com síndrome de cólicas 1.º/2.ª semana	Adotar estratégias para reduzir choro excessivo	
	Implementar medidas de alívio da dor abdominal	...reconhecer síndrome de cólicas e adotar medidas de consolo.
Garantir segurança e prevenir acidentes 1.º/2.ª semana	Segurar e manipular a criança de modo adequado	
	Adotar medidas de prevenção de queimaduras	
	Adotar medidas de prevenção de quedas	...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis: Queimaduras, Quedas, Asfixia/sufocação/aspiração, SMSL
	Adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração	
	Adotar medidas de prevenção do SMSL	
Alimentar com biberão 1.º/2.ª mês	Afastar a criança de animais domésticos	
	Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	...preparar leite na quantidade adequada às necessidades e idade da criança.
Garantir segurança e prevenir acidentes 1.º/2.ª mês	Transportar a criança com segurança	...transportar a criança, garantindo as condições de segurança (carrinho de passeio, automóvel, ao colo, ...).
Promoção e vigilância da saúde 1.º/2.ª mês	Avaliar temperatura corporal	...usar o termómetro corretamente e interpretar o valor obtido.
Lidar com obstrução nasal 1.º/2.ª mês	Reconhecer presença de obstrução nasal	
	Implementar medidas de alívio da obstrução nasal	...aliviar a obstrução nasal quando presente.
Promoção e vigilância da saúde 5.º/6.º mês	Adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	...aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes.
	Adotar medidas de higiene oral	...assegurar a higienização dos dentes e gengivas.

Anexo 9. Escala de Percepção de Autoeficácia Parental nos Cuidados ao Filho (PAE_CF) – versão final

Relativamente (especificar competência), sente que consegue/acha-se capaz de...:

Competência parental	Avaliação da autoeficácia nos cuidados ao filho	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
Assegurar higiene 1.ª/2.ª semana	1. ...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes	1	2	3	4
	2. ...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão.	1	2	3	4
Vestir /despir 1.ª/2.ª semana	3. ...vestir e despir sem dificuldade.	1	2	3	4
Manter pele saudável 1.ª/2.ª semana	4. ...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda.	1	2	3	4
Lidar com eritema pela fralda 1.ª/2.ª semana	5. ...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda.	1	2	3	4
	6. ...saber o que fazer se eritema pela fralda presente.	1	2	3	4
Alimentar a criança 1.ª/2.ª semana	7. ...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais.	1	2	3	4
	8. ...reconhecer quando tem fome.	1	2	3	4
Amamentar 1.ª/2.ª semana	9. ...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada.	1	2	3	4
	10. ...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola.	1	2	3	4
	11. ...mantê-lo acordado durante a mamada.	1	2	3	4
	12. ...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário).	1	2	3	4
	13. ...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança.	1	2	3	4
Lidar com fissura 1.ª/2.ª semana	14. ...identificar se o mamilo tem fissura.	1	2	3	4
Lidar com ingurgitamento mamário 1.ª/2.ª semana	15. ...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer.	1	2	3	4
Colocar a eructar 1.ª/2.ª semana	16. ...fazer com que a criança eructe.	1	2	3	4
Lidar com regurgitação 1.ª/2.ª semana	17. ...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite.	1	2	3	4
Atender ao choro 1.ª/2.ª semana	18. ...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada.	1	2	3	4
	19. ...perceber se a estratégia está surtir efeito.	1	2	3	4
Garantir segurança e prevenir acidentes 1.ª/2.ª semana	20. ...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis: Queimaduras; Quedas; Asfixia/sufocação/ aspiração; SMSL	1	2	3	4

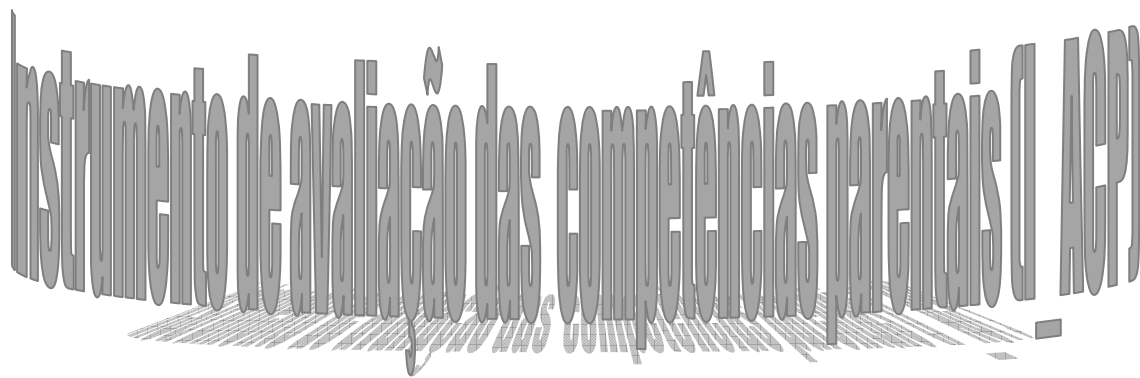
Anexo 10. Análise da consistência interna dos itens da PAE_CF

	N	Média	Variância	DP		
	20	59,587	32,226	5,676		
	Média	Mínimo	Máximo	Variância		
Média dos itens	2,979	2,043	3,850	0,204		
Variância dos itens	0,379	0,163	0,590	0,012		
Interitens correlação	0,174	-0,167	0,502	0,013		
Estadística total dos itens	Média se o item for apagado	Variância se o item for apagado	r corrigido	r ²	Alpha se o item for apagado	
IT1...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes	56,254	29,377	0,433	0,378	0,79	
IT2...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão	57,543	28,887	0,332	0,328	0,80	
IT3...vestir e despir sem dificuldade	55,736	30,408	0,371	0,260	0,80	
IT4...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda	56,280	28,787	0,453	0,422	0,79	
IT5...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda	56,552	30,550	0,168	0,408	0,81	
IT6...saber o que fazer se eritema pela fralda presente	57,271	30,058	0,241	0,309	0,80	
IT9...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais	56,859	29,272	0,376	0,433	0,80	
IT10...reconhecer quando tem fome	56,307	28,639	0,550	0,421	0,79	
IT11...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada	56,342	28,404	0,482	0,375	0,79	
IT12...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola	56,508	29,986	0,321	0,333	0,80	
IT13...mantê-lo acordado durante a mamada	56,464	30,038	0,312	0,403	0,80	
IT14...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção	56,464	29,861	0,355	0,275	0,80	
IT15...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança	57,078	8,321	0,442	0,369	0,79	
IT16...fazer com que a criança eructe	55,938	29,580	0,4085	0,343	0,79	
IT18...identificar se o mamilo tem fissura	56,850	29,154	0,338	0,322	0,80	
IT20...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer	57,008	28,522	0,4180	0,328	0,79	
IT22...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite	56,692	28,4624	0,431	0,282	0,79	
IT23...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada	57,096	28,902	0,447	0,436	0,79	
IT24...perceber se a estratégia está surtir efeito	56,701	30,193	0,302	0,396	0,80	
IT27...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes	56,210	30,273	0,280	0,280	0,80	
Alpha de Cronbach	.808					

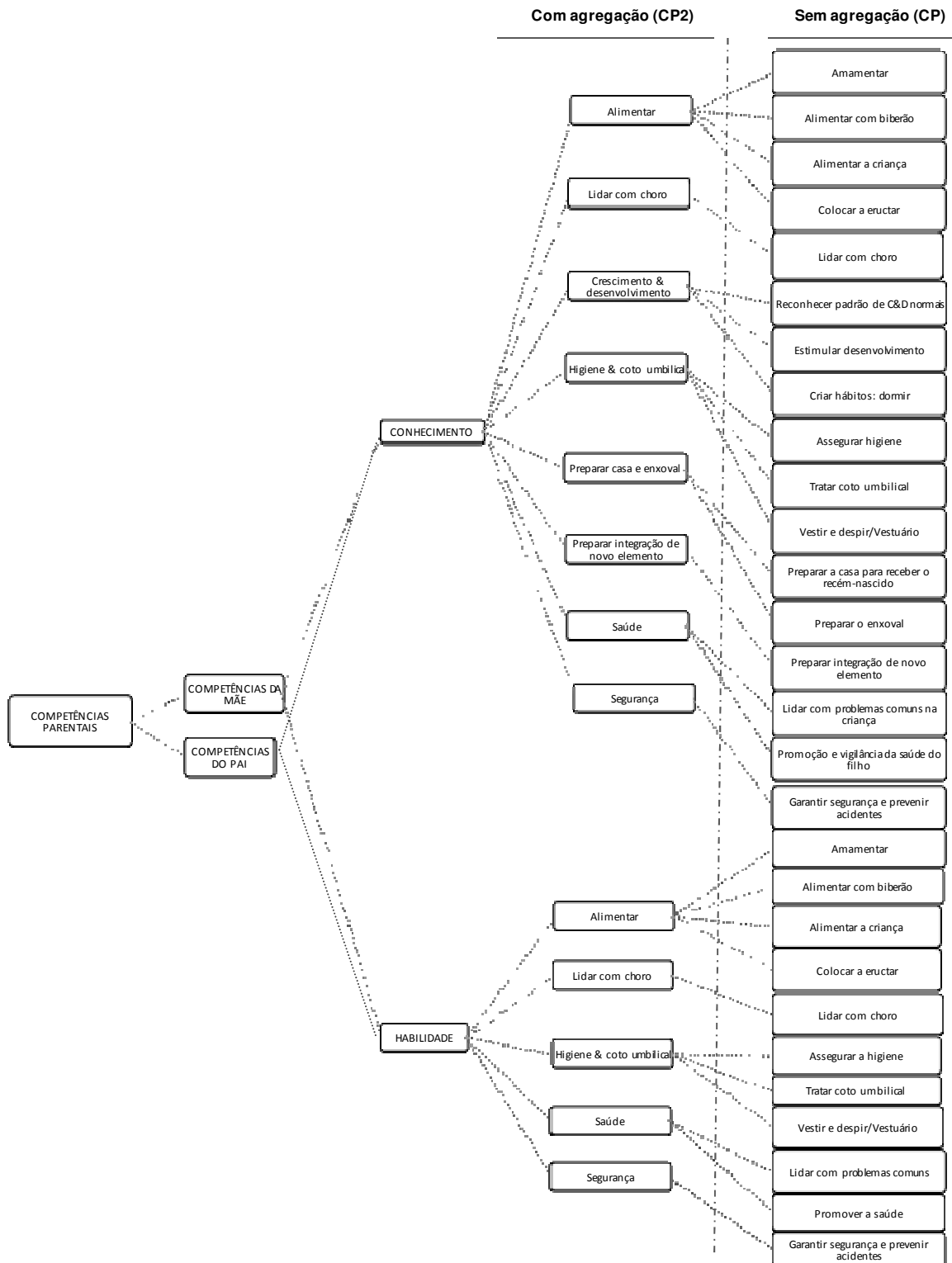
Anexo 11. Matriz de correlações interitens da PAE_CF

	IT1	IT2	IT3	IT4	IT5	IT6	IT9	IT10	IT11	IT12	IT13	IT14	IT15	IT16	IT18	IT20	IT22	IT23	IT24	Corrected Item- Total Correlation (r corrigido?)	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IT1...dar-lhe banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes																				,434	,793
IT2...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão	.431***																			,333	,799
IT3...vestir e despir sem dificuldade	.269**	.221**																		,371	,797
IT4...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda	.399***	.340***	.323***																	,454	,791
IT5...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda	.016 n.s.	.136 n.s.	.086 n.s.	-.069 n.s.																,168	,808
IT6...saber o que fazer se eritema pela fralda presente	.075 n.s.	.095 n.s.	.079 n.s.	.064 n.s.	.502***															,242	,804
IT9...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais	.190*	.098 n.s.	.222**	.214*	-.168*	-.047 n.s.														,377	,796
IT10...reconhecer quando tem fome	.390***	.260**	.148 n.s.	.182*	.069 n.s.	.094 n.s.	.397***													,550	,787
IT11...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada	.239**	.223**	.172*	.266**	.122 n.s.	.187*	.355***	.389***												,482	,789
IT12...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da areola	.177*	.096 n.s.	.173*	.083 n.s.	.137 n.s.	.151 n.s.	.165*	.273***	.263**											,321	,799
IT13...mantê-lo acordado durante a mamada	.128 n.s.	.029 n.s.	.003 n.s.	.069 n.s.	-.084 n.s.	.088 n.s.	.149 n.s.	.291**	.355***	.347**										,312	,799
IT14...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção	.193*	.138 n.s.	.086 n.s.	.230*	.187*	.141 n.s.	-.031 n.s.	.181**	.240**	.297**	.249**									,356	,797
IT15...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança	.151 n.s.	.279**	.279**	.263**	.166*	.050 n.s.	.035 n.s.	.281**	.201*	.054 n.s.	.154 n.s.	.296**								,442	,792
IT16...fazer com que a criança eructe	.225*	.081 n.s.	.081 n.s.	.125*	.060 n.s.	.117 n.s.	.374***	.306***	.273**	.216*	.148 n.s.	.184*	.124 n.s.							,409	,794
IT18...identificar se o mamilo tem fissura	.139 n.s.	.120 n.s.	.120*	.172*	.133 n.s.	.143 n.s.	.097 n.s.	.235*	.102 n.s.	-.037 n.s.	.244*	.157*	.371***	.176*						,338	,798
IT20...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer	.137 n.s.	.114 n.s.	.114**	.240*	.013 n.s.	.078 n.s.	.295**	.366***	.184*	.242**	.177*	.160*	.317***	.050 n.s.	.235**					,418	,793
IT22...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite	.322***	.204**	.204**	.223**	-.011 n.s.	.072 n.s.	.253**	.300**	.245**	.089 n.s.	.169*	.151 n.s.	.362**	.159*	.245**	.209*				,431	,792
IT23...identificar porque chora e decidir pela medida apropriada	.142 n.s.	.123 n.s.	.123**	.227*	.066 n.s.	.139 n.s.	.304**	.241**	.180*	.094 n.s.	.239*	.165*	.251**	.289**	.056 n.s.	.254**	.364***			,447	,792
IT24...perceber se a estratégia está a surtir efeito	.041 n.s.	-.075 n.s.	-.075 n.s.	.044*	.112 n.s.	.105 n.s.	.279**	.200*	.056 n.s.	.031 n.s.	.109 n.s.	-.013 n.s.	.131 n.s.	.360***	.156*	.247**	.133 n.s.	.475***		,302	,800
IT27...adotar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes	.141 n.s.	.024 n.s.	.024 n.s.	.139***	.012 n.s.	.011 n.s.	.280**	.146 n.s.	.210*	.108 n.s.	-.098 n.s.	.114 n.s.	.163*	.219*	.031 n.s.	.163*	.151 n.s.	.184*	.153 n.s.	,281	,801

Anexo 12. Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)



Anexo 13. Esquema representativo dos dois níveis de agregação das competências parentais



Anexo 14. Autorização da instituição para realizar o estudo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 23 / CE / FC Data: 09-06-2008
--	------------	-------------------------------------

Para: Presidente Conselho de Administração
De: Comissão Ética

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Comissão de Ética analisou na sua reunião de 05 de Junho de 2008, o seguinte trabalho. "Transição para a parentalidade - aprender a ser mãe/pai". Proponente Alexandrina Maria Ramos Cardoso Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Foi decidido nada a opor à realização do estudo

Com os melhores cumprimentos,

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. - Matosinhos)

Anexo 15. Perfil das mães e dos pais: relações e diferenças nas características individuais

Para caracterizar com maior propriedade as mães e os pais que participaram no estudo procedeu-se a análise das diferenças e das associações entre as variáveis atributo, contribuindo, por esta via, para a definição de um perfil que facilite a avaliação clínica e agilize o processo diagnóstico. Foram realizados os testes estatísticos adequados para a análise das diferenças nas variáveis inter-variables (idade) – teste t para amostras independentes e ANOVA. Para testar se os grupos independentes diferiam relativamente a determinada característica recorreu-se ao teste de Qui-quadrado (χ^2). Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I de 0,05 em todas as análises inferenciais.

