



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Simão Pedro Pereira Vilaça

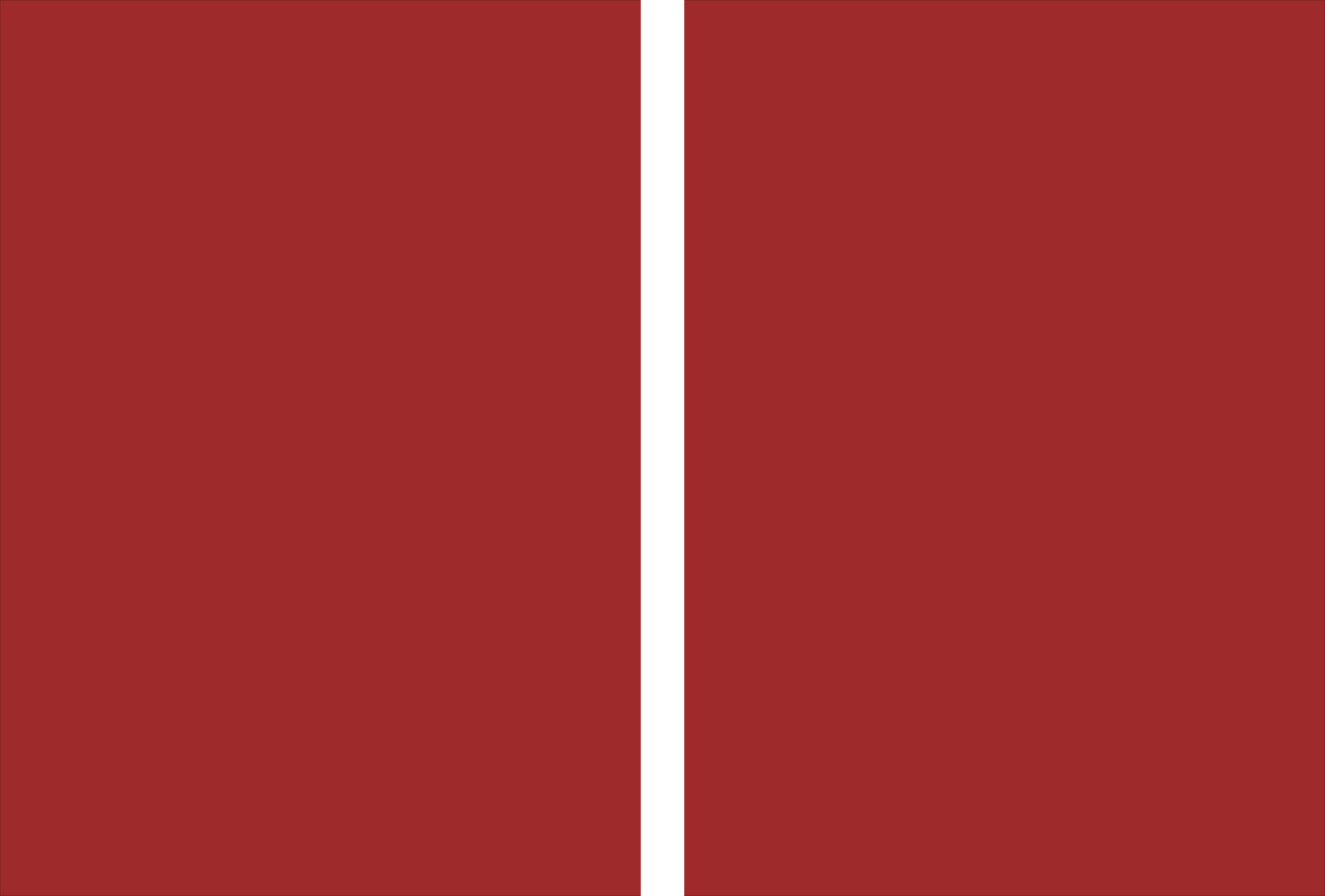
**Desenvolvimento infantil e capacitação  
materna como resultado da aplicação do  
Programa de *Empowerment* Parental para  
o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)**

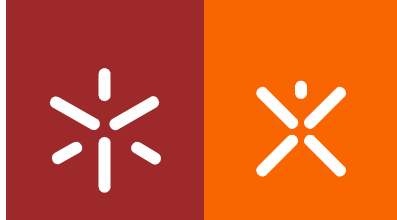
**Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do  
Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)**

Simão Pedro Pereira Vilaça

U Minho | 2012

Novembro de 2012





**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Simão Pedro Pereira Vilaça

**Desenvolvimento infantil e capacitação  
materna como resultado da aplicação do  
Programa de *Empowerment* Parental para  
o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)**

Tese de Doutoramento  
Doutoramento em Estudos da Criança  
Especialidade de Saúde infantil

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Maria da Graça Ferreira  
Simões Carvalho**

Novembro de 2012

Nome: Simão Pedro Pereira Vilaça

Endereço eletrónico: [svilaca@ese.uminho.pt](mailto:svilaca@ese.uminho.pt); [simao.vilaca@gmail.com](mailto:simao.vilaca@gmail.com)

Número do Bilhete de Identidade: 11840652

Título da tese: Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)

Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Simões Carvalho

Ano de conclusão: 2012

Doutoramento em Estudos da Criança

Especialidade de Saúde Infantil

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte desta tese.

Universidade do Minho, 2012/11/26

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às muitas pessoas que contribuíram para a realização deste projeto. Há muitos desafios até chegar à sua concretização, seria negligente da minha parte se não destaca-se as contribuições significativas daqueles que me ajudaram ao longo deste caminho. Primeiro gostaria de agradecer à minha orientadora, Graça Carvalho, por ter este equilíbrio extraordinário de disponibilidade e de abertura, juntamente com a firmeza e rigor científico necessário para manter este novato pesquisador no caminho. O seu apoio e incentivo, ao longo de um percurso muito longo, permitiram levar este projeto à sua conclusão. Reconheço que esta tese não teria a mesma qualidade sem o seu conselho essencial e valioso. Sinto-me privilegiado por ter tido a oportunidade de trabalhar sob sua orientação preciosa.