Viver junto		χ^2
Sim	Não	
Primíparas (68,5%)	Primíparas (88,9%)	$\chi^2_{(1)} = 17,13^{***}$
Mãe sem experiência parental anterior:	Mãe sem experiência parental anterior:	$\chi^2_{(1)} = 16,10^{***}$
Amamentar (90,9%);	Amamentar (71,9%);	$\chi^2_{(1)} = 18,50^{***}$
Colocar a eructar (87,9%);	Colocar a eructar (66,2%);	$\chi^2_{(1)} = 20,55^{***}$
Alimentar com biberão (84,8%);	Alimentar com biberão (61,2%);	$\chi^2_{(1)} = 15,59^{**}$
Dar banho (84,8%);	Dar banho (62,3%);	$\chi^2_{(1)} = 21,33^{***}$
Trocar a fralda (83,8%);	Trocar a fralda (59,5%);	$\chi^2_{(1)} = 16,68^{***}$
Lidar com choro (87,9%);	Lidar com choro (67,5%);	$\chi^2_{(1)} = 7,16^{**}$
Trocar coto umbilical (89,9%)	Trocar coto umbilical (78,2%)	$\chi^2_{(1)} = 16,80^{***}$
Pai sem experiência parental anterior:	Pai sem experiência parental anterior:	$\chi^2_{(1)} = 21,97^{***}$
Colocar a eructar (87,9%);	Colocar a eructar (76,9%);	$\chi^2_{(1)} = 14,12^{**}$
Alimentar com biberão (98,0%);	Alimentar com biberão (77,9%);	$\chi^2_{(1)} = 14,60^{**}$
Dar banho (98,0%);	Dar banho (83,7%);	$\chi^2_{(1)} = 14,41^{***}$
Trocar a fralda (98,0%);	Trocar a fralda (83,3%);	$\chi^2_{(1)} = 64,86^{***}$
Lidar com choro (99,0%);	Lidar com choro (85,2%);	$\chi^2_{(1)} = 20,98^{***}$
Gravidez planeada (69,8%)	Gravidez não planeada (72,7%)	$\chi^2_{(1)} = 21,25^{***}$
Menos vão ter ajuda nos cuidados à criança (61,2%)	Mais vão ter ajuda nos cuidados à criança (63,6%)	$\chi^2_{(1)} = 6,66^{**}$
Assistência em serviço de saúde público (87,9%)	Assistência em serviço de saúde público (64,4%)	
Acompanhamento por enfermeiro (73,7%)	Acompanhamento por enfermeiro (60,0%)	
Paridade		χ^2
Primípara	Multípara	
Ajuda da mãe/sogra (61,4%)	Ajuda da mãe/sogra (60,3%)	$\chi^2_{(1)} = 7,30^{**}$
M_ Recorre aos livros como fonte de informação durante a gravidez (57,8%)	M_ Não recorre aos livros como fonte de informação durante a gravidez (52,0%)	$\chi^2_{(1)} = 4,94^*$
M_ Recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (55,4%)	M_ Não recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (60,9%)	$\chi^2_{(1)} = 13,62^{***}$
M_ Não recorrem aos familiares (68,6%)	M_ Não recorrem aos familiares (82,1%)	$\chi^2_{(1)} = 11,81^{**}$
M_ Não recorrem a outras mães (77,8%)	M_ Não recorrem a outras mães (86,0%)	$\chi^2_{(1)} = 5,47^*$
P_ Não recorrem à Internet (67,7%)	P_ Não recorrem à Internet (78,2%)	$\chi^2_{(1)} = 7,13^{**}$
P_ Não recorrem a familiares (83,5%)	P_ Não recorrem a familiares (91,1%)	$\chi^2_{(1)} = 5,95^*$
Frequenta as sessões de preparação para o parto (61,5%)	Menos frequentam as sessões de preparação para o parto (50,3%)	$\chi^2_{(1)} = 7,38^{**}$
Não frequenta as sessões de preparação para a parentalidade (58,5%)	Não frequenta as sessões de preparação para a parentalidade (67,6%)	$\chi^2_{(1)} = 4,51^*$
Não refere experiência anterior em amamentar (100%)	Refere experiência anterior em amamentar (98,9%)	$\chi^2_{(1)} = 555,93^{***}$
Mãe sem experiência anterior em:	Mãe com experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 539,45^{***}$
Amamentar (100%)	Amamentar (88,8%)	$\chi^2_{(1)} = 555,93^{***}$
Colocar a eructar (97,7%)	Colocar a eructar (98,9%)	$\chi^2_{(1)} = 431,60^{***}$
Alimentar com biberão (90,7%)	Alimentar com biberão (97,8%)	$\chi^2_{(1)} = 475,96^{***}$
Dar banho (91,4%)	Dar banho (100%)	$\chi^2_{(1)} = 432,18^{***}$
Trocar a fralda (88,4%)	Trocar a fralda (100%)	$\chi^2_{(1)} = 365,14^{***}$
Tratar coto umbilical (99,1%)	Tratar coto umbilical (68,2%)	$\chi^2_{(1)} = 567,75^{***}$
Lidar com choro (97,8%)	Lidar com choro (97,8%)	$\chi^2_{(1)} = 390,11^{***}$
Pai sem experiência anterior em:	Pai com experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 309,59^{***}$
Colocar a eructar (99,6%)	Colocar a eructar (70,4%)	$\chi^2_{(1)} = 201,38^{***}$ (Dar banho)
Alimentar com biberão (98,2%)	Alimentar com biberão (62,6%)	$\chi^2_{(1)} = 186,76^{***}$ (Trocar a fralda)
Dar banho (98,2%)	Tratar coto umbilical (68,2%)	$\chi^2_{(1)} = 26,89^{***}$ (Tratar coto umbilical)
Trocar a fralda (97,6%)	Menos pais com experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 209,03^{***}$ (Lidar com choro)
Tratar coto umbilical (99,8%)	Dar banho (54,7%)	
Lidar com choro (99,3%)	Trocar a fralda (55,3%)	
	Lidar com choro (57,0%)	
	Pai sem experiência anterior em:	
	Tratar coto umbilical (93,3%)	
Gravidez planeada		χ^2
Sim	Não	
Desejadas	Não foram desejadas (12,3%)	$\chi^2_{(1)} = 51,60^{***}$
Assistência em serviço de saúde público (59,4%) e acompanhamento por enfermeiro (58,4%)	Assistência em serviço de saúde público (83,0%) e acompanhamento por enfermeiro (68,1%)	$\chi^2_{(1)} = 37,88^{***}$
Previsão de colaboração do pai nos cuidados ao bebé (61,9%)	Menos referencia a colaboração do pai (50,2%)	$\chi^2_{(1)} = 5,89^*$
M_ Não recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (53,9%)	M_ Não recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (54,5%)	$\chi^2_{(1)} = 8,28^{**}$
Frequenta sessões de preparação para o parto (63,3%) e não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (56,6%)	M_ Não frequenta sessões de preparação para o parto (51,1%) e não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (68,5%)	$\chi^2_{(1)} = 4,13^*$
Crianças do sexo feminino (57,0%)	Crianças do sexo masculino (58,0%)	$\chi^2_{(1)} = 13,18^{***}$
		$\chi^2_{(1)} = 8,76^{**}$
		$\chi^2_{(1)} = 4,70^*$

Anexos

Pai colabora nos cuidados após o nascimento da criança (82,3%) Sem ajuda nas tarefas domésticas pós-parto (51,6%)	Apenas 53,2% dos pais referiu colaborar nos cuidados à criança Sem ajuda nas tarefas domésticas pós-parto (67,1%)	$\chi^2_{(1)} = 23,36^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 5,14^*$
Gravidez desejada		χ^2
Sim	Não	
Assistência em serviço de saúde público (67,3%) Mãe vai assumir os cuidados ao bebé (91,9%) Previsão que o pai colaborará nos cuidados à criança (58,7%) sendo que em 75,6% o pai colaborava efetivamente nos cuidados ao filho após o nascimento Previsão de que mãe/sogra ajudarão nos cuidados à criança (69,4%) M_ recorre livros como fonte de informação durante a gravidez (56,4%) M_ não recorre aos familiares nem outras mães como fonte de informação durante a gravidez (71,4%; 79,3%) P_ menor número de pais com experiência anterior em alimentar com biberão (18,2%) Amamenta (94,6%)	Assistência em serviço de saúde público (86,2%) Apenas 65,5% das mães referiu que iria assumir os cuidados ao bebé O pai não colaborará nos cuidados à criança (65,5%) sendo que apenas 33,3% dos pais colaborava efetivamente nos cuidados ao filho após o nascimento A mãe/sogra não ajudarão nos cuidados à criança (55,2%) M_ não recorre livros como fonte de informação durante a gravidez (75,9%) M_ não recorre aos familiares nem outras mães como fonte de informação durante a gravidez (93,1%; 96,6%) P_ maior número de pais com experiência anterior em alimentar com biberão (34,5%) Amamenta menos (73,3%)	$\chi^2_{(1)} = 5,57^*$ $\chi^2_{(1)} = 22,82^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 6,63^*$ $\chi^2_{(1)} = 12,68^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 7,73^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 8,64^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 6,52^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 5,15^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,79^*$ $\chi^2_{(1)} = 10,02^*$
Tipo de assistência de saúde		χ^2
Público	Privado	
Ajuda no tomar conta da criança (55,8%) M_ enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez (55,1%) M_ não referiu médico como fonte de informação durante a gravidez (53,9%) M_ não referiu os familiares como fonte de informação durante a gravidez (69,9%) P_ não referiu os familiares como fonte de informação durante a gravidez (83,6%) Acompanhamento por enfermeiro (77,1%) P_ sem experiência anterior em: Alimentar com biberão (83,3%) Dar banho (88,9%) Trocar a fralda (88,0%) Crianças do sexo feminino (53,8%) Pai colabora nos cuidados à criança após o nascimento (67,7%) Sem ajuda nas tarefas domésticas (62,6%)	Não ajuda no tomar conta da criança (54,5%) M_ não referiu o enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez (57,4%) M_ médico como fonte de informação durante a gravidez (60,4%) M_ não referiu os familiares como fonte de informação durante a gravidez (77,7%) P_ não referiu os familiares como fonte de informação durante a gravidez (90,1%) Sem acompanhamento por enfermeiro (70,3%) P_ sem experiência anterior em: Alimentar com biberão (76,2%) Dar banho (79,7%) Trocar a fralda (80,7%) Crianças do sexo masculino (66,7%) Pai não colabora nos cuidados à criança após o nascimento (83,3%) Com ajuda nas tarefas domésticas (57,7%)	$\chi^2_{(1)} = 5,79^*$ $\chi^2_{(1)} = 8,63^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 11,31^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 4,21^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,78^*$ $\chi^2_{(1)} = 131,13^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 4,52^*$ $\chi^2_{(1)} = 9,63^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 5,92^*$ $\chi^2_{(1)} = 8,79^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 6,44^*$ $\chi^2_{(1)} = 9,94^{**}$
Quem cuida bebé_mãe		χ^2
Sim	Não	
O pai vai colaborar (62,6%) Vai ter ajuda da mãe/sogra (71,8%) Vai ter ajuda no tomar conta (54,6%) Não vai ter ajuda nas tarefas domésticas (54,1%) M_ refere enfermeiro, livros, internet e médico como fontes de informação durante a gravidez (57,6%; 57,6%; 53,4%; 52,9%) M_ não refere recorrer a outras mães como fonte de informação durante a gravidez (79,0%) P_ não refere usar livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (77,6%; 82,8%; 68,3%) Frequenta sessões de preparação para o parto (60,5%) Não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (59,0%) Acompanhamento por enfermeiro (64,7%) Pai colabora nos cuidados após o nascimento da criança (77,0%) P_ não refere o enfermeiro, internet, familiares como fonte de informação pós nascimento do filho (71,0%; 74,5%; 85,5%)	O pai não vai colaborar (91,5%) Não vai ter ajuda da mãe/sogra (66,1%) Não vai ter ajuda no tomar conta (67,8%) Não vai ter ajuda nas tarefas domésticas (78,0%) M_ não refere enfermeiro, livros, internet e médico como fontes de informação durante a gravidez (66,1%; 69,5%; 74,6%; 71,2%) M_ não refere recorrer a outras mães como fonte de informação durante a gravidez (91,5%) _ não refere usar livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (89,8%; 91,5%; 82,8%) Não frequenta sessões de preparação para o parto (64,4%) Não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (81,4%) Sem acompanhamento por enfermeiro (64,4%) Pai colabora nos cuidados após o nascimento da criança (50,0%) P_ não refere o enfermeiro, internet, familiares como fonte de informação pós nascimento do filho (88,9%; 91,7%; 100%)	$\chi^2_{(1)} = 64,20^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 35,55^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 10,77^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 12,40^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 7,71^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 15,83^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 16,75^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 12,39^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 5,31^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,80^*$ $\chi^2_{(1)} = 13,82^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 4,28^*$ $\chi^2_{(1)} = 13,70^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 11,29^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 19,23^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 11,25^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 5,04^*$ $\chi^2_{(1)} = 5,10^*$ $\chi^2_{(1)} = 5,95^*$
Quem cuida bebé_pai		χ^2
Sim	Não	
Ajuda no tomar conta (58,9%) M_ refere enfermeiro, livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (54,8%; 60,0%; 59,5%; 56,7%) P_ não refere livros, internet, enfermeiro, médico, outras mães como fonte de informação durante a gravidez (74,8%; 61,1%; 83,0%; 79,2%; 95,6%) Não frequenta preparação para o parto (56,2%) Colabora nos cuidados à criança após o seu nascimento (82,4%) P_ não refere a internet, familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (70,6%; 81,6%)	Sem ajuda no tomar conta (56,1%) M_ não refere enfermeiro, livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (53,9%; 51,7%; 61,0%; 57,6%) P_ não refere livros, internet, enfermeiro, médico, outras mães como fonte de informação durante a gravidez (84,0%; 83,3%; 89,2%; 90,0%; 98,5%) Não frequenta preparação para o parto (67,7%) Colabora nos cuidados à criança após o seu nascimento (60,0%) P_ não refere a internet, familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (86,0%; 96,0%)	$\chi^2_{(1)} = 14,04^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 4,69^*$ $\chi^2_{(1)} = 8,56^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 25,83^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 12,73^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 7,86^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 36,62^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 4,85^*$ $\chi^2_{(1)} = 13,24^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 4,25^*$ $\chi^2_{(1)} = 8,60^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 14,57^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 7,78^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 11,06^{**}$

Quem ajuda mãe/sogra		χ^2
Sim	Não	
Ajuda no tomar conta, nos cuidados à criança, tarefas domésticas (70,2%; 57,7%; 60,0%)	Sem ajuda no tomar conta, nos cuidados à criança, tarefas domésticas (85,6%; 90,0%; 91,5%)	$\chi^2_{(1)} = 171,29^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 128,21^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 148,50^{***}$
M_ refere enfermeiro, livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (56,4%; 61,0%; 54,7%; 54,3%)	M_ não refere enfermeiro, livros, internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (60,2%; 57,7%; 57,7%; 57,2%)	$\chi^2_{(1)} = 15,05^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 19,36^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 8,51^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 7,25^{**}$
M_ não refere familiares, outras mães como fonte de informação durante a gravidez (68,6%; 77,1%)	M_ não refere familiares, outras mães como fonte de informação durante a gravidez (80,6%; 86,6%)	$\chi^2_{(1)} = 9,90^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 7,67^{**}$
P_ não refere livros, familiares como fonte de informação durante a gravidez (75,8%; 83,6%)	P_ não refere livros, familiares como fonte de informação durante a gravidez (85,1%; 90,0%)	$\chi^2_{(1)} = 7,12^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 4,64^*$
Acompanhamento por enfermeiro (67,4%)	Acompanhamento por enfermeiro (50,2%)	$\chi^2_{(1)} = 17,21^{***}$
Mãe sem experiência anterior em: Colocar a eructar (72,5%) Tratar coto umbilical (82,4%) Lidar com choro (73,7%) Pai colabora nos cuidados à criança após o nascimento (76,6%)	Mãe sem experiência anterior em: Colocar a eructar (63,7%) Tratar coto umbilical (75,1%) Lidar com choro (64,7%) Pai colabora nos cuidados à criança após o nascimento (64,3%)	$\chi^2_{(1)} = 5,08^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,62^*$ $\chi^2_{(1)} = 5,38^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,88^*$
Ajuda no tomar conta (53,9%) P_ não refere o livro como fonte de informação durante a gravidez (83,6%)	Sem ajuda no tomar conta (63,1%) P_ não refere o livro como fonte de informação durante a gravidez (92,9%)	$\chi^2_{(1)} = 6,30^*$ $\chi^2_{(1)} = 4,11^*$
Tipo Ajuda_ Tomar conta		χ^2
Sim	Não	
Ajuda nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas (64,3%; 53,2%)	Sem ajuda nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas (81,4%; 66,8%)	$\chi^2_{(1)} = 134,80^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 25,53^{***}$
M_ refere enfermeiro, livros, internet como fonte de informação durante a gravidez (58,0%; 60,1%; 54,7%)	M_ não refere enfermeiro, livros, internet como fonte de informação durante a gravidez (56,5%; 50,5%; 53,3%)	$\chi^2_{(1)} = 13,19^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 7,12^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 4,19^*$
M_ não refere familiares e outras mães como fonte de informação durante a gravidez (68,8%; 74,2%)	M_ não refere familiares e outras mães como fonte de informação durante a gravidez (76,4%; 86,7%)	$\chi^2_{(1)} = 4,62^*$ $\chi^2_{(1)} = 15,60^{***}$
P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (81,7%)	P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (90,0%)	$\chi^2_{(1)} = 8,97^{**}$
Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (70,6%)	Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (52,5%)	$\chi^2_{(1)} = 21,93^{***}$
Ajuda no tomar conta após o nascimento do filho (58,3%)	Sem ajuda no tomar conta após o nascimento do filho (62,9%)	$\chi^2_{(1)} = 10,69^{**}$
Tipo Ajuda_ Cuidados à criança		χ^2
Sim	Não	
Ajuda nas tarefas domésticas (65,6%)	Sem ajuda nas tarefas domésticas (72,5%)	$\chi^2_{(1)} = 91,38^{***}$
M_ refere a internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (58,1%; 55,6%)	M_ não refere a internet, médico como fonte de informação durante a gravidez (54,7%; 53,0%)	$\chi^2_{(1)} = 10,19^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 4,56^*$
M_ não refere familiares e outras mães como fonte de informação durante a gravidez (70,6%; 74,8%)	M_ não refere familiares e outras mães como fonte de informação durante a gravidez (52,5%; 84,1%)	$\chi^2_{(1)} = 13,53^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 8,33^{**}$
P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (81,1%)	P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (89,0%)	$\chi^2_{(1)} = 7,87^{**}$
Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (67,8%)	Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (57,7%)	$\chi^2_{(1)} = 6,69^*$
Ajuda nos cuidados à criança após o nascimento (52,8%)	Sem ajuda nos cuidados à criança após o nascimento (64,6%)	$\chi^2_{(1)} = 6,92^*$
Tipo Ajuda_ Tarefas domésticas		χ^2
Sim	Não	
M_ refere livro, médico como fonte de informação durante a gravidez (61,7%; 56,3%)	M_ não refere livro, médico como fonte de informação durante a gravidez (50,1%; 53,8%)	$\chi^2_{(1)} = 8,89^*$ $\chi^2_{(1)} = 6,36^*$
M_ não refere outras mães como fonte de informação durante a gravidez nem após o nascimento da criança (74,4%; 85,3%)	M_ não refere outras mães como fonte de informação durante a gravidez nem após o nascimento da criança (84,6%; 94,3%)	$\chi^2_{(1)} = 10,24^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 5,52^{**}$
P_ não refere enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez (82,3%)	P_ não refere enfermeiro como fonte de informação durante a gravidez (88,2%)	$\chi^2_{(1)} = 4,45^{**}$
Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (67,1%)	Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (58,0%)	$\chi^2_{(1)} = 5,56^{**}$
M_ Sem experiência anterior em trocar a fralda (58,8%)	M_ Sem experiência anterior em trocar a fralda (66,9%)	$\chi^2_{(1)} = 4,41^{**}$
M_ Fonte de informação_ Enfermeiro		χ^2
Sim	Não	
M_ recorre aos livros, médico como fonte de informação durante a gravidez (61,1%; 69,4%)	M_ não recorre aos livros, médico como fonte de informação durante a gravidez (51,3%; 69,0%)	$\chi^2_{(1)} = 9,85^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 93,83^{***}$
M_ não recorre aos familiares como fonte de informação durante a gravidez (65,1%)	M_ não recorre aos familiares como fonte de informação durante a gravidez (80,0%)	$\chi^2_{(1)} = 17,56^{***}$
P_ não recorre aos livros, enfermeiro, médico, familiares como fonte de informação durante a gravidez (75,0%; 72,5%; 76,5%; 82,1%)	P_ não recorre aos livros, enfermeiro, médico, familiares como fonte de informação durante a gravidez (82,6%; 99,4%; 91,3%; 89,4%)	$\chi^2_{(1)} = 5,43^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 92,73^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 25,32^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 6,79^{**}$
Frequenta sessões de preparação para o parto (67,9%)	Não frequenta sessões de preparação para o parto (51,9%)	$\chi^2_{(1)} = 25,63^{***}$
Não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (51,2%)	Não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (71,3%)	$\chi^2_{(1)} = 26,80^{***}$
Acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (67,9%)	Sem acompanhamento por enfermeiro na consulta de vigilância da gravidez (51,6%)	$\chi^2_{(1)} = 47,62^{***}$
Sem experiência anterior em tratar coto umbilical (76,9%)	Sem experiência anterior em tratar coto umbilical (83,5%)	$\chi^2_{(1)} = 4,46^{**}$