Ao professor Andy Field, da *University of Sussex*, tive a sorte de obter também o seu apoio e assistir às suas aulas (fantásticas) de bioestatística. Ao professor David MacPhee, da *Colorado State University*, pela disponibilidade, colaboração e aconselhamento, neste trabalho bem como pela autorização para a validação da escala da qual é autor. À colega da escola de enfermagem da *University of Michigan*, Nola Pender, pela obra e bibliografia cedida sobre o seu modelo de promoção para a saúde bem como pelo incentivo para a realização deste trabalho. Ao professor Leandro Almeida bem como à equipa reitoral, dirigida pelo magnífico reitor António Cunha, da Universidade do Minho, que criaram condições para a realização deste doutoramento.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer sinceramente à minha família, amigos, colegas, à professora Isabel Lage, à Maria José Silva, à Rafaela Rosário, que dedicaram um incentivo interminável, especialmente durante a fase final: obrigado pela sua paciência e, especialmente, o seu apoio. Também gostaria de agradecer à Laetitia Teixeira, pelos comentários construtivos que contribuíram muito para este projeto, e à Beatriz Araújo, pela sua ajuda na fase inicial, mas crucial.

Para os enfermeiros da unidade de obstetrícia, muito obrigado pela sua ajuda indispensável. Em particular, um sincero muito obrigado às famílias que generosamente concordaram em participar neste estudo, aprendi muito, e estou grato pela oportunidade de compartilharem os seus pensamentos e sentimentos.

Finalmente, e mais importante, gostaria de agradecer à Zi, Gabriel e Maria, que tiveram de suportar demasiadas horas sem mim: obrigado por entender como isto era importante para mim.

Nós fizemos isto.



Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do “Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil” (PEPDI)

### **Resumo**

O presente estudo pretende contribuir para o incremento da compreensão do desenvolvimento infantil. Para o efeito foi analisado o efeito de um programa de formação parental (PEPDI – Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil) para o desenvolvimento infantil bem como para a capacitação das competências maternas.

Participaram neste ensaio clínico randomizado 411 díades de mãe/filho, da região do Minho. A amostra foi constituída tendo por base um conjunto de critérios de inclusão como ser RN (recém-nascido) de termo, parto eutócico, índice de Apgar superior a 7 e a gravidez ter sido vigiada. Os critérios de exclusão versaram a presença de doença materna de foro mental e família com elementos que apresentavam atraso do desenvolvimento. As díades foram randomizadas em grupo de controlo e experimental. Desenvolvemos e implementamos um programa de intervenção (PEPDI), atendendo ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender (2011) e os *touchpoints* apresentados por Brazelton (1999). As sessões do grupo experimental foram realizadas com cada mãe/filho durante a 1ª semana de vida, 2º, 4º e 6º mês de vida e incluíam os seguintes conteúdos: (i) comportamento da criança, (ii) alimentação, (iii) competências desenvolvimentais da criança, (iv) situações previsíveis de ocorrer, e (v) preocupações parentais. Pretendemos que as condições de implementação e avaliação deste estudo se aproximassem ao máximo do contexto natural em que a intervenção foi realizada, tendo este estudo, por conseguinte, um cariz pragmático de acordo com o indicador PRECIS (Pragmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary).

A recolha de dados, antes e após as intervenções, incluiu o perfil socioeconómico (NSE), a tipologia área residencial, o número de irmãos, a ansiedade materna, o conhecimento materno e o desenvolvimento infantil. Foi utilizada a escala SGS II para avaliar o desenvolvimento infantil, a escala STAI-Y para avaliar a ansiedade materna (estado e traço), a escala de Graffar para o NSE, o inventário KIDI do professor David MacPhee (2002) para avaliar o conhecimento materno, o qual foi adaptado e validado.

As combinações das características, avaliadas no momento inicial – conhecimento materno, ansiedade-traço, número de irmãos e NSE – permitiram criar *clusters* que evidenciaram que os 2 grupos do estudo (controlo e experimental) estavam equivalentes nestas características, no momento inicial da avaliação.

A investigação foi realizada após autorização da comissão de ética do hospital central da região Norte. As mães tiveram informação sobre o estudo, e depois de esclarecidas assinaram o consentimento, de livre e esclarecida vontade, para participarem.

Através da análise de modelos lineares mistos, os resultados demonstraram que ao longo do tempo:

- (i) Os **índices de desenvolvimento das crianças** do grupo experimental (PEPDI) foram significativamente superiores ( $p < 0,001$ ) aos índices das crianças do grupo de controlo. A magnitude do efeito (*effect size*) foi considerada de grande efeito ( $r = 0,92$ );
- (ii) Os **índices de ansiedade-estado materno** foram significativamente inferiores ( $p < 0,001$ ) no grupo experimental comparativamente com o controlo. Esta diminuição do nível de ansiedade-estado também teve influência significativa ( $p < 0,001$ ) quando as mães aumentaram o seu índice de conhecimento materno.
- (iii) Os **índices de ansiedade-traço materna** foram significativamente inferiores ( $p < 0,001$ ) no grupo experimental. Apresentaram também efeito significativo para esta diminuição o aumento do conhecimento materno ( $p < 0,001$ ), pertencerem ao NSE baixo comparativamente ao alto, médio-alto e medio ( $p = 0,006$ ), bem como residirem na área predominantemente urbana comparativamente a residentes em área medianamente urbana ( $p = 0,019$ ).

Em conclusão, o PEPDI pode ser implementado com sucesso para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros 6 meses de vida para reduzir os níveis de ansiedade materna, bem como promover o *empowerment* da mãe no sentido de promover um melhor desenvolvimento da criança.

**Palavras-chave:** parentalidade, formação parental, desenvolvimento infantil, ansiedade materna, ensaio clinico randomizado.



Child development and maternal skills, as a result of the application of "Parental Empowerment Program for Child Development" (PEPDI)

**Abstract**

The present study intended to contribute to increase the understanding of child's development. For this purpose, we analyzed the effects of a parental training program (PEPCD - Parental Empowerment Program for Child Development) for child development as well as for maternal empowerment.

Four hundred and eleven (411) dyads of mother/child of the Minho region participated in this randomized controlled trial. The sample was defined according to inclusion criteria such as being NB (newborn) term, normal delivery, Apgar score greater than 7 and having had a monitored pregnancy. Exclusion criteria were the presence of maternal mental disease and family who had developmental delay. Dyads were randomly assigned to experimental and control group. We develop and implement an intervention program (PEPDI), according to the health promotion model of Nola Pender (2011) and the touchpoints of Brazelton (1999). The experimental group sessions were held with each mother/child during the 1st week of life, 2nd, 4th and 6th month of life and included the following contents: (i) the child's behaviour, (ii) healthy eating habits, (iii) child's skills development, (iv) predictable situations to occur, and (v) parental concerns. We intended that the conditions of implementation and evaluation of this study were close to the natural context where the intervention was established. Therefore this study is considered pragmatic according to the indicator PRECIS (Pragmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary).

Data collection, before and after the interventions, included the socioeconomic status, the residential typology, the number of siblings, maternal anxiety, maternal knowledge and child development. The SGS II Scale was used to assess child development and the scale STAI-Y to assess maternal anxiety (state and trait). The scale of Graffar was used to assess the socioeconomic status and the inventory of KIDI from Professor David MacPhee (2002) was used to assess maternal knowledge, which was adapted and validated.

The combinations of characteristics, assessed at baseline – maternal knowledge, trace anxiety, number of siblings and socioeconomic status – allowed to create clusters showing that both groups (control and experimental) were equivalent at baseline.

The investigation was conducted after approval of the ethics committee of the central hospital of the Northern region. After being informed about the study, mothers signed the informed consent, freely, in order to participate in the study.

Through the analysis of according linear mixed models, results showed along the time that:

- (i) The **rates of children´s development** in the experimental group were significantly higher ( $p < 0,001$ ) compared with the indices of the control group. The extent of the effect size was considered of large effect ( $r = 0,92$ );
- (ii) The **rates of maternal state-anxiety** were significantly lower ( $p < 0,001$ ) in the experimental group as compared with the control group. The decrease of the level of anxiety-state had also a significant influence ( $p < 0,001$ ) when mothers increased their level of knowledge.
- (iii) The **rates of maternal anxiety-trace** were significantly lower ( $p < 0,001$ ) in the experimental group. They also decreased significantly ( $p < 0,001$ ) with the increase of maternal knowledge, as well as with belonging to low socioeconomic status compared with high-, medium- high and medium-status ( $p = 0,006$ ) and living in predominantly urban area compared with living in medially urban area ( $p = 0.019$ ).

In conclusion, the PEPDI can be implemented successfully to monitor the growth and development of children in the first 6 months of life, to reduce levels of maternal anxiety as well as to enhance mothers' empowerment in order to promote a better child development.

**Keywords:** parenting, parental education, child development, maternal anxiety, randomized clinical trial.

## Índice

RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE SIGLAS	XIII
LISTA DE SÍMBOLOS	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS	XV
ÍNDICE DE TABELAS	XVII
ÍNDICE DE ANEXOS	xix
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>27</b>
<b>1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>29</b>
1.1.1. CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	29
1.1.2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.	31
1.1.3. MODELOS DE CUIDADOS EM SAÚDE.	32
1.1.4. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	33
<b>1.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>36</b>
1.2.1. CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.	37
1.2.1.1. Família, nível socioeconómico, etnia e cultura.	37
1.2.1.2. Influências, momentos e contexto do desenvolvimento.	40
1.2.2. CARACTERÍSTICAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.	41
<b>1.3. PARENTALIDADE</b>	<b>43</b>
1.3.1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.	43
1.3.2. FORMAÇÃO PARENTAL.	47
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>51</b>
<b>2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO</b>	<b>53</b>
<b>2.2. AMOSTRA</b>	<b>58</b>
2.2.1. OBTENÇÃO DA AMOSTRA E SUBAMOSTRAS (GRUPOS DE CONTROLO E EXPERIMENTAL).	59
2.2.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E SUBAMOSTRAS.	62
<b>2.3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>66</b>
2.3.1. SCHEDULE OF GROWING SKILLS (SGS-II).	66
2.3.2. STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FORM-Y (STAI-Y).	67
2.3.3. ESCALA DE GRAFFAR (NSE).	69
2.3.4. KNOWLEDGE OF INFANT DEVELOPMENT INVENTORY (KIDI) E SURVEY OF CHILD CARE EXPERIENCES (SCCE).	70
	ix

<b>2.4. VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO KIDI</b>	<b>72</b>
2.4.1. FIABILIDADE.	72
2.4.2. VALIDADE.	72
<b>2.5. PROCEDIMENTOS</b>	<b>74</b>
2.5.1. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.	74
2.5.2. SESSÕES DE FORMAÇÃO.	75
2.5.3. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO KIDI.	76
2.5.4. CÁLCULO DA DIMENSÃO DA AMOSTRA.	77
2.5.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.	78
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>81</b>
<b>3.1. INFLUÊNCIA DA TIPOLOGIA DE RESIDÊNCIA, DO NÚMERO DE IRMÃOS E DO NÍVEL SOCIOECONÓMICO NO CONHECIMENTO MATERNO (KIDI), ANSIEDADE MATERNA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>83</b>
3.1.1. EFEITO DO TIPO DA ÁREA RESIDENCIAL NO CONHECIMENTO MATERNO, ANSIEDADE MATERNA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.	83
3.1.1.1. Conhecimento materno (KIDI).	84
3.1.1.2. Ansiedade materna – estado.	85
3.1.1.3. Ansiedade materna – traço.	86
3.1.1.4. Desenvolvimento infantil.	88
3.1.2. EFEITO DO NÚMERO DE CRIANÇAS NO CONHECIMENTO MATERNO, ANSIEDADE MATERNA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.	89
3.1.2.1. Conhecimento materno (KIDI).	90
3.1.2.2. Ansiedade materna - estado.	91
3.1.2.3. Ansiedade materna - traço.	92
3.1.2.4. Desenvolvimento infantil.	93
3.1.3. EFEITO DO NSE NO CONHECIMENTO MATERNO, ANSIEDADE MATERNA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.	94
3.1.3.1. Conhecimento materno (KIDI).	95
3.1.3.2. Ansiedade materna - estado.	96
3.1.3.3. Ansiedade materna - traço.	97
3.1.3.4. Desenvolvimento infantil.	99
<b>3.2. ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA ANSIEDADE-ESTADO, DA ANSIEDADE-TRAÇO E DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>101</b>
3.2.1. ANÁLISE DA ANSIEDADE-ESTADO EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS GRUPO (C E E), CONHECIMENTO MATERNO, NSE NÚMERO DE IRMÃOS E TIPOLOGIA ÁREA RESIDENCIAL.	101
3.2.2. ANÁLISE DA ANSIEDADE-TRAÇO EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS GRUPO (C E E), CONHECIMENTO MATERNO, NSE NÚMERO DE IRMÃOS E TIPOLOGIA ÁREA RESIDENCIAL.	104
3.2.3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS GRUPO (C E E), ANSIEDADE-ESTADO, ANSIEDADE-TRAÇO, CONHECIMENTO MATERNO E NSE.	107