Anexos

M_ refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento (84,0%)	M_ refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento (67,5%)	$\chi^2_{(1)} = 8,78^{**}$
P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento (83,2%)	M_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento (92,3%)	$\chi^2_{(1)} = 4,55^{**}$
M_ Fonte de informação Livros		χ^2
Sim	Não	
M_ recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (62,2%)	M_ não recorre à Internet como fonte de informação durante a gravidez (63,2%)	$\chi^2_{(1)} = 40,29^{***}$
P_ não recorre aos livros, internet, enfermeiro, médico, familiares como fonte de informação durante a gravidez (62,5%; 61,6%; 81,1%; 80,2%; 82,2%)	P_ não recorre aos livros, internet, enfermeiro, médico, familiares como fonte de informação durante a gravidez (98,6%; 81,6%; 92,2%; 88,1%; 89,8%)	$\chi^2_{(1)} = 122,21^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 29,57^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 13,12^{***}$ $\chi^2_{(1)} = 7,09^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 7,35^{**}$
Frequentam preparação para o parto (61,9%)	Frequentam preparação para o parto (53,7%)	$\chi^2_{(1)} = 4,34^{**}$
Sem experiência anterior em:	Sem experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 5,66^{**}$
Colocar a eructar (73,6%)	Colocar a eructar (64,9%)	$\chi^2_{(1)} = 4,17^{**}$
Alimentar por biberão (68,5%)	Alimentar por biberão (60,7%)	$\chi^2_{(1)} = 4,78^{**}$
Dar banho (69,3%) (61,1%)	Dar banho (61,1%)	$\chi^2_{(1)} = 5,16^{**}$
Trocar a fralda (67,3%)	Trocar a fralda (58,6%)	$\chi^2_{(1)} = 5,91^{**}$
Lidar com choro (74,8%)	Lidar com choro (66,0%)	$\chi^2_{(1)} = 5,00^{**}$
Pai colabora nos cuidados à criança após o nascimento (79,0%)	Pai colabora nos cuidados à criança após o nascimento (66,1%)	$\chi^2_{(1)} = 24,40^{***}$
M_ refere livro como fonte de informação após o nascimento (54,0%)	M_ não refere livro como fonte de informação após o nascimento (78,6%)	$\chi^2_{(1)} = 4,86^{**}$
P_ não refere livro, internet, médico como fonte de informação após o nascimento (82,3%; 71,0%; 69,4%)	P_ não refere livro, internet, médico como fonte de informação após o nascimento (92,0%; 83,9%; 83,0%)	$\chi^2_{(1)} = 5,60^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 6,01^{**}$
M_ Fonte de informação Internet		χ^2
Sim	Não	
P_ não recorre aos livros como fonte de informação durante a gravidez (71,4%)	P_ não recorre aos livros como fonte de informação durante a gravidez (86,2%)	$\chi^2_{(1)} = 20,68^{***}$
P_ recorre à internet como fonte de informação durante a gravidez (52,5%)	P_ não recorre à internet como fonte de informação durante a gravidez (94,2%)	$\chi^2_{(1)} = 166,29^{***}$
Não frequenta as sessões de preparação para a parentalidade (54,0%)	Não frequenta as sessões de preparação para a parentalidade (68,3%)	$\chi^2_{(1)} = 13,50^{***}$
P_ Fonte de informação Internet		χ^2
Sim	Não	
M_ Sem experiência anterior em:	M_ Sem experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 4,86^{**}$
Colocar a eructar (75,9%)	Colocar a eructar (67,1%)	$\chi^2_{(1)} = 11,38^{**}$
Alimentar com biberão (74,9%)	Alimentar com biberão (60,9%)	$\chi^2_{(1)} = 11,10^{**}$
Trocar a fralda (73,3%)	Trocar a fralda (59,3%)	$\chi^2_{(1)} = 4,91^{**}$
Lidar com choro (77,0%)	Lidar com choro (68,2%)	$\chi^2_{(1)} = 4,98^{**}$
Pai colabora nos cuidados ao filho após o nascimento (82,4%)	Pai colabora nos cuidados ao filho após o nascimento (68,5%)	$\chi^2_{(1)} = 4,62^{**}$
M_ não refere a internet como fonte de informação após o nascimento do filho (52,7%)	M_ não refere a internet como fonte de informação após o nascimento do filho (67,3%)	$\chi^2_{(1)} = 13,67^{***}$
P_ não refere a internet como fonte de informação após o nascimento do filho (62,2%)	P_ não refere a internet como fonte de informação após o nascimento do filho (84,0%)	
P_ Fonte de informação Enfermeiro		χ^2
Sim	Não	
P_ refere médico como fonte de informação durante a gravidez (63,7%)	P_ não refere médico como fonte de informação durante a gravidez (91,7%)	$\chi^2_{(1)} = 176,11^{***}$
P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (73,6%)	P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (87,7%)	$\chi^2_{(1)} = 12,49^{**}$
Frequenta sessões de preparação para a parentalidade (51,6%)	Não frequenta sessões de preparação para a parentalidade (63,2%)	$\chi^2_{(1)} = 7,19^*$
Acompanhamento por enfermeiro (74,7%)	Acompanhamento por enfermeiro (59,9%)	$\chi^2_{(1)} = 7,32^{**}$
M_ refere médico como fonte de informação após o nascimento (77,5%)	M_ refere médico como fonte de informação após o nascimento (56,1%)	$\chi^2_{(1)} = 6,31^{**}$
P_ não refere enfermeiro, livros, médico como fonte de informação após o nascimento (78,6%; 72,5%; 55,0%)	P_ não refere enfermeiro, livros, médico como fonte de informação após o nascimento (50,0%; 89,8%; 80,1%)	$\chi^2_{(1)} = 14,00^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 8,71^{**}$ $\chi^2_{(1)} = 11,43^{**}$
P_ Fonte de informação Médico		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (76,7%)	P_ não refere familiares como fonte de informação durante a gravidez (87,4%)	$\chi^2_{(1)} = 8,01^{**}$
Não frequenta preparação para a parentalidade (51,5%)	Não frequenta preparação para a parentalidade (62,9%)	$\chi^2_{(1)} = 4,75^{**}$
Sem experiência anterior em lidar com choro (80,6%)	Sem experiência anterior em lidar com choro (88,7%)	$\chi^2_{(1)} = 5,16^*$
Pai colabora nos cuidados após o nascimento da criança (86,0%)	Pai colabora nos cuidados após o nascimento da criança (69,9%)	$\chi^2_{(1)} = 4,61^*$
M_ refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (88,4%)	M_ refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (53,4%)	$\chi^2_{(1)} = 17,92^{***}$
P_ refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento da criança (53,5%)	P_ não refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento da criança (79,8%)	$\chi^2_{(1)} = 20,11^{***}$
P_ não refere livros como fonte de informação após o nascimento da criança (72,1%)	P_ não refere livros como fonte de informação após o nascimento da criança (90,2%)	$\chi^2_{(1)} = 10,06^{**}$
P_ refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (88,4%)	P_ não refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (53,4%)	$\chi^2_{(1)} = 24,70^{***}$
P_ Fonte de informação Familiares		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere outras mães como fonte de informação durante a gravidez (89,0%)	P_ não refere outras mães como fonte de informação durante a gravidez (98,2%)	$\chi^2_{(1)} = 21,35^{***}$
Sem experiência anterior em:	Sem experiência anterior em:	$\chi^2_{(1)} = 5,31^*$
Amamentar (84,6%)	Amamentar (73,3%)	$\chi^2_{(1)} = 5,55^*$
Colocar a eructar (80,2%)	Colocar a eructar (68,0%)	$\chi^2_{(1)} = 4,43^*$
Alimentar com biberão (74,7%)	Alimentar com biberão (63,4%)	

Trocar a fralda (61,7%) Lidar com o choro (80,2%)	Trocar a fralda (73,6%) Lidar com o choro (69,2%)	$\chi^2_{(1)}=4,78^*$ $\chi^2_{(1)}=4,54^*$
P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento do filho (69,2%)	P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento do filho (91,4%)	$\chi^2_{(1)}=14,81^{**}$
Preparação para o parto		χ^2
Sim	Não	
Refere frequentar as sessões de preparação para a parentalidade (66,4%)	Não refere frequentar as sessões de preparação para a parentalidade (99,2%)	$\chi^2_{(1)}=279,45^{***}$
Acompanhamento por enfermeiro (66,4%)	Acompanhamento por enfermeiro (55,8%)	$\chi^2_{(1)}=7,28^{**}$
M_ Sem experiência anterior em: Amamentar (78,9%)	M_ Sem experiência anterior em: Amamentar (69,4%)	$\chi^2_{(1)}=7,30^{**}$ $\chi^2_{(1)}=7,62^{**}$
Colocar a eructar (74,0%)	Colocar a eructar (63,8%)	$\chi^2_{(1)}=4,77^*$
Dar banho (69,1%)	Dar banho (60,8%)	$\chi^2_{(1)}=8,72^{**}$
Lidar com choro (75,3%)	Lidar com choro (64,5%)	$\chi^2_{(1)}=10,95^{**}$
P_ Sem experiência anterior em: Colocar a eructar (84,3%)	P_ Sem experiência anterior em: Colocar a eructar (73,6%)	$\chi^2_{(1)}=5,38^*$
Lidar com choro (90,0%)	Lidar com choro (83,8%)	
Preparação para a parentalidade		χ^2
Sim	Não	
Acompanhamento por enfermeiro durante a consulta (72,1%)	Acompanhamento por enfermeiro durante a consulta (55,6%)	$\chi^2_{(1)}=17,44^{***}$
M_ Sem experiência anterior em: Amamentar (79,8%)	M_ Sem experiência anterior em: Amamentar (71,8%)	$\chi^2_{(1)}=5,04^*$ $\chi^2_{(1)}=7,96^{**}$
Alimentar com biberão (71,7%)	Alimentar com biberão (60,7%)	$\chi^2_{(1)}=9,45^{**}$
Dar banho (72,9%)	Dar banho (61,0%)	$\chi^2_{(1)}=9,66^{**}$
Trocar a fralda (70,9%)	Trocar a fralda (58,7%)	$\chi^2_{(1)}=4,11^*$
P_ Sem experiência anterior em: Alimentar por biberão (85,0%)	P_ Sem experiência anterior em: Alimentar por biberão (58,7%)	$\chi^2_{(1)}=4,14^*$
Dar banho (89,5%)	Dar banho (83,7%)	$\chi^2_{(1)}=5,89^*$
Trocar a fralda (89,9%) e 82,9%	Trocar a fralda (82,9%)	
Acompanhamento por enfermeiro		χ^2
Sim	Não	
Crianças do sexo feminino (56,2%)	Crianças do sexo masculino (65,7%)	$\chi^2_{(1)}=11,03^{**}$
P_ não refere os familiares como fonte de informação após o nascimento do filho (83,9%)	P_ não refere os familiares como fonte de informação após o nascimento do filho (92,9%)	$\chi^2_{(1)}=4,31^*$
Experiência anterior de amamentar		χ^2
Sim	Não	
M_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (98,7%)	M_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (92,6%)	$\chi^2_{(1)}=471,09^{***}$ $\chi^2_{(1)}=371,32^{***}$
Alimentar com biberão (98,1%)	Alimentar com biberão (86,1%)	$\chi^2_{(1)}=404,98^{***}$
Dar banho (100%)	Dar banho (87,6%)	$\chi^2_{(1)}=367,73^{***}$
Trocar a fralda (100%)	Trocar a fralda (84,6%)	$\chi^2_{(1)}=349,30^{***}$
Tratar coto umbilical (71,1%)	Tratar coto umbilical (97,3%)	$\chi^2_{(1)}=479,13^{***}$
Lidar com choro (97,5%)	Lidar com choro (93,7%)	$\chi^2_{(1)}=308,08^{***}$
P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (68,6%)	P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (96,0%)	$\chi^2_{(1)}=290,77^{***}$
Alimentar com biberão (64,8%)	Alimentar com biberão (96,4%)	$\chi^2_{(1)}=207,99^{***}$
P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (51,6%)	P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (97,5%)	$\chi^2_{(1)}=193,11^{***}$
Trocar a fralda (52,2%)	Trocar a fralda (96,8%)	$\chi^2_{(1)}=31,93^{***}$
Tratar coto umbilical (92,5%)	Tratar coto umbilical (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=167,73^{***}$
Lidar com choro (57,9%)	Lidar com choro (97,3%)	
M_ Experiência anterior em colocar a eructar		χ^2
Sim	Não	
M_ Experiência anterior de: Alimentar com biberão (95,3%)	M_ Sem experiência anterior de: Alimentar com biberão (91,2%)	$\chi^2_{(1)}=440,03^{***}$ $\chi^2_{(1)}=476,67^{***}$
Dar banho (96,9%)	Dar banho (92,8%)	$\chi^2_{(1)}=446,36^{***}$
Trocar a fralda (97,9%)	Trocar a fralda (90,0%)	$\chi^2_{(1)}=337,70^{***}$
Tratar coto umbilical (64,1%)	Tratar coto umbilical (99,3%)	$\chi^2_{(1)}=564,64^{***}$
Lidar com choro (94,3%)	Lidar com choro (99,1%)	$\chi^2_{(1)}=360,98^{***}$
P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (66,1%)	P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=271,37^{***}$
Alimentar com biberão (57,8%)	Alimentar com biberão (98,0%)	$\chi^2_{(1)}=167,71^{***}$
P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (58,9%)	P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (97,7%)	$\chi^2_{(1)}=160,82^{***}$
Trocar a fralda (58,9%)	Trocar a fralda (97,3%)	$\chi^2_{(1)}=24,18^{***}$
Tratar coto umbilical (93,8%)	Tratar coto umbilical (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=195,92^{***}$
Lidar com choro (59,4%)	Lidar com choro (99,5%)	
M_ Experiência anterior em alimentar com biberão		χ^2
Sim	Não	
M_ Experiência anterior de: Dar banho (91,9%)	M_ Sem experiência anterior de: Dar banho (96,6%)	$\chi^2_{(1)}=500,74^{***}$ $\chi^2_{(1)}=558,78^{***}$
Trocar a fralda (98,2%)	Trocar a fralda (96,6%)	$\chi^2_{(1)}=250,63^{***}$
Tratar coto umbilical (54,1%)	Tratar coto umbilical (98,5%)	$\chi^2_{(1)}=429,98^{***}$
Lidar com choro (80,2%)	Lidar com choro (98,3%)	
P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (55,9%)	P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (99,0%)	$\chi^2_{(1)}=269,70^{***}$ $\chi^2_{(1)}=260,79^{***}$
Alimentar com biberão (53,2%)	Alimentar com biberão (99,5%)	$\chi^2_{(1)}=148,45^{***}$
P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (63,1%)	P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (98,3%)	$\chi^2_{(1)}=153,27^{***}$
Trocar a fralda (62,2%)	Trocar a fralda (98,3%)	$\chi^2_{(1)}=19,15^{***}$
Tratar coto umbilical (94,6%)	Tratar coto umbilical (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=150,86^{***}$
Lidar com choro (65,3%)	Lidar com choro (99,3%)	