<b>4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	<b>111</b>
<b>4.1. EFEITO DO PEPDI - PROGRAMA DE <i>EMPOWERMENT</i> PARENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ANSIEDADE MATERNA</b>	<b>114</b>
<b>4.2. EFEITO DO PEPDI - PROGRAMA DE <i>EMPOWERMENT</i> PARENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>115</b>
<b>4.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA</b>	<b>117</b>
<b>4.4. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES</b>	<b>118</b>
<b>4.5. CONCLUSÃO</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>131</b>



## Lista de Siglas

AMU: área medianamente urbana

ANOVA: analysis of variance

APR: área predominantemente rural

APU: área predominantemente urbana

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

GC: Grupo de Controlo

GE: Grupo Experimental

KIDI: Knowledge of Infant Development Inventory

MPS: Modelo de Promoção para a Saúde

NSE: Nível SocioEconómico

ONU: Organização das Nações Unidas

PEPDI: Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil

PRECIS: Pragmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary

RCT: Randomized Control Trial

SATI – Y: State-Trait Anxiety Inventory

SCCE: Survey of Child Care Experiences

SGS: Schedule of Growing Skills

TIPAU: tipologia de áreas urbanas

UN: United Nations

WHO: World Health Organization

## Lista de Símbolos

$f(\alpha, \beta)$  valor de  $f$  de erro de  $\alpha$  e de  $\beta$

$r_s$ : correlação de Spearman

$\mu_1$  média estudada na população

$\mu_2$  média esperada no grupo experimental

$\chi^2$ : qui-quadrado

$n$ : número de sujeitos

$p$ : valor da probabilidade de uma estatística

$r$ : *effect size*

$\alpha$ : nível de significância de um teste, probabilidade de cometer um erro tipo I

$\beta$ : probabilidade de cometer um erro tipo II, ( $1 - \beta$ : indica a poder estatístico)

$\sigma$ : desvio padrão estudado na população



## Índice de Figuras

Figura 1.1.1 Modelo de promoção da saúde adaptado de Pender et al (2011).	34
Figura 1.3.1 Plano de Investigação.	50
Figura 2.1.1 Modelo teórico das hipóteses do estudo.	54
Figura 2.2.1 Diagrama de processo sobre as fases de avaliação dos sujeitos para randomização nos grupos.	59
Figura 2.3.1 Exemplo de questão do KIDI.	71
Figura 2.5.1 Processo de tradução e validação do KIDI.	77
Figura 3.1.1 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) pela tipologia da área residencial, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	84
Figura 3.1.2 Boxplot score ansiedade-estado pela tipologia área residencial, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	85
Figura 3.1.3 Boxplot score ansiedade-traço pela tipologia área residencial, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	86
Figura 3.1.4 Boxplot score desenvolvimento infantil pela tipologia da área residencial, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	88
Figura 3.1.5 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	90
Figura 3.1.6 Boxplot score ansiedade-estado em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	91
Figura 3.1.7 Boxplot score ansiedade-traço em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	92
Figura 3.1.8 Boxplot score desenvolvimento infantil em função do número de crianças na habitação, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	93
Figura 3.1.9 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	95
Figura 3.1.10 Boxplot score ansiedade-estado pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	96
Figura 3.1.11 Boxplot ansiedade-traço pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses para os grupos controlo e experimental.	97
Figura 3.1.12 Boxplot score desenvolvimento infantil pelas classes NSE, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.	99

Figura 3.2.1 Relação da evolução da variável ansiedade-estado em função da evolução do conhecimento materno, para os dois grupos, controlo e experimental. _____	103
Figura 3.2.2 Relação da evolução da variável ansiedade-traço em função da evolução do conhecimento materno, para os dois grupos, controlo e experimental. _____	106
Figura 3.2.3 Evolução do desenvolvimento infantil da amostra total. _____	108
Figura 3.2.4 Evolução do desenvolvimento infantil por grupo (controlo e experimental). _____	109

## Índice de tabelas

Tabela 2.1.1 Descrição das características do estudo pelos domínios do PRECIS.	57
Tabela 2.2.1 Número de partos e taxa de ocupação por unidade hospitalar da Região do Minho em 2009.	58
Tabela 2.2.2 Distribuição dos sujeitos dos estratos pelos grupos controlo e experimental.	61
Tabela 2.2.3 Características basilares da amostra (variáveis categoriais) por grupo.	63
Tabela 2.2.4 Características antropométricas, e de ansiedade e conhecimento materna (variáveis numéricas) por grupo.	64
Tabela 2.2.5 Idade (dias) das crianças nas 4 avaliações.	65
Tabela 2.4.1 Diferenças de médias do score final KIDI, por grupo.	73
Tabela 2.5.1 Valores de ( $\alpha$ , $\beta$ ) para serem utilizados na formula para cálculo dos sujeitos.	78
Tabela 3.1.1 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função dos 3 tipos de área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.	84
Tabela 3.1.2 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função da tipologia da área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.	85
Tabela 3.1.3 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço em função da tipologia da área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.	86
Tabela 3.1.4 Níveis de significância, post-hoc Bonferroni, das diferenças entre os tipos de área residencial, para as mães do grupo de controlo, ao nascimento.	87
Tabela 3.1.5 Níveis de significância, post-hoc Gomes-Howell, das diferenças entre os tipos de área residencial, para as mães do grupo de controlo, aos 6 meses.	87
Tabela 3.1.6 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função dos 3 tipos de área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), aos 2,4 e 6 meses.	89
Tabela 3.1.7 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e 6 meses.	90
Tabela 3.1.8 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.	91
Tabela 3.1.9 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço em função do número de crianças na habitação, para cada grupo do estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.	92
Tabela 3.1.10 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), aos 2, 4 e 6 meses.	94
Tabela 3.1.11 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e 6 meses.	95