M_ Experiência anterior em dar banho		χ^2
Sim	Não	
M_ Experiência anterior de: Trocar a fralda (98,2%) Tratar coto umbilical (57,3%) Lidar com choro (83,5%) P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (57,8%) Alimentar com biberão (52,3%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (61,0%) Trocar a fralda (61,5%) Tratar coto umbilical (94,0%) Lidar com choro (64,7%)	M_ Sem experiência anterior de: Trocar a fralda (95,7%) Tratar coto umbilical (99,8%) Lidar com choro (99,3%) P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (99,5%) Alimentar com biberão (98,6%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (99,0%) Trocar a fralda (98,3%) Tratar coto umbilical (100%) Lidar com choro (99,3%)	$\chi^2_{(1)}=542,86^{***}$ $\chi^2_{(1)}=292,86^{***}$ $\chi^2_{(1)}=474,15^{***}$ $\chi^2_{(1)}=291,64^{***}$ $\chi^2_{(1)}=241,05^{***}$ $\chi^2_{(1)}=171,43^{***}$ $\chi^2_{(1)}=158,00^{***}$ $\chi^2_{(1)}=25,33^{***}$ $\chi^2_{(1)}=155,31^{***}$
M_ Experiência anterior em trocar a fralda		χ^2
Sim	Não	
M_ Experiência anterior de: Tratar coto umbilical (53,4%) Lidar com choro (79,7%) P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (54,7%) Alimentar com biberão (50,4%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (62,9%) Trocar a fralda (62,1%) Tratar coto umbilical (94,4%) Lidar com choro (65,9%)	M_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (99,5%) Lidar com choro (100%) P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (99,8%) Alimentar com biberão (99,3%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (99,3%) Trocar a fralda (99,3%) Tratar coto umbilical (100%) Lidar com choro (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=259,01^{***}$ $\chi^2_{(1)}=452,64^{***}$ $\chi^2_{(1)}=271,09^{***}$ $\chi^2_{(1)}=236,65^{***}$ $\chi^2_{(1)}=160,83^{***}$ $\chi^2_{(1)}=165,46^{***}$ $\chi^2_{(1)}=23,00^{***}$ $\chi^2_{(1)}=356,42^{***}$
M_ Experiência anterior em tratar coto umbilical		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (77,0%) Alimentar com biberão (64,3%) Lidar com choro (50,8%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (50,0%) Trocar a fralda (53,2%) Tratar coto umbilical (89,7%) Crianças do sexo feminino (58,9%)	P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (93,9%) Alimentar com biberão (92,3%) Lidar com choro (96,9%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (94,9%) Trocar a fralda (93,7%) Tratar coto umbilical (100%) Crianças do sexo masculino (56,7%)	$\chi^2_{(1)}=314,80^{***}$ $\chi^2_{(1)}=210,84^{***}$ $\chi^2_{(1)}=207,85^{***}$ $\chi^2_{(1)}=168,53^{***}$ $\chi^2_{(1)}=134,88^{***}$ $\chi^2_{(1)}=53,51^{***}$ $\chi^2_{(1)}=4,17^*$
M_ Experiência anterior em lidar com choro		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Colocar a eructar (68,1%) Alimentar com biberão (60,0%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (57,8%) Trocar a fralda (57,3%) Tratar coto umbilical (93,5%) Lidar com choro (57,8%)	P_ Sem experiência anterior de: Colocar a eructar (99,6%) Alimentar com biberão (98,0%) P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (97,6%) Trocar a fralda (97,3%) Tratar coto umbilical (99,8%) Lidar com choro (99,6%)	$\chi^2_{(1)}=372,26^{***}$ $\chi^2_{(1)}=287,18^{***}$ $\chi^2_{(1)}=171,23^{***}$ $\chi^2_{(1)}=170,78^{***}$ $\chi^2_{(1)}=25,59^{***}$ $\chi^2_{(1)}=206,79^{***}$
P_ Experiência anterior em colocar a eructar		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Alimentar com biberão (75,5%) Dar banho (53,9%) Trocar a fralda (52,3%) Lidar com choro (59,4%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (90,6%) Não refere livros como fonte de informação pós nascimento da criança (78,6%)	P_ Sem experiência anterior de: Alimentar com biberão (95,3%) Dar banho (95,3%) Trocar a fralda (95,3%) Lidar com choro (99,2%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (99,8%) Não refere livros como fonte de informação pós nascimento da criança (89,4%)	$\chi^2_{(1)}=328,61^{***}$ $\chi^2_{(1)}=211,25^{***}$ $\chi^2_{(1)}=188,29^{***}$ $\chi^2_{(1)}=317,99^{***}$ $\chi^2_{(1)}=42,84^{***}$ $\chi^2_{(1)}=4,43^*$
P_ Experiência anterior em alimentar com biberão		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Dar banho (64,2%) Trocar a fralda (65,0%) Lidar com choro (50,8%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (90,0%)	P_ Sem experiência anterior de: Dar banho (97,7%) Trocar a fralda (97,5%) Lidar com choro (96,3%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (99,8%)	$\chi^2_{(1)}=308,23^{***}$ $\chi^2_{(1)}=308,85^{***}$ $\chi^2_{(1)}=196,05^{***}$ $\chi^2_{(1)}=46,57^{***}$
P_ Experiência anterior em dar banho		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Trocar a fralda (91,0%) Lidar com choro (61,8%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (85,4%) Mães referem internet como fonte de informação pós nascimento da criança (58,8%)	P_ Sem experiência anterior de: Trocar a fralda (98,2%) Lidar com choro (95,4%) P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (100%) Mães não referem internet como fonte de informação pós nascimento da criança (66,3%)	$\chi^2_{(1)}=494,92^{***}$ $\chi^2_{(1)}=227,11^{***}$ $\chi^2_{(1)}=81,27^{***}$ $\chi^2_{(1)}=7,88^{**}$
P_ Experiência anterior em trocar a fralda		χ^2
Sim	Não	
P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (85,7%) P_ Experiência anterior de: Lidar com choro (63,7%) Mães referem internet como fonte de informação pós nascimento da criança (63,9%)	P_ Sem experiência anterior de: Tratar coto umbilical (100%) P_ Sem experiência anterior de: Lidar com choro (95,9%) Mães não referem internet como fonte de informação pós nascimento da criança (67,5%)	$\chi^2_{(1)}=79,20^{***}$ $\chi^2_{(1)}=251,80^{***}$ $\chi^2_{(1)}=12,85^{**}$

P_ Experiência anterior em tratar coto umbilical		χ^2
Sim	Não	
P_ Experiência anterior de: Lidar com choro (92,3%)	P_ Sem experiência anterior de: Lidar com choro (89,0%)	$\chi^2_{(1)}=76,44^{***}$
Pai assistiu ao parto		χ^2
Sim	Não	
M_ Refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento do filho (82,0%)	M_ Refere enfermeiro como fonte de informação após o nascimento do filho (69,3%)	$\chi^2_{(1)}=5,16^*$
Quem cuida do bebê pós-parto_ mãe		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere a internet, médico como fonte de informação após o nascimento do filho (75,0%; 77,2%)	P_ refere a internet, médico como fonte de informação após o nascimento do filho (75,0%; 100% - n=4)	$\chi^2_{(1)}=6,26^*$ $\chi^2_{(1)}=12,78^{**}$
P_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento do filho (99,6%)	P_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento do filho (75,0%)	$\chi^2_{(1)}=28,25^*$
Quem cuida do bebê pós-parto_ pai		χ^2
Sim	Não	
M_ não refere o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento do filho (80,2%)	M_ não refere o enfermeiro como fonte de informação após o nascimento do filho (64,1%)	$\chi^2_{(1)}=6,66^*$
P_ não refere o enfermeiro, médico como fonte de informação após o nascimento do filho (67,4%; 71,5%)	P_ não refere o enfermeiro, médico como fonte de informação após o nascimento do filho (90,6%; 87,5%)	$\chi^2_{(1)}=12,94^{***}$
Tipo de ajuda pós-parto_ Tomar conta		χ^2
Sim	Não	
Ajuda nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas (65,5%; 54,9%)	Sem ajuda nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas (79,7%; 67,5%)	$\chi^2_{(1)}=49,33^{***}$ $\chi^2_{(1)}=11,99^{**}$
M_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (70,8%)	M_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (82,1%)	$\chi^2_{(1)}=4,22^*$
Tipo de ajuda pós-parto_ cuidados à criança		χ^2
Sim	Não	
Ajuda nas tarefas domésticas (61,6%)	Sem ajuda nas tarefas domésticas (70,1%)	$\chi^2_{(1)}=23,52^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Enfermeiro		χ^2
Sim	Não	
M_ refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (67,0%)	M_ não refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (63,2%)	$\chi^2_{(1)}=16,39^{***}$
P_ não refere enfermeiro, livros, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (65,9%; 83,8%; 70,4%)	P_ não refere enfermeiro, livros, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (98,2%; 96,5%; 93,0%)	$\chi^2_{(1)}=23,32^{***}$ $\chi^2_{(1)}=6,10^*$ $\chi^2_{(1)}=12,05^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Livros		χ^2
Sim	Não	
M_ refere internet como fonte de informação após o nascimento da criança (63,7%)	M_ não refere internet como fonte de informação após o nascimento da criança (79,3%)	$\chi^2_{(1)}=44,31^{***}$
P_ não refere livros como fonte de informação após o nascimento da criança (70,3%)	P_ não refere livros como fonte de informação após o nascimento da criança (97,2%)	$\chi^2_{(1)}=35,49^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Internet		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere livros, internet como fonte de informação após o nascimento da criança (75,0%; 51,1%)	P_ não refere livros, internet como fonte de informação após o nascimento da criança (93,9%; 92,6%)	$\chi^2_{(1)}=17,31^{***}$ $\chi^2_{(1)}=53,68^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Médico		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere enfermeiro, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (67,4%; 63,1%)	P_ não refere enfermeiro, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (83,2%; 94,7%)	$\chi^2_{(1)}=7,30^{**}$ $\chi^2_{(1)}=30,97^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Familiares		χ^2
Sim	Não	
M_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento da criança (78,2%)	M_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento da criança (94,5%)	$\chi^2_{(1)}=13,25^{**}$
P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (67,3%)	P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (93,9%)	$\chi^2_{(1)}=27,80^{***}$
M_ Fonte de informação pós-parto_ Outras mães		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento da criança (90,9%)	P_ não refere outras mães como fonte de informação após o nascimento da criança (100%)	$\chi^2_{(1)}=19,62^{**}$
P_ Fonte de informação pós-parto_ Enfermeiro		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere livros, internet como fonte de informação após o nascimento da criança (71,0%; 56,5%)	P_ não refere livros, internet como fonte de informação após o nascimento da criança (92,5%; 84,5%)	$\chi^2_{(1)}=18,62^{***}$ $\chi^2_{(1)}=20,36^{***}$
P_ refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (71,0%)	P_ não refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (92,5%)	$\chi^2_{(1)}=100,61^{***}$
P_ Fonte de informação pós-parto_ Livros		χ^2
Sim	Não	
P_ refere internet, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (67,7%; 58,1%)	P_ não refere internet, médico como fonte de informação após o nascimento da criança (83,9%; 81,0%)	$\chi^2_{(1)}=40,70^{***}$ $\chi^2_{(1)}=22,40^{***}$
P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (74,2%)	P_ não refere familiares como fonte de informação após o nascimento da criança (89,8%)	$\chi^2_{(1)}=6,05^*$
P_ Fonte de informação pós-parto_ Internet		χ^2
Sim	Não	
P_ não refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (63,0%)	P_ não refere médico como fonte de informação após o nascimento da criança (79,7%)	$\chi^2_{(1)}=6,35^*$

Escolaridade da mãe			χ^2
Ensino superior	Ensino secundário	Ensino básico	
Vive com o pai (93,5%)	Vive com o pai (81,4%)	Vive com o pai (73,4%)	$\chi^2_{(2)} = 32,51^{***}$
Primíparas (76,0%)	Primíparas (77,0%)	Primíparas (57,0%)	$\chi^2_{(2)} = 21,91^{***}$
Gravidez planeada (77,1%)	Gravidez planeada (59,3%)	Gravidez não planeada (55,1%)	$\chi^2_{(2)} = 45,72^{***}$
Privado (53,1%)	Público (76,5%)	Público (91,1%)	$\chi^2_{(2)} = 98,62^{***}$
Mãe vai assumir cuidados ao filho (88,5%)	Mãe vai assumir cuidados ao filho (92,6%)	Mãe vai assumir cuidados ao filho (95,6%)	$\chi^2_{(2)} = 6,74^*$
Previsão de colaboração do pai nos cuidados à criança (91,1%)	Previsão de colaboração do pai nos cuidados à criança (76,5%)	Previsão de não colaboração do pai nos cuidados à criança (50,6%)	$\chi^2_{(2)} = 7,37^*$
Mãe recorre livros como FI (59,2%)	Mãe recorre livros como FI (57,4%)	Mãe não recorre livros como FI (53,2%)	$\chi^2_{(2)} = 6,51^*$
Mãe recorre internet como FI (62,2%)	Mãe recorre internet como FI (56,4%)	Mãe não recorre internet como FI (74,1%)	$\chi^2_{(2)} = 55,22^{***}$
Pai não recorre à internet como FI (63,0%)	Pai não recorre à internet como FI (69,1%)	Pai não recorre à internet como FI (83,5%)	$\chi^2_{(2)} = 20,09^{***}$
Frequentam preparação para o parto (62,2%)	Frequentam preparação para o parto (61,8%)	Não frequentam preparação para o parto (51,4%)	$\chi^2_{(2)} = 8,59^*$
Não frequentam preparação para a parentalidade (57,2%)	Não frequentam preparação para a parentalidade (58,3%)	Não frequentam preparação para a parentalidade (69,6%)	$\chi^2_{(2)} = 7,06^*$
Não tem acompanhamento de enfermeiro (52,7%)	Tem acompanhamento por enfermeiro (72,1%)	Tem acompanhamento por enfermeiro (75,3%)	$\chi^2_{(2)} = 44,76^{***}$
Não têm experiência anterior de amamentar (79,0%)	Não têm experiência anterior de amamentar (79,9%)	Não têm experiência anterior de amamentar (60,1%)	$\chi^2_{(2)} = 44,76^{***}$
Não têm experiência anterior em colocar eructar (74,8%)	Não têm experiência anterior em colocar eructar (72,1%)	Não têm experiência anterior em colocar eructar (57,0%)	$\chi^2_{(2)} = 15,80^{***}$
Não têm experiência anterior em alimentar com biberão (71,8%)	Não têm experiência anterior em alimentar com biberão (68,1%)	Têm experiência anterior em alimentar com biberão (51,9%)	$\chi^2_{(2)} = 25,78^{***}$
Não têm experiência anterior em dar banho (71,8%)	Não têm experiência anterior em dar banho (67,6%)	Não têm experiência anterior em dar banho (51,3%)	$\chi^2_{(2)} = 19,03^{***}$
Não têm experiência anterior em trocar a fralda (69,5%)	Não têm experiência anterior em trocar a fralda (66,7%)	Têm experiência anterior em trocar a fralda (52,5%)	$\chi^2_{(2)} = 22,22^{***}$
Não têm experiência anterior em tratar coto umbilical (81,7%)	Não têm experiência anterior em tratar coto umbilical (84,8%)	Não têm experiência anterior em tratar coto umbilical (70,3%)	$\chi^2_{(2)} = 12,68^{**}$
Não têm experiência anterior em lidar com choro (75,6%)	Não têm experiência anterior em lidar com choro (74,5%)	Não têm experiência anterior em lidar com choro (57,0%)	$\chi^2_{(2)} = 18,75^{***}$

Escolaridade do pai			χ^2
Ensino superior	Ensino secundário	Ensino básico	
Vive com a mãe (93,8%)	Vive com a mãe (86,3%)	Vive com a mãe (81,3%)	$\chi^2_{(2)} = 12,41^{**}$
Primíparas (79,4%)	Primíparas (76,8%)	Primíparas (60,7%)	$\chi^2_{(2)} = 20,51^{***}$
Gravidez planeada (76,9%)	Gravidez planeada (67,8%)	Gravidez planeada (52,7%)	$\chi^2_{(2)} = 25,37^{***}$
Privado (55,6%)	Público (69,2%)	Público (81,3%)	$\chi^2_{(2)} = 58,13^{***}$
Mãe vai assumir cuidados ao filho (85,6%)	Mãe vai assumir cuidados ao filho (97,2%)	Mãe vai assumir cuidados ao filho (92,0%)	$\chi^2_{(2)} = 16,64^{***}$
Mãe recorre internet como FI (60,6%)	Mãe recorre internet como FI (64,0%)	Mãe não recorre internet como FI (65,6%)	$\chi^2_{(2)} = 44,78^{***}$
Pai não recorre aos livros como FI (76,3%)	Pai não recorre aos livros como FI (73,5%)	Pai não recorre aos livros como FI (83,0%)	$\chi^2_{(2)} = 6,08^*$
Pai não recorre à internet como FI (63,1%)	Pai não recorre à internet como FI (62,1%)	Pai não recorre à internet como FI (79,9%)	$\chi^2_{(2)} = 19,79^{***}$
Frequentam preparação para o parto (53,8%)	Frequentam preparação para o parto (65,4%)	Não frequentam preparação para o parto (55,8%)	$\chi^2_{(2)} = 6,30^*$
Não tem acompanhamento de enfermeiro (56,3%)	Tem acompanhamento por enfermeiro (66,4%)	Tem acompanhamento por enfermeiro (75,3%)	$\chi^2_{(2)} = 33,68^{***}$
Não têm experiência anterior em colocar eructar (83,8%)	Não têm experiência anterior em colocar eructar (72,1%)	Não têm experiência anterior em colocar eructar (57,0%)	$\chi^2_{(2)} = 11,35^{**}$
Não têm experiência anterior em alimentar com biberão (83,1%)	Não têm experiência anterior em alimentar com biberão (84,8%)	Têm experiência anterior em alimentar com biberão (75,0%)	$\chi^2_{(2)} = 7,58^*$
Mãe não refere internet como FI (58,9%)	Mãe não refere internet como FI (50,8%)	Mãe não refere internet como FI (71,1%)	$\chi^2_{(2)} = 6,25^*$
Mãe refere médico como FI (74,0%)	Mãe não refere médico como FI (50,8%)	Mãe refere médico como FI (59,0%)	$\chi^2_{(2)} = 8,80^*$