Tabela 3.1.12 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo do estudo, ao nascimento e 6 meses. _____	96
Tabela 3.1.13 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço, em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo do estudo, ao nascimento. _____	97
Tabela 3.1.14 Níveis de significância, post-hoc Games-Howell, das diferenças entre os níveis do NSE para as mães do grupo de controlo aos 6 meses. _____	98
Tabela 3.1.15 Níveis de significância, post-hoc Games-Howell, das diferenças entre os níveis do NSE para as mães do grupo experimental, aos 6 meses. _____	98
Tabela 3.1.16 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo de estudo (controlo e experimental), aos 2, 4 e 6 meses. _____	100
Tabela 3.2.1 Médias da ansiedade-estado ao nascimento e 6 meses. _____	101
Tabela 3.2.2 Estimativas de efeitos fixos para a ansiedade-estado do nascimento aos 6 meses. ____	102
Tabela 3.2.3 Médias da ansiedade-traço ao nascimento e 6 meses. _____	104
Tabela 3.2.4 Estimativas de efeitos fixos para a ansiedade-traço do nascimento aos 6 meses. ____	105
Tabela 3.2.5 Médias do desenvolvimento infantil ao nascimento, 2, 4 e 6 meses. _____	107
Tabela 3.2.6 Estimativas de efeitos fixos para o desenvolvimento infantil do nascimento aos 6 meses. _____	108

## Índice de Anexos

ANEXO A Protocolos experimentais _____	133
ANEXO B Tabela de distribuição aleatória _____	141
ANEXO C Inventário de avaliação da ansiedade estado e traço STAI-Y _____	145
ANEXO D Escala de avaliação do nível socioeconómico de Graffar _____	149
ANEXO E Inventário de conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil KIDI _____	153
ANEXO F Formulário experiência em cuidados infantis SCCE _____	161
ANEXO G autorização para adaptação e validação do inventário KIDI _____	167
ANEXO H Autorização da comissão de Ética Hospital de Braga _____	171
ANEXO I Carta de explicação do estudo _____	175
ANEXO J Consentimento Informado _____	179



## **Introdução**

21





Na Cimeira do Milénio, em Setembro de 2000, realizada na Assembleia Geral das Nações Unidas (UN, 2000), foram reafirmadas obrigações comuns para com “todas as pessoas do mundo, especialmente as mais vulneráveis e, em particular, as crianças do mundo a quem pertence o futuro.” As nações comprometeram-se a atingir um conjunto de objetivos específicos, os *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*, que iriam guiar os esforços coletivos nos anos seguintes, no que diz respeito ao combate à pobreza e ao desenvolvimento sustentável. Um desses objetivos, para todas as nações, foi reduzir a mortalidade de crianças (UN, 2000).

Entendemos que, efetivamente, é indiscutível a importância de fazer todos os esforços para atingir este objetivo, mas a problemática da saúde infantil das populações tem-nos preocupado para além deste importante indicador, nomeadamente nos aspetos referentes à contribuição do sector da saúde e em particular dos cuidados de promoção da saúde, para o aumento do nível de saúde das crianças. Conseguir promover condições socioeconómicas é fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças, no entanto o seu desenvolvimento é concretizado pela interação de um conjunto de fatores, onde aqui incluímos a família, também como previstos nos artigos 5º e 6º da convenção sobre os direitos da criança (UN, 1989).

23

Acreditando que os primeiros anos de vida de uma criança têm um impacto significativo sobre o seu futuro, temos o anseio de um mundo onde os pais sejam valorizados e apoiados para construir uma sociedade forte. Os pais confiantes e apoiados, na fase da vida com crianças pequenas, estarão mais bem preparados para construir famílias fortes e contribuir positivamente para as comunidades e sociedade em geral. Entendemos que apoiar a transição para a parentalidade torna os pais a chave para o desenvolvimento de crianças felizes.

Na verdade, sabe-se que o desempenho da parentalidade interfere ao nível da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a ausência ou perturbação da parentalidade pode interferir no saudável desenvolvimento da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett, & Bullock, 2006).

A transição da parentalidade é o processo de transformação através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

Cuidados de enfermagem de alta qualidade, com foco nas atividades de promoção para a saúde, poderão ser enquadrados como práticas avançadas em enfermagem (Callaghan, 2008; Higgins et al., 2012). Este estudo propõe-se a desenvolver e implementar uma dessas práticas de promoção da saúde o *PEPDI - Programa de Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil*, que tem o propósito de assistir os pais, facilitando a transição dirigida para a sua própria saúde e daqueles que dependem de si – as crianças –, facilitando a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento (Meleis & Trangenstein, 1994).

Foi este contexto que nos motivou algumas reflexões e preocupações neste domínio, e de algum modo, é a tela inspiradora e ativadora deste projeto de investigação. Por tudo isto propusemo-nos a desenvolver um estudo que responda à questão de investigação: qual o efeito do PEPDI (Programa de *Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil*), no desenvolvimento infantil?