Mães_Grupo profissional											
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10	Grupo 11	Grupo 12	χ^2
Vive junto (100%)	Vive junto (95%)	Vive junto (93,9%)	Vive junto (93,8%)	Vive junto (80,0%)	Vive junto (75,0%)	Vive junto (50,0%)	Vive junto (68,8%)	Vive junto (100,0%)	Vive junto não (66,7%)	Vive junto (67,0%)	$\chi^2_{(10)} = 74,80^{***}$
Gravidez planeada não (54,5%)	Gravidez planeada (78,0%)	Gravidez planeada (80,6%)	Gravidez planeada (66,7%)	Gravidez planeada (61,3%)	Gravidez planeada (50,0%)	Gravidez planeada (50,0%)	Gravidez planeada (50,0%)	Gravidez planeada (80,0%)	Gravidez planeada não (66,7%)	Gravidez planeada não (69,3%)	$\chi^2_{(10)} = 77,10^{***}$
Público (81,8%)	Público (52,2%)	Público (51,0%)	Público (70,8%)	Público (78,1%)	Público (87,5%)	Público (100,0%)	Público (93,8%)	Público (60,0%)	Público (100,0%)	Público (79,5%)	$\chi^2_{(10)} = 61,41^{***}$
MFI_internet não (54,5%)	MFI_internet (58,5%)	MFI_internet (68,4%)	MFI_internet (58,3%)	MFI_internet não (56,1%)	MFI_internet não (75,0%)	MFI_internet (50,0%)	MFI_internet não (78,1%)	MFI_internet não (60,0%)	MFI_internet (55,6%)	MFI_internet não (60,2%)	$\chi^2_{(10)} = 37,50^{***}$
PFI_internet não (54,5%)	PFI_internet não (66,7%)	PFI_internet não (59,2%)	PFI_internet não (77,1%)	PFI_internet não (72,3%)	PFI_internet não (75,0%)	PFI_internet não (50,0%)	PFI_internet não (78,1%)	PFI_internet não (60,0%)	PFI_internet não (55,6%)	PFI_internet não (85,2%)	$\chi^2_{(10)} = 21,55^*$
AcomEnf (63,6%)	AcomEnf não (54,7%)	AcomEnf (55,1%)	AcomEnf (60,4%)	AcomEnf (74,2%)	AcomEnf (100,0%)	AcomEnf (100,0%)	AcomEnf (75,0%)	AcomEnf (60,0%)	AcomEnf (77,8%)	AcomEnf (72,7%)	$\chi^2_{(10)} = 44,55^{***}$
ExpAntChoro não (63,6%)	ExpAntChoro não (76,1%)	ExpAntChoro não (69,4%)	ExpAntChoro não (60,4%)	ExpAntChoro não (68,4%)	ExpAntChoro não (50,0%)	ExpAntChoro não (50,0%)	ExpAntChoro não (53,1%)	ExpAntChoro não (100,0%)	ExpAntChoro não (100,0%)	ExpAntChoro não (75,0%)	$\chi^2_{(10)} = 18,73^*$

Pais_Grupo profissional												χ^2
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10	Grupo 11	Grupo 12	
Vive junto (92,9%)	Vive junto (93,1%)	Vive junto (90,9%)	Vive junto (73,7%)	Vive junto (88,0%)	Vive junto (50,0%)	Vive junto (92,2%)	Vive junto (79,2%)	Vive junto (78,1%)	Vive junto (66,7%)	Vive junto não (75,0%)	Vive junto (54,2%)	$\chi^2_{(11)} = 56,16^{***}$
1.º filho (60,7%)	1.º filho (76,2%)	1.º filho (78,4%)	1.º filho (71,1%)	1.º filho (72,5%)	1.º filho não (100%)	1.º filho (66,7%)	1.º filho (66,7%)	1.º filho (56,3%)	1.º filho (66,7%)	1.º filho (100%)	1.º filho (83,3%)	$\chi^2_{(11)} = 23,10^*$
Gravidez planeada (53,6%)	Gravidez planeada (77,2%)	Gravidez planeada (76,1%)	Gravidez planeada (57,9%)	Gravidez planeada (71,8%)	Gravidez planeada não (100%)	Gravidez planeada (55,6%)	Gravidez planeada (66,7%)	Gravidez planeada (50,0%)	Gravidez planeada (66,7%)	Gravidez planeada não (75,0%)	Gravidez planeada não (75,0%)	$\chi^2_{(11)} = 50,56^{***}$
Privado (53,6%)	Privado (52,5%)	Público (56,8%)	Público (73,7%)	Público (66,2%)	Público (100%)	Público (84,4%)	Público (62,5%)	Público (93,8%)	Público (66,7%)	Público (75,0%)	Público (100%)	$\chi^2_{(11)} = 64,45^{***}$
Qcuida_pai não (53,6%)	Qcuida_pai (62,4%)	Qcuida_pai (65,9%)	Qcuida_pai não (52,6%)	Qcuida_pai (73,9%)	Qcuida_pai não (50,0%)	Qcuida_pai não (50,0%)	Qcuida_pai não (50,0%)	Qcuida_pai (53,1%)	Qcuida_pai (66,7%)	Qcuida_pai não (75,0%)	Qcuida_pai não (58,3%)	$\chi^2_{(11)} = 28,66^{**}$
Qajmãe/sogra (64,3%)	Qajmãe/sogra (54,5%)	Qajmãe/sogra (75,0%)	Qajmãe/sogra (68,4%)	Qajmãe/sogra (73,2%)	Qajmãe/sogra não (75,0%)	Qajmãe/sogra (67,8%)	Qajmãe/sogra (87,5%)	Qajmãe/sogra (84,4%)	Qajmãe/sogra (66,7%)	Qajmãe/sogra (100%)	Qajmãe/sogra (66,7%)	$\chi^2_{(11)} = 22,02^*$
Aj_cuidcrian (50,0%)	Aj_cuidcrian não (66,3%)	Aj_cuidcrian (50,0%)	Aj_cuidcrian (55,3%)	Aj_cuidcrian não (60,6%)	Aj_cuidcrian (50,0%)	Aj_cuidcrian não (63,3%)	Aj_cuidcrian (58,3%)	Aj_cuidcrian (53,1%)	Aj_cuidcrian (66,7%)	Aj_cuidcrian (100%)	Aj_cuidcrian (50,0%)	$\chi^2_{(11)} = 20,41^*$
MFI_internet (60,7%)	MFI_internet (59,4%)	MFI_internet (60,2%)	MFI_internet (52,6%)	MFI_internet (53,5%)	MFI_internet não (100,0%)	MFI_internet não (64,4%)	MFI_internet (50,0%)	MFI_internet não (56,3%)	MFI_internet (100,0%)	MFI_internet (75,0%)	MFI_internet não (58,3%)	$\chi^2_{(11)} = 25,23^*$
PFI_livros não (78,6%)	PFI_livros não (78,2%)	PFI_livros não (81,8%)	PFI_livros não (71,1%)	PFI_livros não (72,5%)	PFI_livros não (100%)	PFI_livros não (83,3%)	PFI_livros não (87,5%)	PFI_livros não (90,6%)	PFI_livros (66,7%)	PFI_livros (75,0%)	PFI_livros não (79,2%)	$\chi^2_{(11)} = 21,42^*$
AcomEnf não (53,6%)	AcomEnf não (58,4%)	AcomEnf (56,8%)	AcomEnf (68,4%)	AcomEnf (68,3%)	AcomEnf (50,0%)	AcomEnf (73,3%)	AcomEnf (66,7%)	AcomEnf (81,3%)	AcomEnf não (100,0%)	AcomEnf (50,0%)	AcomEnf (87,5%)	$\chi^2_{(11)} = 47,16^{***}$
ExpAntBiber não (60,7%)	ExpAntBiber não (75,2%)	ExpAntBiber não (71,6%)	ExpAntBiber não (63,2%)	ExpAntBiber não (64,8%)	ExpAntBiber (100%)	ExpAntBiber não (53,3%)	ExpAntBiber não (54,2%)	ExpAntBiber não (50,0%)	ExpAntBiber não (100%)	ExpAntBiber não (75,0%)	ExpAntBiber não (70,8%)	$\chi^2_{(11)} = 25,68^*$
ExpAntDarba não (57,1%)	ExpAntDarba não (71,3%)	ExpAntDarba não (72,7%)	ExpAntDarba não (63,2%)	ExpAntDarba não (66,3%)	ExpAntDarba (100%)	ExpAntDarba não (56,7%)	ExpAntDarba não (54,2%)	ExpAntDarba não (50,0%)	ExpAntDarba não (66,7%)	ExpAntDarba não (75,0%)	ExpAntDarba não (83,3%)	$\chi^2_{(11)} = 23,96^*$
ExpAntTrFral não (53,6%)	ExpAntTrFral não (74,3%)	ExpAntTrFral não (70,5%)	ExpAntTrFral não (62,2%)	ExpAntTrFral não (63,4%)	ExpAntTrFral (100%)	ExpAntTrFral não (53,3%)	ExpAntTrFral não (54,2%)	ExpAntTrFral (53,1%)	ExpAntTrFral não (66,7%)	ExpAntTrFral não (75,0%)	ExpAntTrFral não (70,8%)	$\chi^2_{(11)} = 24,35^*$
ExpAntChoro não (64,3%)	ExpAntChoro não (76,2%)	ExpAntChoro não (78,4%)	ExpAntChoro não (71,1%)	ExpAntChoro não (69,7%)	ExpAntChoro (100%)	ExpAntChoro não (66,7%)	ExpAntChoro não (66,7%)	ExpAntChoro não (53,1%)	ExpAntChoro não (66,7%)	ExpAntChoro não (75,0%)	ExpAntChoro não (79,2%)	$\chi^2_{(11)} = 20,71^*$
AjppTomarcon (55,6%)	AjppTomarcon (55,8%)	AjppTomarcon (56,7%)	AjppTomarcon não (75,0%)	AjppTomarcon não (56,5%)	AjppTomarcon não (60,7%)	AjppTomarcon (90,0%)	AjppTomarcon (55,6%)	AjppTomarcon não (100%)	AjppTomarcon (50,0%)	AjppTomarcon não (90,0%)	AjppTomarcon não (52,7%)	$\chi^2_{(11)} = 21,68^*$

Idade das mães e dos pais vs outras variáveis atributo					
Variáveis atributo		Idade_mãe (média)	t	Idade_pai (média)	t
Viver junto	Sim	30,28	$t_{(629)}=-8,657, p<0,000$	32,77	$t_{(603)}=-6,988, p=0,000$
	Não	25,60		27,94	
Paridade	Primípara	28,44	$t_{(629)}=-9,006, p<0,000$	30,93	$t_{(603)}=-7,901, p<0,000$
	Múltipara	32,35		35,08	
Gravidez planeada	Sim	30,31	$t_{(629)}=-4,869, p<0,000$	32,61	$t_{(603)}=-2,806, p=0,005$
	Não	28,24		31,16	
Tipo de assistência de saúde	Público	28,83	$t_{(629)}=-5,085, p<0,000$	31,32	$t_{(603)}=-4,562, p<0,000$
	Privado	31,06		33,69	
Quemcuidabebé_mãe	Sim	29,40	$t_{(629)}=2,315, p=0,021$		n.s.
	Não	31,07			
Quemajuda_mãe/sogra	Sim	28,91	$t_{(629)}=4,616, p<0,000$	31,34	$t_{(603)}=4,652, p<0,000$
	Não	30,94		33,80	
TipoAjuda_Tomar conta	Sim	28,87	$t_{(629)}=3,448, p<0,001$	31,41	$t_{(603)}=2,981, p=0,003$
	Não	30,30		32,88	
TipoAjuda_Cuidados à criança	Sim	28,83	$t_{(629)}=3,015, p<0,001$	31,37	$t_{(603)}=2,578, p=0,010$
	Não	30,09		32,65	
TipoAjuda_Tarefas domésticas	Sim	28,99	$t_{(629)}=2,356, p=0,019$	31,48	$t_{(603)}=2,240, p=0,025$
	Não	29,98		32,59	
MFI_livros	Sim		n.s.	31,61	$t_{(603)}=2,252, p=0,025$
	Não			32,74	
MFI_médico	Sim	29,97	$t_{(629)}=2,078, p=0,038$		n.s.
	Não	29,11			
PFI_familiares	Sim		n.s.	30,93	$t_{(603)}=1,980, p=0,048$
	Não			32,31	
Acompanhamento por enfermeiro	Sim	28,61	$t_{(629)}=4,021, p<0,000$	31,19	$t_{(603)}=4,749, p<0,000$
	Não	30,61		33,58	
ExpAnt_Amamentar	Sim	32,22	$t_{(629)}=-7,803, p<0,000$	34,67	$t_{(603)}=-6,184, p<0,000$
	Não	28,65		31,24	
ExpAntM_Colocar a eructar	Sim	31,95	$t_{(629)}=-8,203, p<0,000$	34,60	$t_{(603)}=-6,871, p<0,000$
	Não	28,49		31,02	
ExpAntM_Alimentar com biberão	Sim	31,28	$t_{(629)}=-6,321, p<0,000$	33,95	$t_{(603)}=-5,651, p<0,000$
	Não	28,61		31,09	
ExpAntM_Dar banho	Sim	31,45	$t_{(629)}=-6,901, p<0,000$	34,12	$t_{(603)}=-6,109, p<0,000$
	Não	28,54		31,03	
ExpAntM_Trocar fralda	Sim	31,13	$t_{(629)}=-5,973, p<0,000$	33,79	$t_{(603)}=-5,341, p<0,000$
	Não	28,62		31,10	
ExpAntM_Tratar coto umbilical	Sim	32,16	$t_{(629)}=-6,470, p<0,000$	34,45	$t_{(603)}=-4,796, p<0,000$
	Não	28,90		31,52	
ExpAntM_Lidar com choro	Sim	32,13	$t_{(629)}=-8,427, p<0,000$	34,79	$t_{(603)}=-7,266, p<0,000$
	Não	28,48		30,99	
ExpAntP_Colocar a eructar	Sim	32,09	$t_{(629)}=-5,973, p<0,000$	34,93	$t_{(603)}=-5,341, p<0,000$
	Não	28,90		31,38	
ExpAntP_Alimentar com biberão	Sim	32,34	$t_{(629)}=-6,734, p<0,000$	34,86	$t_{(603)}=-5,520, p<0,000$
	Não	28,89		31,45	
ExpAntP_Dar banho	Sim	32,44	$t_{(629)}=-5,773, p<0,000$	34,65	$t_{(603)}=-4,243, p<0,000$
	Não	29,07		31,68	
ExpAntP_Trocar fralda	Sim	32,32	$t_{(629)}=-5,598, p<0,000$	34,38	$t_{(603)}=-3,825, p<0,000$
	Não	29,08		31,71	
ExpAntP_Tratar coto umbilical	Sim	32,77	$t_{(629)}=-2,253, p=0,025$		n.s.
	Não	29,48			
ExpAntP_Lidar com choro	Sim	32,59	$t_{(629)}=-5,706, p<0,000$	35,03	$t_{(603)}=-4,576, p<0,000$
	Não	29,11		31,67	
MFIpp_internet	Sim	30,48	$t_{(629)}=-2,051, p=0,041$		n.s.
	Não	29,05			

Escolaridade e grupo profissional das mães e dos pais vs outras variáveis atributo						
Variáveis atributo	Idade_mãe (N, média, D.P.)	Scheffe	ANOVA (F)	Idade_pai (N, média, D.P.)	Scheffe	ANOVA (F)
Escolaridade	E. Básico N=158 27,65 (6,12)	BxS p<0,000	F(2,621)=30,49, p<0,000	N=223 31,60 (7,20)	BxS P=007	F(2,590)=6,477, p=0,002
	E. Secundário N=204 28,68 (5,34)	SxS p<0,000		N=211 31,55 (5,55)	SxS p=0,006	
	E. Superior N=262 31,28 (3,78)	SxB p<0,000 SxS p<0,000		N=159 33,59 (4,80)	SxB p=0,007 SxS p=0,006	
Grupo profissio- sional	Grupo 1 N=11 31,73 (4,89)	G1xG11 p=0,010	F(10,604)=12, 13, p<0,000	N=28 36,32 (5,84)	G1xG4 .026 G1xG12 p=0,038	F(11,565)=5,59, p<0,000
	Grupo 2 N=159 31,67 (3,83)	G2xG5 p<0,000 G2xG11 p<0,000 G5xG12 p<0,000		N=100 34,01 (5,58)		
	Grupo 3 N=98 30,88 (3,72)	G3xG11 p<0,000 G3xG12 p<0,000		N=88 33,05 (4, 29)		
	Grupo 4 N=48 30,06 (5,17)	G4xG11 .005		N=38 29,42 (5,46)	G4xG1 p=0,026	
	Grupo 5 N=155 28,58 (5,43)	G5xG2 p<0,000 G5xG11 p=0,032		N=142 31,51 (5,66)		
	Grupo 6 N=8 31,75 (4,03)			N=4 40,75 (13,55)		
	Grupo 7 N=2 30,00 (4,24)	G7xG11 p=0,028		N=90 30,71 (5,78)		
	Grupo 8 N=32 28,34 (6,00)			N=24 31,92 (5,53)		
	Grupo 9 N=5 24,60 (3,36)			N=32 31,97 (7,19)		
	Grupo 10 N=9 21,22 (3,38)	G11xG1 p=0,010 G11xG2 p<0,000 G11xG3 p<0,000 G11xG4 p=0,005 G11xG5 p=0,032 G11xG7 p=0,028		N=3 36,00 (7,00)		
	Grupo 11 N=88 26,40 (5,78)			N=4 27,00 (5,29)		
	Grupo 12	G12xG2 p<0,000 G12xG3 p<0,000		N=24 28,83 (9,22)	G12xG1 p=0,038	

Significância <.005

Anexo 16. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - mães

	Gravidez	Competência	Item	NDem	N
1	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do quarto do recém-nascido	44,2%	570
2	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do berço/cama	41,1%	570
3	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	37,2%	570
4	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	44,5%	569
5	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	43,4%	569
6	Conhecimento	Preparar enxoval	Critérios de escolha da roupa para o bebê	23,0%	569
7	Conhecimento	Preparar enxoval	Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebê	32,1%	570
8	Conhecimento	Preparar enxoval	Critérios de escolha e de uso de chupeta	61,5%	569
9	Conhecimento	Preparar enxoval	Critérios de escolha das fraldas e toalhetes	43,7%	568
10	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez	31,0%	168
11	Conhecimento	Amamentar	Benefícios da amamentação	21,3%	563
12	Conhecimento	Amamentar	Características do colostro e do leite	59,5%	563
13	Conhecimento	Amamentar	Critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	71,6%	563
14	Conhecimento	Amamentar	Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	65,6%	564
15	Conhecimento	Amamentar	Sinais de ingestão nutricional suficiente	76,0%	563
16	Conhecimento	Amamentar	Sinais de fome	51,0%	563
17	Conhecimento	Amamentar	Sinais de saciedade	50,6%	563
18	Conhecimento	Amamentar	Posição da mãe e do filho	51,7%	563
19	Conhecimento	Amamentar	Sinais de pega adequada	70,7%	563
20	Conhecimento	Amamentar	Estratégias para manter o bebê acordado durante a mamada	58,6%	563
21	Conhecimento	Amamentar	Sinais de produção e libertação de leite	78,5%	562
22	Conhecimento	Amamentar	Medidas que estimulam a lactação	85,1%	562
23	Conhecimento	Amamentar	Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário	81,9%	563
24	Conhecimento	Amamentar	Fatores de risco de ingurgitamento mamário	79,6%	563
25	Conhecimento	Amamentar	Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário	78,5%	563
26	Conhecimento	Amamentar	Fatores de risco de fissura do mamilo	75,1%	563
27	Conhecimento	Amamentar	Medidas de prevenção de fissura do mamilo	75,1%	562
28	Conhecimento	Amamentar	Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	63,8%	560
29	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de cafeína na criança	53,3%	285
30	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança	49,7%	167
31	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de fumar na criança	55,5%	182
32	Conhecimento	Colocar a eructar	Benefícios da eructação	34,5%	566
33	Conhecimento	Colocar a eructar	Posicionar a criança para eructar	21,5%	567
34	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	48,5%	198
35	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Métodos de lavagem e esterilização	47,2%	197
36	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Como preparar o leite adaptado	63,8%	196
37	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Como alimentar a criança por biberão	50,0%	198
38	Conhecimento	Preparar enxoval	O que é necessário preparar para levar para o hospital	32,9%	566
39	Conhecimento	Assegurar higiene	Material necessário e condições prévias para o banho	32,3%	563
40	Conhecimento	Assegurar higiene	Critérios para escolher os produtos de higiene a usar	78,2%	565
41	Conhecimento	Assegurar higiene	Frequência e horário do banho	51,5%	565
42	Conhecimento	Assegurar higiene	Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos	65,7%	565
43	Conhecimento	Assegurar higiene	Como dar banho	60,6%	566
44	Conhecimento	Assegurar higiene	Como e quando cortar as unhas	72,6%	566
45	Conhecimento	Assegurar higiene	Material necessário para a troca da fralda	27,0%	564
46	Conhecimento	Assegurar higiene	Critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal	58,9%	565
47	Conhecimento	Assegurar higiene	Lavar o períneo	43,9%	565
48	Conhecimento	Assegurar higiene	Sinais de eritema pela fralda	31,7%	564
49	Conhecimento	Assegurar higiene	Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	44,1%	564
50	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Material necessário para a desinfeção do coto umbilical	41,4%	565
51	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Quando é esperado a queda do coto umbilical	59,2%	566
52	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical	79,2%	566
53	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Estratégias para promover a mumificação do coto umbilical	65,5%	566
54	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Sinais de infeção do coto umbilical	78,8%	566
55	Conhecimento	Atender choro	Padrão esperado de choro e tipos de choro	75,8%	566
56	Conhecimento	Atender choro	Estratégias de consolo	48,2%	566
57	Conhecimento	Atender choro	Sinais de cólica	70,5%	566
58	Conhecimento	Atender choro	Fatores de risco/predisponentes de cólica	82,0%	566
59	Conhecimento	Atender choro	Medidas de alívio da dor abdominal	63,7%	565
60	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele	60,2%	566
61	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidades dos órgãos dos sentidos	66,4%	566
62	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido	78,1%	565
63	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Regurgitação e medidas de prevenção	57,0%	565
64	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Características iniciais da eliminação intestinal	54,8%	566
65	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce	64,8%	565
66	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	61,8%	566
67	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de queimaduras	40,1%	566
68	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de asfixia/sufocação	63,3%	566
69	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de quedas	38,9%	566
70	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL	79,7%	566
71	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas segurança para transporte no automóvel	41,8%	565
72	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido)	55,4%	565
73	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Cuidados com animais domésticos	42,7%	199
74	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Modo adequado de segurar / manipular a criança	20,5%	566
75	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento	66,5%	155
76	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa	57,8%	154

Anexos

1.º/2.º semana	Competência parental	Item	NDem	N	
77	Habilidade	Assegurar higiene	Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura	10,0%	100
78	Habilidade	Assegurar higiene	Dar banho	27,0%	100
79	Habilidade	Assegurar higiene	Adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho	23,2%	99
80	Habilidade	Assegurar higiene	Cortar as unhas	69,8%	116
81	Habilidade	Assegurar higiene	Reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda	7,7%	156
82	Habilidade	Assegurar higiene	Lavar e secar zona coberta pela fralda	15,3%	157
83	Habilidade	Assegurar higiene	Adotar medidas de prevenção do eritema da fralda	26,3%	156
84	Habilidade	Tratar coto umbilical	Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	14,3%	91
85	Habilidade	Tratar coto umbilical	Desinfetar coto umbilical	37,4%	91
86	Habilidade	Tratar coto umbilical	Manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	12,9%	93
87	Habilidade	Vestir e despir/vestuário	Escolher vestuário adequado à temperatura	16,0%	163
88	Habilidade	Vestir e despir/vestuário	Vestir e despir a criança	8,6%	162
89	Conhecimento	Alimentar a criança	Frequência das refeições	22,7%	207
90	Conhecimento	Alimentar a criança	Necessidades nutricionais e hídricas	64,7%	207
91	Habilidade	Alimentar a criança	Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	58,8%	170
92	Habilidade	Alimentar a criança	Identificar sinais de fome	22,5%	169
93	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Identificar sinais de ejeção de leite	32,1%	159
94	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Adotar posição confortável e posicionar a criança	20,8%	159
95	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Assegurar pega adequada	38,0%	158
96	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	34,8%	158
97	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	42,0%	157
98	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Adotar medidas de higiene das mamas indicadas	32,9%	161
99	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Reconhecer o efeito dos alimentos que a mãe ingere na criança	62,3%	162
100	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Reconhecer sinais de fissura do mamilo	13,6%	59
101	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Implementar medidas de tratamento da fissura do mamilo	70,9%	55
102	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Reconhecer sinais de cicatrização da fissura	52,7%	55
103	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Reconhecer sinais de ingurgitamento mamário	24,4%	41
104	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário	59,0%	39
105	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Extrair leite manualmente/com bomba	44,7%	38
106	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	33,9%	62
107	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Métodos de lavagem e esterilização	27,4%	62
108	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Como preparar o leite adaptado	21,4%	56
109	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Como alimentar a criança por biberão	14,1%	64
110	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão, tetinas)	39,5%	43
111	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Preparar o leite de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança	27,8%	36
112	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Alimentar a criança, com técnica correta	24,4%	11
113	Habilidade	Colocar a eructar	Posicionar a criança para promover a eructação	7,9%	164
114	Habilidade	Atender o choro	Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro	75,4%	167
115	Habilidade	Atender o choro	Confortar o bebê, quando chora	33,9%	168
116	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de queimaduras	31,9%	113
117	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação	38,6%	166
118	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de quedas	17,9%	168
119	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção do SMSL	53,9%	167
120	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Segurar e manipular a criança de modo adequado	6,5%	168
121	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Afastar a criança de animais domésticos	28,9%	45
122	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade de interação e respostas espontâneas do RN	82,4%	204
123	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Achados normais na pele da criança	47,1%	206
124	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de proteção contra infecções	41,3%	206
125	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Explicação para a perda fisiológica de peso	53,4%	206
126	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de aumento de peso esperado	65,4%	205
127	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de eliminação intestinal	30,9%	204
128	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de sono	62,1%	206
129	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Reações às vacinas (BCG, VHB)	42,6%	204
130	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Coloração icterícia e icterícia	49,3%	205
131	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Como avaliar a temperatura corporal e valor da T corporal normal	57,6%	205
132	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	63,6%	206
133	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: regurgitação	Adotar medidas de prevenção de regurgitação	35,1%	77
134	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: regurgitação	Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	60,3%	78
135	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Reconhecer sinais de cólica	54,7%	106
136	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Identificar fatores de risco/predisponentes de cólica	65,0%	103
137	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Implementar medidas de alívio da dor abdominal	49,0%	104
138	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Reconhecer sinais de eritema pela fralda	28,1%	57
139	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Adotar medidas de prevenção do eritema pelas fraldas	54,4%	57
140	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Tratar o eritema pela fralda	55,6%	45
141	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Sinais de obstrução nasal	37,6%	181
142	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Medidas de alívio de obstrução nasal	69,6%	181
143	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: descamação pele	Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele	58,2%	182

1.º/2.º mês	Competência parental	Item	NDem	N	
144	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	13,7%	73
145	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Estratégias para manter a lactação/amamentação	54,9%	113
146	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Como extrair leite para armazenar	52,7%	112
147	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Condições e material para armazenar leite materno	63,1%	111
148	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Como descongelar o leite materno	72,1%	111
149	Conhecimento	Criar hábitos: dormir	Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo	48,4%	159
150	Conhecimento	Criar hábitos: dormir	Estratégias para criar hábitos para dormir	69,2%	159
151	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Temperamento da criança ao 1.º/2.º mês	64,4%	160
152	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 1.º/2.º mês	56,6%	159
153	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade sensorial ao 1.º/2.º mês	75,6%	160
154	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade para comunicar ao 1.º/2.º mês	69,2%	159
155	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 1.º/2.º mês	69,8%	159
156	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Quando o bebê está receptivo à estimulação	46,0%	161
157	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial ao 1.º/2.º mês	73,9%	161
158	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança	73,3%	161
159	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Benefícios da massagem	35,4%	158
160	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Escolha de brinquedos adequados à estimulação	47,2%	161
161	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação da linguagem	72,5%	160
162	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib)	49,4%	158
163	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde (1.º/2.º mês)	50,9%	161
164	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Avaliar temperatura corporal da criança	38,7%	150
165	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de proteção contra queimaduras solares	53,2%	158
166	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Transportar a criança com segurança	10,7%	149
167	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Reconhecer presença de obstrução nasal	34,7%	72
168	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Implementar medidas de alívio da obstrução nasal	51,4%	72
169	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstipação	Sinais de obstipação	39,9%	143
170	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstipação	Medidas de estimulação da eliminação intestinal	66,2%	142
171	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: diarreia	Sinais de diarreia	39,4%	142
172	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: diarreia	Medidas de prevenção da desidratação	76,2%	143
173	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: febre	Medidas de diminuição da temperatura corporal	47,9%	144

3.º/4.º mês	Competência parental	Item	NDem	N	
174	Conhecimento	Alimentar a criança	Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	68,4%	133
175	Conhecimento	Alimentar a criança	Critérios para introdução de novos alimentos na dieta da criança	61,8%	136
176	Conhecimento	Alimentar a criança	Estratégias para o desmame	68,1%	72
177	Conhecimento	Alimentar a criança	Possíveis reações gastrointestinais ao alimento	40,0%	135
178	Conhecimento	Alimentar a criança	Modo de preparar os alimentos	46,3%	136
179	Conhecimento	Alimentar a criança	Critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	37,3%	134
180	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 3.º/4.º mês	65,2%	135
181	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade para comunicar ao 3.º/4.º mês	78,7%	136
182	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade sensorial ao 3.º/4.º mês	89,7%	36
183	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 3.º/4.º mês	70,6%	136
184	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial ao 3.º/4.º mês	80,9%	136
185	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	38,5%	135
186	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	64,4%	135
187	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de higiene oral	85,9%	135
188	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde (3.º/4.º mês)	52,6%	135

5.º/6.º mês	Competência parental	Item	N_Adeq	N	
189	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 5.º/6.º mês	70,6%	136
190	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 5.º/6.º mês	72,1%	136
191	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	73,5%	136
192	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	39,8%	108
193	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Adotar medidas de higiene oral	63,5%	115

Anexo 17. Resultados da avaliação das competências parentais, indicador a indicador - pais

Gravidez	Competência	Item	Ndem	N	
1	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do quarto do recém-nascido	59,1%	88
2	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do berço/cama	57,5%	87
3	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	56,8%	88
4	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	59,3%	86
5	Conhecimento	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	57,0%	86
6	Conhecimento	Preparar enxoval	Crítérios de escolha da roupa para o bebé	50,0%	86
7	Conhecimento	Preparar enxoval	Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé	70,1%	87
8	Conhecimento	Preparar enxoval	Crítérios de escolha e de uso de chupeta	74,1%	85
9	Conhecimento	Preparar enxoval	Crítérios de escolha das fraldas e toalhetes	67,4%	86
10	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez	63,6%	22
11	Conhecimento	Amamentar	Benefícios da amamentação	51,8%	83
12	Conhecimento	Amamentar	Características do colostro e do leite	85,5%	83
13	Conhecimento	Amamentar	Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	94,0%	84
14	Conhecimento	Amamentar	Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	89,2%	83
15	Conhecimento	Amamentar	Sinais de ingestão nutricional suficiente	88,1%	84
16	Conhecimento	Amamentar	Sinais de fome	76,7%	90
17	Conhecimento	Amamentar	Sinais de saciedade	72,6%	84
18	Conhecimento	Amamentar	Posição da mãe e do filho	82,9%	82
19	Conhecimento	Amamentar	Sinais de pega adequada	95,2%	83
20	Conhecimento	Amamentar	Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada	84,7%	85
21	Conhecimento	Amamentar	Sinais de produção e libertação de leite	94,1%	85
22	Conhecimento	Amamentar	Medidas que estimulam a lactação	98,8%	84
23	Conhecimento	Amamentar	Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário	97,6%	84
24	Conhecimento	Amamentar	Fatores de risco de ingurgitamento mamário	97,6%	84
25	Conhecimento	Amamentar	Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário	100,0%	84
26	Conhecimento	Amamentar	Fatores de risco de fissura do mamilo	96,4%	84
27	Conhecimento	Amamentar	Medidas de prevenção de fissura do mamilo	97,6%	84
28	Conhecimento	Amamentar	Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	81,9%	83
29	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de cafeína na criança	81,6%	38
30	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança	78,9%	19
31	Conhecimento	Amamentar	Efeitos da ingestão de fumar na criança	85,0%	20
32	Conhecimento	Colocar a eructar	Benefícios da eructação	56,5%	85
33	Conhecimento	Colocar a eructar	Posicionar a criança para eructar	31,4%	86
34	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	83,3%	24
35	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Métodos de lavagem e esterilização	81,8%	22
36	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Como preparar o leite adaptado	95,2%	21
37	Conhecimento	Alimentar a criança com leite adaptado	Como alimentar a criança por biberão	77,3%	22
38	Conhecimento	Preparar enxoval	O que é necessário preparar para levar para o hospital	68,2%	85
39	Conhecimento	Assegurar higiene	Material necessário e condições prévias para o banho	54,2%	83
40	Conhecimento	Assegurar higiene	Crítérios para escolher os produtos de higiene a usar	90,6%	85
41	Conhecimento	Assegurar higiene	Frequência e horário do banho	71,4%	84
42	Conhecimento	Assegurar higiene	Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos	89,5%	86
43	Conhecimento	Assegurar higiene	Como dar banho	82,8%	87
44	Conhecimento	Assegurar higiene	Como e quando cortar as unhas	88,5%	87
45	Conhecimento	Assegurar higiene	Material necessário para a troca da fralda	58,1%	86
46	Conhecimento	Assegurar higiene	Crítérios de uso sobre os produtos de higiene perineal	83,9%	87
47	Conhecimento	Assegurar higiene	Lavar o períneo	79,5%	88
48	Conhecimento	Assegurar higiene	Sinais de eritema pela fralda	51,2%	86
49	Conhecimento	Assegurar higiene	Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	77,0%	87
50	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Material necessário para a desinfeção do coto umbilical	68,6%	86
51	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Quando é esperado a queda do coto umbilical	83,9%	87
52	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical	89,7%	87
53	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Estratégias para promover a mumificação	86,2%	87
54	Conhecimento	Tratar do coto umbilical	Sinais de infeção do coto umbilical	88,5%	87
55	Conhecimento	Atender choro	Padrão esperado de choro e tipos de choro	90,7%	86
56	Conhecimento	Atender choro	Estratégias de consolo	66,3%	86
57	Conhecimento	Atender choro	Sinais de cólica	84,9%	86
58	Conhecimento	Atender choro	Fatores de risco/predisponentes de cólica	95,3%	86
59	Conhecimento	Atender choro	Medidas de alívio da dor abdominal	80,2%	86
60	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele	83,7%	86
61	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidades dos órgãos dos sentidos	88,5%	87
62	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido	93,0%	86
63	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Regurgitação e medidas de prevenção	77,9%	86
64	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Características iniciais da eliminação intestinal	89,5%	86
65	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce	80,0%	85
66	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	72,1%	86
67	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de queimaduras	57,0%	86
68	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de asfixia/sufocação	69,8%	86
69	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção de quedas	48,8%	86
70	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL	89,5%	86
71	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas segurança para transporte no automóvel	48,8%	86
72	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Crítérios de escolha de brinquedos (recém-nascido)	72,1%	86
73	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Cuidados com animais domésticos	43,8%	32
74	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Modo adequado de segurar / manipular a criança	29,1%	86
75	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento	83,3%	12
76	Conhecimento	Preparar integração novo elemento na família	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa	66,7%	12