24

Assim, neste estudo pretendemos identificar a diferença relativa ao desenvolvimento infantil da criança durante os primeiros 6 meses vida, quando a família é submetida a um programa de educação para a saúde, bem como outras alterações observadas nas mães (grupo experimental). Para o efeito, comparámos os efeitos do programa de educação para a saúde (*PEPDI*) com um grupo constituído por crianças, cujas famílias não tiveram qualquer intervenção nossa em termos de educação para a saúde (grupo controlo). Pretendemos, assim, conhecer até que ponto a educação à família com foco na parentalidade influencia o desenvolvimento infantil. Foi delineando um estudo de natureza experimental, ensaio clínico randomizado, seguindo as guidelines da declaração CONSORT (2010), considerada internacionalmente como instituidora de boas práticas para ensaios clínicos randomizados.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivos (i) contribuir para a melhoria do domínio das relações entre o conhecimento materno e o desenvolvimento infantil, (ii) estudar a relação entre os níveis de ansiedade da mãe e o conhecimento adquirido, (iii) estudar a relação entre fatores socioeconómicos das famílias e o desenvolvimento infantil e por fim (iv) propor estratégias de intervenção na área da promoção em saúde dirigidas para a saúde da criança.

Esperamos que este estudo possa contribuir para o impulso de uma nova atitude face às competências parentais no âmbito do desenvolvimento infantil, realçando o potencial humano que a criança detém e promover o acesso á formação/educação como condições essenciais à manutenção da responsabilidade parental. Neste sentido propomo-nos contribuir para uma prática baseada na evidência, no âmbito da promoção para a saúde com foco na saúde infantil.

Esta tese está organizada em 4 capítulos. O primeiro capítulo, Enquadramento Teórico, é dedicado à definição de conceitos chave, relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo, como a promoção da saúde e o modelo de promoção da saúde proposto por N. J. Pender et al. (2011) , desenvolvimento infantil e parentalidade. Num segundo capítulo é apresentado o percurso metodológico deste estudo, referindo o desenho de investigação, a construção da amostra, os instrumentos de investigação e o tratamento estatístico dos dados bem como algumas características da amostra em que se procede à análise do conhecimento materno, da ansiedade materna e do desenvolvimento infantil no momento inicial. São, de seguida, apresentados os resultados relativos ao conhecimento materno, ansiedade materna e desenvolvimento infantil ao longo de 6 meses. Por fim, apresenta-se a Discussão destes resultados e suas implicações para a prática clínica bem como as Conclusões gerais deste estudo.

25

No final do trabalho, e, após as referências bibliográficas, apresentam-se os anexos, que incluem documentos que se consideram relevantes para a compreensão do processo metodológico utilizado no estudo.



## **1. Enquadramento Conceptual**

27



O desenvolvimento infantil e a parentalidade têm sido alvo de estudo em diversos domínios de investigação nos últimos anos, sendo de particular interesse a sua inter-relação, no domínio da educação para a saúde, e em especial na prática da enfermagem, pois permite o entendimento da relação da parentalidade com o desenvolvimento dos filhos, atendendo também às influências de fatores psicossociais.

Neste primeiro capítulo explora-se o conceito de promoção da saúde e o modelo de promoção de saúde de Nola Pender (N. J. Pender et al., 2011) que se constitui basilar para esta investigação. O desenvolvimento infantil será abordado de acordo com as determinantes em saúde e as características mais comuns durante o primeiro ano de vida. A parentalidade será abordada enquanto um processo de transição e como tal vulnerável a uma intervenção avançada, como o programa de formação parental PEPDI (Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil).

29

## **1.1. Promoção da Saúde**

### **1.1.1. Conceito de promoção da saúde.**

A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado identifica ações e compromissos necessários para enfrentar os determinantes da saúde no mundo globalizado através da promoção da saúde (WHO, 2006) e baseia-se nos valores e estratégias de promoção da saúde anteriormente estabelecidas pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WHO, 1986). Esta define a promoção da saúde como um processo para capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a melhoria da sua saúde (WHO, 1986). Estes arquétipos enfatizam a necessidade de incluir não só os indivíduos mas também as comunidades, sociedades e os governos, em todos os níveis e organizações internacionais, com o fim de melhorar a saúde individual e coletiva.

As características das políticas sociais, organizações e contextos para a promoção da saúde, estão destacadas no relatório publicado 30 anos depois da definição de cuidados primários de saúde na conferência internacional de 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão. O relatório da OMS de 2008: *primary health care now more than ever* (WHO, 2008), foi orientado para a (re)enfaturização dos cuidados de saúde primários e oferece uma avaliação da saúde global, tendo como foco de atenção os cuidados de

saúde primários, destacando-os como uma forma de ajudar a enfrentar o desafio das crescentes desigualdades na saúde e os efeitos da globalização nas doenças crónicas e transmissíveis, bem como não transmissíveis.

Ao longo dos tempos, o conceito de doença, e a sua prevenção, foram alvo de esforços ao nível das políticas de saúde, através de três níveis de atuação: (i) prevenção primária, (ii) prevenção secundária e (iii) prevenção terciária. Como é referido por Dias, Duque, Silva, e Dura (2004) ao nível da prevenção primária procura-se prevenir a morbilidade, por outro lado, quando se atua ao nível da prevenção secundária, pretende-se detetar a doença tão precocemente quanto possível, de modo a maximizar as probabilidades de um tratamento eficaz, por último, em prevenção terciária atua-se ao nível do controlo ou da cura de uma doença através da aplicação do tratamento oportuno logo após o seu diagnóstico.

Kickbusch (2001) considera que manter o estado de saúde, objetivo prioritário da prevenção, não parece estar em consonância com uma visão positiva e dinâmica da saúde, ou seja, a prática simplesmente preventiva afasta-se do conceito atual de saúde que ultrapassa a mera ausência de doença. Hoje em dia, considera-se que a saúde é um conceito positivo e dinâmico que implica o *empowerment* das capacidades do indivíduo para se desenvolver e influenciar positivamente o meio em que se insere.

30

Como tal, a promoção de saúde, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, é dirigida a todos os indivíduos e não só às pessoas doentes, incluindo todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença. Um elemento básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida em 1969 pela Organização Mundial da Saúde como uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis (WHO, 2009). A educação para a saúde pode considerar-se como uma estratégia de promoção da saúde, embora, por vezes, ambos os termos sejam utilizados de forma arbitrária, conforme o contexto em que se trabalha. Conforme definido pela OMS em 1984 (WHO, 1986), a saúde de cada pessoa abarca as componentes físicas sociais e mentais, não sendo meramente a ausência de doença ou enfermidade. A promoção da saúde é motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e o potencial de saúde das pessoas (N. J. Pender et al., 2011). O nível de saúde é afetado por muitos fatores inter-relacionados, que tanto promove a saúde quanto aumenta o risco de doença, nomeadamente a herança genética, capacidades cognitivas, nível de desenvolvimento, estilo de vida, ambiente e situação socioeconómica.