1.º/2.º semana	Competência	Item	NDem	N	
77	Habilidade	Assegurar higiene	Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura	26,2%	42
78	Habilidade	Assegurar higiene	Dar banho	54,1%	37
79	Habilidade	Assegurar higiene	Adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho	40,5%	42
80	Habilidade	Assegurar higiene	Cortar as unhas	84,6%	39
81	Habilidade	Assegurar higiene	Reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda	20,4%	54
82	Habilidade	Assegurar higiene	Lavar e secar zona coberta pela fralda	37,7%	53
83	Habilidade	Assegurar higiene	Adotar medidas de prevenção do eritema da fralda	45,3%	53
84	Habilidade	Tratar coto umbilical	Reunir o material necessário para a desinfecção do coto umbilical	29,3%	41
85	Habilidade	Tratar coto umbilical	Desinfetar coto umbilical	70,3%	37
86	Habilidade	Tratar coto umbilical	Manter coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção	25,0%	40
87	Habilidade	Vestir e despir/vestuário	Escolher vestuário adequado à temperatura	30,4%	56
88	Habilidade	Vestir e despir/vestuário	Vestir e despir a criança	21,4%	56
89	Conhecimento	Alimentar a criança	Frequência das refeições	39,7%	58
90	Conhecimento	Alimentar a criança	Necessidades nutricionais e hídricas	79,3%	58
91	Habilidade	Alimentar a criança	Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	68,6%	35
92	Habilidade	Alimentar a criança	Identificar sinais de fome	33,3%	51
93	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Identificar sinais de ejeção de leite	61,5%	13
94	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Adotar posição confortável e posicionar a criança	NA	
95	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Assegurar pega adequada	NA	
96	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	50,0%	12
97	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama	NA	
98	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Adotar medidas de higiene das mamas indicadas	NA	
99	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta	Reconhecer o efeito dos alimentos que a mãe ingere na criança	76,0%	25
100	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Reconhecer sinais de fissura do mamilo	42,9%	8
101	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Implementar medidas de tratamento da fissura do mamilo	NA	
102	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & fissura	Reconhecer sinais de cicatrização da fissura	66,7%	6
103	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Reconhecer sinais de ingurgitamento mamário	NA	
104	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário	NA	
105	Habilidade	Alimentar a criança: se amamenta & IM	Extrair leite manualmente/com bomba	NA	
106	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	58,3%	12
107	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Métodos de lavagem e esterilização	54,5%	11
108	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Como preparar o leite adaptado	58,3%	12
109	Conhecimento	Alimentar a criança com biberão	Como alimentar a criança por biberão	23,1%	13
110	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão, tetinas)	72,7%	11
111	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Preparar o leite de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança	60,0%	10
112	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Alimentar a criança, com técnica correta	36,4%	11
113	Habilidade	Colocar a eructar	Posicionar a criança para promover a eructação	10,7%	56
114	Habilidade	Atender o choro	Distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro	89,7%	58
115	Habilidade	Atender o choro	Confortar o bebê, quando chora	47,5%	59
116	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de queimaduras	41,5%	41
117	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de asfixia/sufocação	35,2%	54
118	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção de quedas	35,2%	54
119	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Adotar medidas de prevenção do SMSL	64,3%	56
120	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Segurar e manipular a criança de modo adequado	16,7%	60
121	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Afastar a criança de animais domésticos	52,9%	17
122	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade de interação e respostas espontâneas do RN	79,3%	58
123	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Achados normais na pele da criança	66,1%	59
124	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de proteção contra infecções	53,4%	58
125	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Explicação para a perda fisiológica de peso	61,4%	57
126	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de aumento de peso esperado	69,6%	56
127	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de eliminação intestinal	35,1%	57
128	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Padrão de sono	59,6%	57
129	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Reações às vacinas (BCG, VHB)	54,5%	55
130	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Coloração icterícia e icterícia	66,1%	56
131	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Como avaliar a temperatura corporal e valor da T corporal normal	69,6%	56
132	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde	64,9%	57
133	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: regurgitação	Adotar medidas de prevenção de regurgitação	46,9%	32
134	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: regurgitação	Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito	72,7%	33
135	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Reconhecer sinais de cólica	68,4%	26
136	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Identificar fatores de risco/predisponentes de cólica	75,7%	37
137	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: cólica	Implementar medidas de alívio da dor abdominal	65,8%	38
138	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Reconhecer sinais de eritema pela fralda	57,1%	21
139	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Adotar medidas de prevenção do eritema pelas fraldas	71,4%	21
140	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: eritema fralda	Tratar o eritema pela fralda	60,0%	15
141	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Sinais de obstrução nasal	60,8%	51
142	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Medidas de alívio de obstrução nasal	78,0%	50
143	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: descamação pele	Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele	64,6%	48

Anexos

1.º/2.º mês		Competência	Item	NDem	N
144	Habilidade	Alimentar a criança com biberão	Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais	54,5%	11
145	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Estratégias para manter a lactação/amamentação	87,5%	8
146	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Como extrair leite para armazenar	87,5%	8
147	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Condições e material para armazenar leite materno	62,5%	8
148	Conhecimento	Amamentar: se manutenção da lactação	Como descongelar o leite materno	66,7%	9
149	Conhecimento	Criar hábitos: dormir	Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo	80,0%	20
150	Conhecimento	Criar hábitos: dormir	Estratégias para criar hábitos para dormir	90,0%	20
151	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Temperamento da criança ao 1.º/2.º mês	75,0%	20
152	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 1.º/2.º mês	81,0%	21
153	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade sensorial ao 1.º/2.º mês	85,7%	21
154	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade para comunicar ao 1.º/2.º mês	76,2%	21
155	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 1.º/2.º mês	81,0%	21
156	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Quando o bebê está receptivo à estimulação	66,7%	21
157	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial ao 1.º/2.º mês	80,0%	20
158	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança	85,0%	20
159	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Benefícios da massagem	75,0%	20
160	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Escolha de brinquedos adequados à estimulação	60,0%	20
161	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação da linguagem	75,0%	20
162	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib)	80,0%	20
163	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde (1.º/2.º mês)	90,0%	20
164	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Avaliar temperatura corporal da criança	75,0%	20
165	Conhecimento	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Medidas de proteção contra queimaduras solares	75,0%	20
166	Habilidade	Garantir a segurança e prevenir acidentes	Transportar a criança com segurança	26,3%	19
167	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Reconhecer presença de obstrução nasal	66,7%	12
168	Habilidade	Lidar com problemas comuns na criança: obstrução nasal	Implementar medidas de alívio da obstrução nasal	91,7%	12
169	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstipação	Sinais de obstipação	70,6%	17
170	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: obstipação	Medidas de estimulação da eliminação intestinal	87,5%	16
171	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: diarreia	Sinais de diarreia	70,6%	17
172	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: diarreia	Medidas de prevenção da desidratação	88,2%	17
173	Conhecimento	Lidar com problemas comuns na criança: febre	Medidas de diminuição da temperatura corporal	83,3%	18

3.º/4.º mês		Competência	Item	NDem	N
174	Conhecimento	Alimentar a criança	Sinais de desenvolvimento que indicam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	100,0%	12
175	Conhecimento	Alimentar a criança	Critérios para introdução de novos alimentos na dieta da criança	81,8%	11
176	Conhecimento	Alimentar a criança	Estratégias para o desmame	85,7%	7
177	Conhecimento	Alimentar a criança	Possíveis reações gastrointestinais ao alimento	81,8%	11
178	Conhecimento	Alimentar a criança	Modo de preparar os alimentos	81,8%	11
179	Conhecimento	Alimentar a criança	Critérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	91,7%	12
180	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 3.º/4.º mês	90,9%	11
181	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade para comunicar ao 3.º/4.º mês	72,7%	11
182	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade sensorial ao 3.º/4.º mês	90,9%	11
183	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 3.º/4.º mês	81,8%	11
184	Conhecimento	Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial ao 3.º/4.º mês	90,9%	11
185	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	83,3%	12
186	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	81,8%	11
187	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Medidas de higiene oral	100,0%	11
188	Conhecimento	Promoção e vigilância da saúde do filho	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde (3.º/4.º mês)	90,0%	10

5.º/6.º mês		Competência	Item	NDem	N
189	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Capacidade motora ao 5.º/6.º mês	78,6%	14
190	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Marcos de desenvolvimento ao 5.º/6.º mês	78,6%	14
191	Conhecimento	Reconhecer padrão C&D normal	Reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	73,3%	15
192	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes	92,9%	14
193	Habilidade	Promoção e vigilância da saúde do filho	Adotar medidas de higiene oral	75,0%	12

Anexo 18. Médias nos conhecimentos e nas habilidades das competências parentais das mães e dos pais

Médias nos **conhecimentos** nas competências parentais das mães e dos pais

Competências parentais (CP)		Mãe				Pai			
S/ agregação: Conhecimentos na CP	C/ agregação: Conhecimentos na CP2	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Alimentar a criança	Alimentar	221	,53 (.33)	625	,41 (.28)	65	,35 (.36)	153	,20 (.25)
Alimentar por biberão		239	,53 (.40)			43	,26 (.39)		
Amamentar		589	,35 (.29)			105	,11 (.16)		
Colocar a eructar		566	,72 (.38)			86	,56 (.40)		
Assegurar higiene	Higiene & Coto umbilical	566	,48 (.31)	566	,44 (.29)	89	,24 (.24)	89	,22 (.22)
Tratar coto umbilical		566	,35 (.32)			87	,17 (.24)		
Lidar com choro	Lidar com choro	566	,32 (.32)	566	,32 (.32)	86	,17 (.24)	86	,17 (.24)
Criar hábitos para dormir	Crescimento & Desenvolvimento	160	,41 (.41)	622	,33 (.32)	20	,15 (.29)	133	,18 (.29)
Estimular desenvolvimento		161	,39 (.30)			23	,23 (.30)		
Crescimento e Desenvolvimento		622	,32 (.32)			132	,18 (.30)		
Segurança e prevenção de acidentes	Segurança	599	,51 (.31)	599	,51 (.31)	104	,36 (.30)	104	,36 (.30)
Preparar casa	Preparar casa & enxoval	570	,58 (.38)	572	,60 (.31)	92	,40 (.39)	98	,36 (.33)
Preparar enxoval		572	,62 (.31)			93	,34 (.32)		
Preparar integração novo elemento	Preparar integração novo elemento	170	,46 (.39)	170	,46 (.40)	25	,19 (.29)	25	,19 (.29)
Lidar com problemas comuns na criança	Saúde	221	,45 (.30)	622	,41 (.32)	63	,30 (.35)	132	,25 (.27)
Promoção e vigilância da saúde		622	,46 (.33)			129	,27 (.28)		

Médias nas **habilidades** nas competências parentais das mães e dos pais

Competências parentais (CP)		Mãe				Pai			
S/ agregação: Habilidades na CP	C/ agregação: Habilidades na CP2	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Alimentar a criança	Alimentar	171	,59 (.36)	198	,68 (.25)	51	,49 (.41)	66	,54 (.36)
Alimentar por biberão		96	,79 (.34)			21	,43 (.45)		
Amamentar		166	,62 (.27)			--	--		
Colocar a eructar		164	,92 (.27)			56	,89 (.31)		
Assegurar a higiene	Higiene & Coto umbilical	158	,76 (.25)	167	,78 (.22)	58	,56 (.33)	63	,59 (.32)
Tratar coto umbilical		93	,79 (.31)			41	,61 (.38)		
Vestir e despir		163	,88 (.29)			58	,73 (.40)		
Lidar com choro	Lidar com choro	168	,45 (.36)	168	,45 (.36)	59	,32 (.33)	59	,32 (.33)
Segurança e prevenção de acidentes	Segurança	216	,76 (.29)	216	,76 (.29)	70	,63 (.38)	70	,63 (.38)
Lidar com problemas comuns	Saúde	167	,50 (.34)	211	,49 (.31)	55	,30 (.33)	64	,28 (.33)
Promoção e vigilância da saúde		152	,52 (.38)			23	,19 (.33)		

Nota: A análise dos *scores* totais das competências parentais foi realizada, organizando-as em dois níveis de abstração, tal como foi explicado no capítulo II (material e métodos). Assim, há um nível – o de menor abstração – que engloba as competências parentais enunciadas com maior granularidade e, um outro nível – o de maior abstração –, que engloba as competências parentais agregadas por critérios de proximidade da tarefa parental.

Anexo 19. Análise das diferenças entre os conhecimentos e as habilidades associados a cada competência parental e variáveis atributo

Variável atributo: MÃES	Conhecimentos e habilidades sobre	Resultado do Mann-Whitney	Sabem mais as:
Idade mãe (2 grupos)	Alimentar com biberão	Z=-2,67; p=0,007	Mais velhas (>29 anos)
	Amamentar	Z=-2,72; p=0,007	Mais velhas (>29 anos)
	Assegurar higiene	Z=-3,358; p=0,001	Mais velhas (>29 anos)
	Lidar choro	Z=-2,017; p=0,044	Mais velhas (>29 anos)
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-2,670; p=0,008	Mais velhas (>29 anos)
	Preparar enxoval	Z=-2,071; p=0,038	Mais velhas (>29 anos)
	Reconhecer padrão C&D normal	Z=-2,314; p=0,021	Mais velhas (>29 anos)
Viver junto	Alimentar com biberão	Z=-2,215; p=0,027	Vivem junto com o pai
	Amamentar	Z=-4,640; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Assegurar higiene	Z=-5,572; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Lidar choro	Z=-4,757; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Colocar eructar	Z=-4,015; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-3,866; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Preparar casa	Z=-4,280; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Preparar enxoval	Z=-3,328; p=0,001	Vivem junto com o pai
	Promoção e vigilância da saúde	Z=-5,277; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Reconhecer padrão C&D normal	Z=-4,106; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Tratar coto umbilical	Z=-4,658; p<0,000	Vivem junto com o pai
	Habilidades		Vivem junto com o pai
	Assegurar higiene	Z=-2,445; p=0,014	Vivem junto com o pai
	Paridade	Alimentar com biberão	Z=-6,041; p<0,000
Amamentar		Z=-6,876; p<0,000	Múltipara
Assegurar higiene		Z=-9,689; p<0,000	Múltipara
Lidar choro		Z=-8,970; p<0,000	Múltipara
Colocar eructar		Z=-6,491; p<0,000	Múltipara
Criar hábitos dormir		Z=2,739; p=0,006	Múltipara
Garantir segurança e prevenção de acidentes		Z=-6,412; p<0,000	Múltipara
Preparar casa		Z=-3,550; p<0,000	Múltipara
Preparar enxoval		Z=-3,186; p=0,001	Múltipara
Preparar integração novo elemento		Z=-4,592; p<0,000	Múltipara
Promoção saúde		Z=-5,346; p<0,000	Múltipara
Reconhecer padrão C&D normal		Z=-6,643; p<0,000	Múltipara
Tratar coto umbilical		Z=-6,283; p<0,000	Múltipara
Tipo de assistência		Amamentar	Z=-4,375; p<0,000
	Assegurar higiene	Z=-2,608; p=0,009	Privado
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-2,440; p=0,015	Privado
	Preparar casa	Z=-3,259; p=0,001	Privado
	Preparar enxoval	Z=-2,364; p=0,018	Privado
	Reconhecer padrão C&D normal	Z=-2,626; p=0,009	Privado
	Habilidades		
	Amamentar	Z=-2,090; p=0,037	Privado
	Segurança e prevenção acidentes	Z=-1,968; p=0,049	Privado
	Fonte de informação_enfermeiro (gravidez)	Amamentar	Z=-2,421; p=0,015
Assegurar higiene		Z=-2,807; p=0,005	Sim
Lidar choro		Z=-2,482; p=0,013	Sim
Colocar eructar		Z=-2,162; p=0,031	Sim
Criar hábitos dormir		Z=-2,356; p=0,018	Sim
Garantir segurança e prevenção de acidentes		Z=-2,373; p=0,018	Sim
Preparar casa		Z=-2,944; p=0,003	Sim
Preparar enxoval		Z=-3,565; p<0,000	Sim
Promoção saúde		Z=-2,190; p=0,028	Sim
Tratar coto umbilical		Z=-2,162; p=0,031	Sim
Fonte de informação_enfermeiro (pós-parto)	Promoção saúde	Z=-2,294; p=0,022	Sim
	Habilidade		
	Lidar com choro	Z=-3,541; p<0,000	Sim
Fonte informação_médico (gravidez)	Promoção saúde	Z=-2,052; p=0,040	Sim
	Lidar choro	Z=-2,210; p=0,027	Sim
Fonte informação_médico (pós-parto)	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-2,664; p=0,008	Sim
	Habilidade		
Fonte de informação_internet (gravidez)	Vestir e despir	Z=-2,531; p=0,011	Sim
	Alimentar com biberão	Z=-3,884; p<0,000	Não
	Assegurar higiene	Z=-2,525; p=0,012	Não
	Promoção saúde	Z=-2,058; p=0,040	Não
	Tratar coto umbilical	Z=-2,393; p=0,017	Não

Fonte de informação_livros (gravidez)	Preparar casa	Z=-2,000; p=0,045	Sim
Fonte de informação_livros (pós parto)	Habilidade		
	Colocar a eructar	Z=-2,163; p=0,031	Não
Preparação para o parto e parentalidade	Amamentar	Z=-3,602; p<0,000	Sim
	Assegurar higiene	Z=-2,948; p=0,003	Sim
	Colocar eructar	Z=-2,454; p=0,014	Sim
	Preparar casa	Z=-4,362; p<0,000	Sim
	Preparar enxoval	Z=-4,108; p<0,000	Sim
	Tratar coto umbilical	Z=-2,642; p=0,008	Sim

Variável atributo: mães	Conhecimentos sobre:	Resultado do Kuskall-Wallis	Sabem mais as: (Mann-Whitney)
Escolaridade	Alimentar por biberão	$\chi^2_{(2)}=6,007$; p=0,050	Ensino básico vs secundário: Z=-1,328; n.s. Ensino básico vs superior Z=-2,450; p=0,014; as do E. básico sabem + Ensino secundário vs superior Z=-1,024; n.s.
	Amamentar	$\chi^2_{(2)}=16,243$; p<0,000	Ensino básico vs secundário: Z=-0,843; n.s. Ensino básico vs superior Z=-3,656; p<0,000; as do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-3,030; p=0,002; as do superior sabem +
	Preparar casa	$\chi^2_{(2)}=9,361$; p=0,009	Ensino básico vs secundário: Z=-1,961; n.s. Ensino básico vs superior Z=-2,988; p=0,003; as do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-1,252; n.s.
	Promoção saúde	$\chi^2_{(2)}=13,243$; p=0,001	Ensino básico vs secundário: Z=-0,391; n.s. Ensino básico vs superior Z=-2,749; p=0,006; as do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-3,279; p=0,001; as do superior sabem +
	Reconhecer padrão C&D normal	$\chi^2_{(2)}=9,514$; p=0,009	Ensino básico vs secundário: Z=-0,626; n.s. Ensino básico vs superior Z=-2,810; p=0,005; as do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-2,293; p=0,022; as do superior sabem +
	Habilidades para:	Resultado do Mann-Whitney	Sabem mais as:
Escolaridade	Vestir e despir	$\chi^2_{(2)}=8,045$; p=0,018	Ensino básico vs secundário: Z=-0,411; n.s. Ensino básico vs superior Z=-1,887; n.s. Ensino secundário vs superior Z=-2,465; p=0,014; as do E. secundário sabem +

Anexos

Variável atributo: PAIS	Conhecimentos e habilidades sobre	Resultado do Mann-Whitney	Sabem mais os:
Idade pai (2 grupos)	Assegurar higiene	Z=-2,694=; p=0,007	Mais velhos (>29 anos)
	Lidar choro	Z=-2,305; p=0,021	Mais velhos (>29 anos)
	Preparar casa	Z=-2,113; p=0,035	Mais velhos (>29 anos)
	Reconhecer padrão C&D normal	Z=-2,126; p=0,033	Mais velhos (>29 anos)
	Habilidades		
Viver junto	Vestir e despir	Z=-2,800; p=0,005	Mais velhos (>29 anos)
	Preparar casa	Z=-2,581; p=0,010	Vivem com a mãe
Paridade	Alimentar por biberão	Z=-3,061; p=0,002	Já tem outros filhos
	Amamentar	Z=-2,357; p=0,018	Já tem outros filhos
	Assegurar higiene	Z=-3,502; p<0,000	Já tem outros filhos
	Lidar choro	Z=-3,807; p<0,000	Já tem outros filhos
	Colocar eructar	Z=-2,470; p=0,014	Já tem outros filhos
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-2,585; p=0,010	Já tem outros filhos
	Preparar integração novo elemento	Z=-3,173; p=0,002	Já tem outros filhos
	Promoção saúde	Z=-3,186; p=0,001	Já tem outros filhos
	Reconhecer padrão C&D normal	Z=-3,748; p<0,000	Já tem outros filhos
	Tratar coto umbilical	Z=-2,055; p=0,040	Já tem outros filhos
Tipo de assistência	Preparar integração novo elemento	Z=-2,631; p=0,009	Privado
	Habilidades		
	Assegurar higiene	Z=-3,432; p=0,001	Privado
	Vestir e despir	Z=-2,583; p=0,010	Privado
Fonte de informação_enfermeiro (gravidez)	Habilidade		
	Vestir e despir	Z=-2,143; p=0,032	Não
Fonte de informação_enfermeiro (pós-parto)	Criar hábitos para dormir	Z=-2,676=; p=0,007	Não
Fonte informação_médico (pós-parto)	Habilidade		
	Colocar a eructar	Z=-2,217; p=0,027	Não
Fonte de informação_livros (gravidez)	Amamentar	Z=-2,319; p=0,020	Sim
	Assegurar higiene	Z=-2,199; p=0,028	Sim
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	Z=-2,629; p=0,009	Sim
	Preparar enxoval	Z=-2,357; p=0,018	Sim
Fonte de informação_livros (pós parto)	Habilidade		
	Lidar com o choro	Z=-2,200; p=0,028	Não
	Tratar coto umbilical	Z=-2,325; p=0,020	Não
Preparação para o parto e parentalidade	Colocar a eructar	Z-2,355=; p=0,019	Sim

Variável atributo: pais	Conhecimentos para:	Resultado do Kuskall-Wallis	Sabem mais as: (Mann-Whitney)
Escolaridade	Alimentar a criança	$\chi^2(2)=10,065; p=0,007$	Ensino básico vs secundário: Z=-1,825, n.s. Ensino básico vs superior Z=-2,943; p=0,003; os do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-1,552; n.s.
	Garantir segurança e prevenção de acidentes	$\chi^2(2)=11,443; p=0,003$	Ensino básico vs secundário: Z=-2,026; p=0,043; os do ensino secundário sabem + Ensino básico vs superior Z=-3,187; p=0,001; os do superior sabem + Ensino secundário vs superior Z=-1,391; n.s.

Anexo 20. Sequência da avaliação das competências e respetivos indicadores relativa às mães, em função da % de mães que não demonstraram conhecimento

Momento: Gravidez		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstrou conhecimentos (%)
Lidar com choro	Fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas	82%
	Padrão esperado de choro e tipos de choro	76%
	Sinais de cólica	71%
	Medidas de alívio da dor abdominal	64%
	Estratégias de consolo	48%
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido	78%
	Capacidade dos órgãos dos sentidos	66%
	Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele	60%
	Regurgitação e medidas de prevenção	57%
Tratar coto umbilical	Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical	79%
	Sinais de infeção do coto umbilical	79%
	Estratégias para promover a mumificação	66%
	Quando é esperado a queda do coto umbilical	59%
	Material necessário para a desinfecção do coto umbilical	41%
Amamentar e lidar com as complicações associadas	Medidas que estimulam a lactação	85%
	Sinais de produção e libertação de leite	79%
	Sinais de ingestão nutricional suficiente	76%
	Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	72%
	Sinais de pega adequada	71%
	Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	66%
	Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	64%
	Características do colostro e do leite	60%
	Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada	59%
	Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança	56%
	Efeitos da ingestão de cafeína na criança	53%
	Posição da mãe e do filho	52%
	Sinais de fome	51%
	Sinais de saciedade	51%
	Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança	50%
	Benefícios da amamentação	21%
	Integrar novo elemento na família	Diferença entre a subida de leite vs IM
Fatores de risco de IM		80%
Medidas de prevenção de IM		79%
Medidas de prevenção de fissura do mamilo		75%
Fatores de risco de fissura do mamilo		75%
Promoção e vigilância da saúde	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento	67%
	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa	58%
	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez	31%
Assegurar higiene e manter pele saudável	Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce	65%
	Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	62%
	Características iniciais da eliminação intestinal	55%
	Crítérios para escolher os produtos de higiene a usar	78%
	Como e quando cortar as unhas	73%
	Lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos	66%
	Como dar banho	61%
	Crítérios de uso sobre os produtos de higiene perineal	59%
	Frequência e horário do banho	52%
	Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	44%
Lavar o períneo (se menino/se menina)	44%	
Garantir segurança e prevenção de acidentes	Material necessário e condições prévias para o banho	32%
	Sinais de eritema pela fralda	32%
	Material necessário para a troca da fralda	27%
	Medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL	80%
	Medidas de prevenção de asfixia/sufocação	63%
	Crítérios de escolha de brinquedos (recém-nascido)	55%
	Cuidados com animais domésticos	43%
	Medidas segurança para transporte no automóvel	42%
	Medidas de prevenção de queimaduras	40%
	Medidas de prevenção de quedas	39%
Modo adequado de segurar / manipular a criança	21%	
Preparar a casa	Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	45%
	Características do quarto do recém-nascido	44%
	Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	43%
	Características do berço/cama	41%
Preparar o enxoval	Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	37%
	Crítérios de escolha e de uso de chupeta	62%
	Crítérios de escolha das fraldas e toalhetes	44%
	O é necessário preparar para levar para o hospital	33%
	Cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé	32%
Colocar a eructar	Conhecimento sobre os critérios de escolha da roupa para o bebé	23%
	Benefícios da eructação	35%
	Posicionar a criança para eructar	22%

Momento: 1.ª/2.ª semana		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade de interação e competências do recém-nascido	82%
Lidar com problemas comuns	Medidas de alívio de obstrução nasal	78%
	Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele	65%
	Sinais de obstrução nasal	61%
Promoção e vigilância da saúde	Padrão de aumento de peso esperado	65%
	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	64%
	Padrão de sono	62%
	Como avaliar a temperatura corporal e valor da temperatura normal	58%
	Explicação para a perda fisiológica de peso	53%
	Coloração icterícia e icterícia	49%
	Achados normais na pele da criança	47%
	Reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib)	43%
	Medidas de proteção contra infeções	41%
	Padrão de eliminação intestinal	31%
Alimentar a criança	Necessidades nutricionais e hídricas	65%
	Frequência das refeições	23%
Alimentar com biberão	Como preparar o leite adaptado	58%
	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	58%
	Métodos de lavagem e esterilização	55%
	Como alimentar a criança por biberão	23%
Momento: 1.ª/2.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade sensorial	76%
	Marcos de desenvolvimento	70%
	Capacidade para comunicar	69%
	Temperamento da criança	64%
	Capacidade motora	57%
Amamentar (se aplicável)	Como descongelar o leite materno	72%
	Condições e material para armazenar leite materno	63%
	Estratégias para manter a lactação/amamentação	55%
	Como extrair leite para armazenar	53%
Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial	74%
	Estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança	73%
	Estratégias de estimulação da linguagem	73%
	Escolha de brinquedos adequados à estimulação	47%
	Quando o bebé está receptivo à estimulação	46%
	Benefícios da massagem	35%
Criar hábitos para dormir	Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo	69%
	Estratégias para criar hábitos para dormir	48%
Lidar com problemas comuns	Medidas de prevenção da desidratação	88%
	Medidas de estimulação da eliminação intestinal	88%
	Medidas de diminuição da temperatura corporal	83%
	Sinais de obstipação	71%
	Sinais de diarreia	71%
Promoção e vigilância da saúde	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	51%
	Reações às vacinas (BCG, VHB)	49%
Garantir segurança e prevenção de acidentes	Medidas de proteção contra queimaduras solares	53%
Momento: 3.ª/4.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade sensorial	90%
	Capacidade para comunicar	79%
	Marcos de desenvolvimento	71%
	Capacidade motora	65%
Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial	81%
Promoção e vigilância da saúde	Medidas de higiene oral	86%
	Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	64%
	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	53%
	Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	39%
	Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	68%
Alimentar a criança	Estratégias para o desmame	68%
	Crítérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança	62%
	Modo de preparar os alimentos	46%
	Possíveis reações gastrointestinais ao alimento	40%
	Crítérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	37%
Momento: 5.ª/6.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	74%
	Marcos do desenvolvimento	72%
	Capacidade motora	71%

Anexo 21. Sequência da avaliação das competências e dos respetivos indicadores relativa aos pais, em função da % de pais que não demonstraram conhecimento

Momento: Gravidez		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Amamentar e lidar com as complicações associadas	Medidas que estimulam a lactação	99%
	Sinais de pega adequada	95%
	Sinais de produção e libertação de leite	94%
	Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	94%
	Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	89%
	Sinais de ingestão nutricional suficiente	88%
	Características do colostro e do leite	88%
	Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança (se aplicável)	85%
	Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada	85%
	Posição da mãe e do filho	83%
	Influência da alimentação da mãe no leite (composição)	82%
	Efeitos da ingestão de cafeína na criança (se aplicável)	82%
	Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança (se aplicável)	79%
	Sinais de fome	77%
	Sinais de saciedade	73%
Lidar com choro	Benefícios da amamentação	52%
	Fatores de risco de cólica/síndrome de cólicas	95%
	Padrão esperado de choro e tipos de choro	91%
	Sinais de cólica	85%
Tratar coto umbilical	Medidas de alívio da dor abdominal	80%
	Estratégias de consolo	66%
	Como e com que frequência desinfetar o coto umbilical	90%
	Sinais de infeção do coto umbilical	89%
	Estratégias para promover a mumificação	86%
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Quando é esperado a queda do coto umbilical	84%
	Material necessário para a desinfeção do coto umbilical	69%
	Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido	93%
	Capacidade dos órgãos dos sentidos	89%
Integrar novo elemento na família	Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele	84%
	Regurgitação e medidas de prevenção	78%
	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento	83%
Assegurar higiene e manter pele saudável	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: aquando do regresso a casa	67%
	Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante a gravidez	64%
	Crítérios para escolher os produtos de higiene a usar	91%
	Lavar os olhos (pálpebras) /ouvidos	90%
	Como e quando cortar as unhas	89%
	Crítérios de uso sobre os produtos de higiene perineal	84%
	Como dar banho	83%
	Lavar o períneo (se menino/se menina)	80%
	Fatores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda	77%
	Frequência e horário do banho	71%
Promoção e vigilância da saúde	Material necessário para a troca da fralda	58%
	Material necessário e condições prévias para o banho	54%
	Sinais de eritema pela fralda	51%
Preparar o enxoval	Características iniciais da eliminação intestinal	90%
	Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce	80%
	Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	72%
	Conhecimento sobre os critérios de escolha e de uso de chupeta	74%
	Conhecimento sobre os cuidados gerais no tratamento da roupa do bebé	70%
Garantir segurança e prevenção de acidentes	Conhecimento sobre o é necessário preparar para levar para o hospital	68%
	Conhecimento sobre os critérios de escolha das fraldas e toalhetes	67%
	Conhecimento sobre os critérios de escolha da roupa para o bebé	50%
	Medidas de prevenção e fatores de risco de SMSL	90%
	Crítérios de escolha de brinquedos (recém-nascido)	72%
	Medidas de prevenção de asfixia/sufocação	70%
	Medidas de prevenção de queimaduras	57%
	Medidas segurança para transporte no automóvel	49%
	Medidas de prevenção de quedas	49%
	Cuidados com animais domésticos (se aplicável)	44%
Modo adequado de segurar / manipular a criança	29%	
Preparar a casa	Características do equipamento a adquirir: cadeira de transporte	59%
	Características do quarto do recém-nascido	59%
	Características do berço/cama	58%
	Características do equipamento a adquirir: carrinho de passeio	57%
Colocar a eructar	Características do equipamento a adquirir/adaptar: para dar banho	57%
	Benefícios da eructação	57%
	Posicionar a criança para eructar	31%

Momento: 1.ª/2.ª semana		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade de interação e competências do recém-nascido	79%
Alimentar a criança	Necessidades nutricionais e hídricas	79%
	Frequência das refeições	40%
Lidar com problemas comuns	Medidas de alívio de obstrução nasal	78%
	Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele	65%
	Sinais de obstrução nasal	61%
Promoção e vigilância da saúde	Como avaliar a temperatura corporal e valor da T corporal normal	70%
	Padrão de aumento de peso esperado	70%
	Achados normais na pele da criança	66%
	Coloração icterícia e icterícia	66%
	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	65%
	Explicação para a perda fisiológica de peso	61%
	Padrão de sono	60%
	Reações às vacinas (DTP, VAP, VHB, Hib)	55%
	Medidas de proteção contra infecções	53%
	Padrão de eliminação intestinal	35%
Alimentar com biberão	Como preparar o leite adaptado	58%
	Material: biberões e tetinas e critérios de escolha	58%
	Métodos de lavagem e esterilização	55%
	Como alimentar a criança por biberão	23%
Momento: 1.ª/2.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Criar hábitos para dormir	Estratégias para criar hábitos para dormir	90%
	Alterações ao padrão de sono e vigília, ao longo do tempo	80%
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade sensorial	86%
	Capacidade motora	81%
	Marcos de desenvolvimento	81%
	Capacidade para comunicar	76%
	Temperamento da criança	75%
Amamentar (se aplicável)	Estratégias para manter a lactação/amamentação	88%
	Como extrair leite para armazenar	88%
	Condições e material para armazenar leite materno	67%
	Como descongelar o leite materno	63%
Estimular o desenvolvimento	Estratégias para desenvolver sentimentos de confiança da criança	85%
	Estratégias de estimulação sensorial	80%
	Estratégias de estimulação da linguagem	75%
	Benefícios da massagem	75%
	Quando o bebé está receptivo à estimulação	67%
Lidar com problemas comuns	Escolha de brinquedos adequados à estimulação	60%
	Medidas de prevenção da desidratação	88%
	Medidas de estimulação da eliminação intestinal	88%
	Medidas de diminuição da temperatura corporal	83%
	Sinais de diarreia	71%
	Sinais de obstipação	71%
Promoção e vigilância da saúde	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	90%
	Reações às vacinas (BCG, VHB)	80%
Garantir segurança e prevenção de acidentes	Medidas de proteção contra queimaduras solares	75%
Momento: 3.ª/4.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos (%)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade motora	91%
	Capacidade sensorial	91%
	Marcos de desenvolvimento	82%
	Capacidade para comunicar	73%
Estimular o desenvolvimento	Estratégias de estimulação sensorial	91%
Promoção e vigilância da saúde	Medidas de higiene oral	100%
	Sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde	90%
	Quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam	83%
	Medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes	82%
Alimentar a criança	Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está apta para iniciar outros alimentos	100%
	Crítérios de escolha do equipamento para alimentar a criança	92%
	Estratégias para o desmame	86%
	Modo de preparar os alimentos	82%
	Possíveis reações gastrointestinais ao alimento	82%
	Crítérios de introdução de novos alimentos na dieta da criança	82%
Momento: 5.ª/6.ª mês		
Competência parental	Avaliar os conhecimentos sobre:	Não demonstraram conhecimentos % (n)
Reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal	Capacidade motora	79%
	Marcos de desenvolvimento	79%
	Reação a estranhos como etapa normal do desenvolvimento	73%

Anexo 22. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: mães

Anexo 23. Modelo orientador do processo diagnóstico das competências parentais: pais