O objetivo da promoção da saúde é maximizar a saúde na população em geral. Isto atinge-se através de diversos meios, incluindo adoção de medidas económicas e sociais e trata-se a diversos níveis inclusive o individual, comunitário e social, (Bennett, Perry, & Lawrence, 2009; Murphy & Bennett, 2004). O conjunto da complexidade das intervenções, de promoção da saúde, vai desde a mudança de comportamentos individuais e de grupo até às políticas de mudança que estabelecem normas de comportamento (Abbott & Coenen, 2008). As atividades de promoção da saúde pretendem motivar os indivíduos para desenvolverem os seus próprios recursos pessoais, através de informação e do treino de competências.

### **1.1.2. Educação para a saúde.**

A literatura de educação para saúde, de um modo geral, descreve-a como tendo várias funções, incluindo ações destinadas a (i) transmitir informação relacionada com a saúde que influencia valores, crenças, atitudes e motivações, (ii) alcançar a saúde, ou aprender a lidar com a doença, através da aquisição de conhecimento (iii) levar ao desenvolvimento de competências e estilo de vida e/ou mudança para comportamentos mais saudáveis. Educação para a saúde visa a motivação do indivíduo a aceitar um processo de mudança comportamental e, de acordo com Whitehead (2004), pode ser definida como uma atividade que procura informar o indivíduo sobre a natureza e as causas da saúde/doença e a relação com o nível de risco individual associado aos seus comportamentos. Carvalho e Carvalho (2006) definem a Educação para a Saúde como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitem um melhor nível de saúde.

As informações veiculadas em educação para saúde são projetadas para influenciar a base de conhecimento das pessoas, bem como para clarificar valores e crenças e ainda para mudar para atitude saudáveis. Isto, então, leva a uma decisão consciente e pessoal para a mudança para comportamentos mais saudáveis. Whitehead (2004) refere que os atributos da educação em saúde podem ser resumidos como: (i) a intenção de alterar/modificar comportamentos prejudiciais à saúde, onde os fatores de risco identificáveis e mensuráveis são conhecidos; (ii) a disposição dos indivíduos para participar em programas de mudança comportamental em troca de uma redução no risco de doença, ou melhoria da sintomatologia, e com o resultado esperado de melhores condições de saúde.

### **1.1.3. Modelos de cuidados em saúde.**

Diversas posições originárias das ciências sociais e humanas têm-se conjugando para oferecer uma compreensão mais integrada e holística do conceito de saúde, configurada no que Engel (1977) denominou de modelo biopsicossocial. A característica essencial deste modelo é o afastamento do pensamento redutor e dualista na abordagem dos processos de saúde e doença, conceptualizando não só os fatores biomédicos como também os psicológicos e sociais. A mudança no modelo médico para uma medicina mais centrada na pessoa é considerada por Laine e Davidoff (1996) como cuidados de saúde que estão estritamente congruentes e sensíveis às necessidades e preferências das pessoas. Este paradigma surgiu associado ao movimento dos direitos dos doentes de 1960, em oposição ao modelo de “fornecedor” de cuidados. Neste período, conceptualizou-se o “comportamento” como a grande epidemia do século XX, esta conceptualização veio centrar-se na saúde e não na doença, preconizava o regresso a uma perspectiva ecológica (Pais-Ribeiro, 2004). Esta perspectiva introduziu conceitos teóricos disruptivos para os países desenvolvidos, onde os benefícios, centrados na prevenção, já eram visíveis. Com esta mudança paradigmática destacam-se, assim, dois conceitos centrais: a Promoção da Saúde e o Estilo de Vida.

32

Os comportamentos de saúde, assim como o comportamento em geral, poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa (Stacy, Bentler, & Flay, 1994). Alguns destes conceitos, como sejam as atitudes, as crenças e as emoções, desempenham um papel central em determinados modelos teóricos, tais como o modelo de crenças de saúde e a teoria da ação racional (Ajzen & Fishbein, 1977, 2005), modelo de crenças em saúde (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) a teoria da motivação protetora (Maddux & Rogers, 1983) e o modelo utilitário de expectativas subjetivas (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1984).

Estas teorias evidenciam a relevância das normas sociais como a primeira influência sobre o comportamento. As abordagens educativas que estas teorias usam têm-se concentrado em alterar as normas sociais inadequadas ou em apoiar as mais adequadas, para que o comportamento preventivo se torne a norma em relação à qual os indivíduos avaliam o seu próprio comportamento. A promoção da saúde tem vindo a ser definida de muitas formas e, ainda que todas as definições partilhem conteúdos similares, enfatizam alguns aspetos diferenciadores, consoante as práticas envolvidas. A diferença perentória entre as definições, baseia-se na distinção entre os conceitos de prevenção da doença e promoção da saúde.

#### **1.1.4. Modelo de promoção da saúde.**

Como se constata na literatura, é crescente o número de trabalhos que procuram refletir sobre a aplicabilidade dos modelos e teorias de promoção em saúde; tal tendência possibilita a validação e construção de novas formas de interpretar a promoção em saúde. A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores oportunidades no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Os modelos (em saúde ou outros) são referenciais conceptuais, representações construídas de algum aspecto do ambiente (Victor et al., 2005) e permite construir uma base mais sólida, para uma prática mais informada (McCrae, 2012; Sheldon & Ellington, 2008). Dos modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, podemos referir o Modelo de Promoção da Saúde de Pender (2011). Este modelo, formulado pela primeira vez em 1982 e depois revisto em 1996 e 2011, é um modelo explicativo do **33** comportamento de saúde que enfatiza o papel das expectativas na formação do comportamento (Pender, 1987, 2000; N. J. Pender et al., 2011), baseado na Teoria do Aprendizado Social de Bandura (1977) e na teoria da ação racional de Fishbein (Ajzen & Fishbein, 1977) e semelhante ao Modelo de Crenças em Saúde de Becker (Rosenstock et al., 1988). Segundo Mohamadian (2011) o MPS fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar cuidados de forma individual, ou em grupo, permitindo o planeamento, a intervenção e a avaliação das suas intervenções, “serve como um guia para investigar os complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a envolverem-se em comportamentos de saúde que são direcionados para a melhoria da saúde” (N. J. Pender et al., 2011, p. 44).

O Modelo de Promoção da Saúde pode ser visto como um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, pelo estudo da interrelação de três pontos principais: (i) as características e experiências individuais, (ii) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e (iii) o comportamento de promoção da saúde desejável (ver Figura 1.1.1).

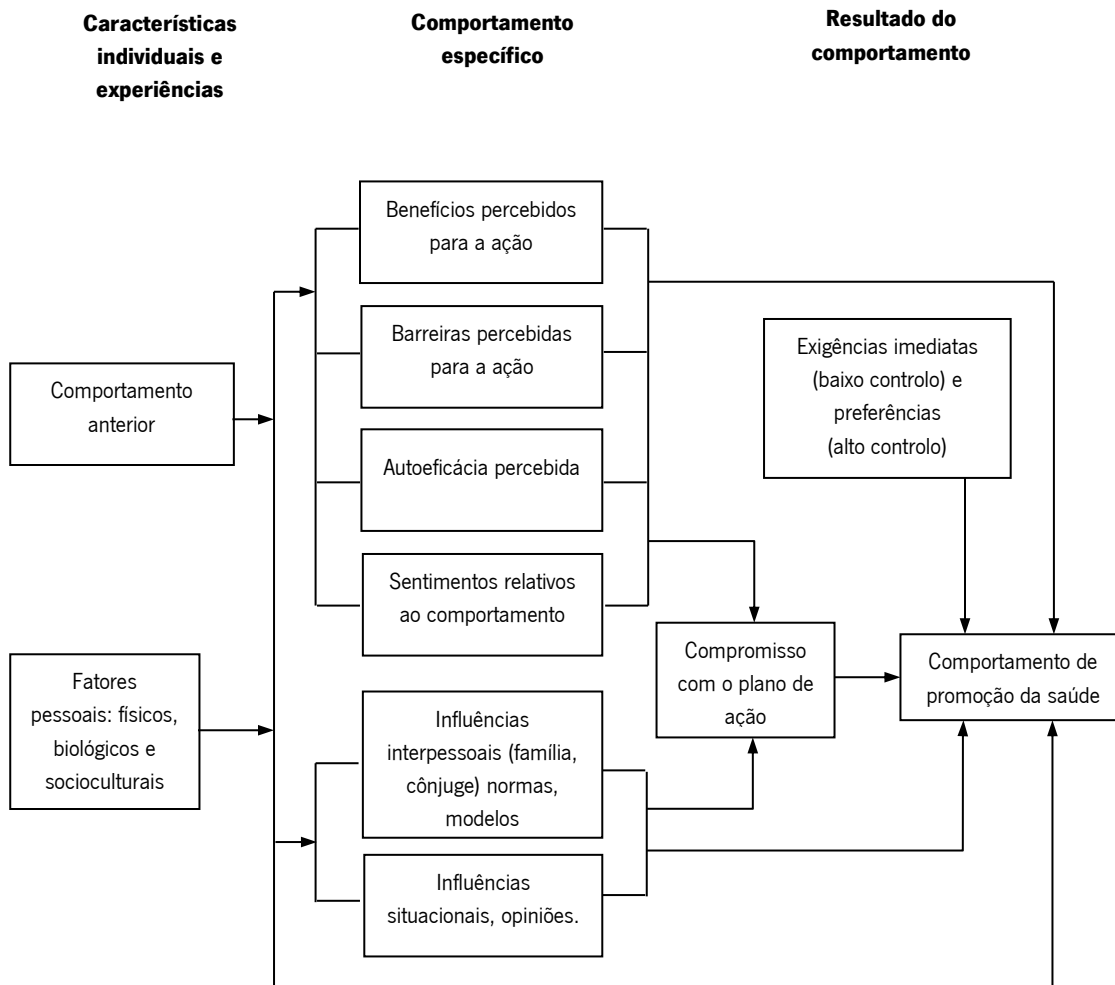


Figura 1.1.1 Modelo de promoção da saúde adaptado de Pender et al (2011).

O Conjunto de variáveis relacionadas com o comportamento específico, que constitui um "núcleo" crítico da intervenção, pode ser modificado por meio de ações de enfermagem. Estas seis variáveis são: benefícios percebidos para ação, barreiras percebidas para a ação, autoeficácia percebida, sentimentos relacionados com o comportamento, influências interpessoais e influências situacionais (Ho, Berggren, & Dahlborg-Lyckhage, 2010).

Este modelo de promoção da saúde poderá ser aplicado com o objetivo de potenciar o papel parental relativamente ao desenvolvimento infantil. Este modelo, como refere Meleis e Trangenstein (1994), deverá conter grandes conceitos e elementos que reflitam experiências e características pessoais. Os quatro conceitos envolvidos são os de ambiente, de saúde, de pessoa e de enfermagem, que se relacionam respetivamente com os quatro determinantes de saúde: ambiente, estilo de vida, biologia humana e sistema nacional de saúde.

Pender e seus colaboradores (2011) caracterizam os quatro conceitos da seguinte forma: (i) o ambiente deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, aos seus aspectos sociais e económicos, de forma que esta relação proporcione um ambiente saudável; (ii) o conceito saúde é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de competências, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano numa perspectiva holística; (iii) a pessoa é assumida como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas; a ênfase, contudo, está no seu potencial de mudar para comportamentos mais saudáveis; (iv) o conceito enfermagem surge, intimamente relacionado com as intervenções que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde.

Ho e colaboradores (2010) referem que os enfermeiros, através do MPS, desempenham um papel central em ajudar os utentes a moldar uma história positiva de comportamento para o futuro, focando os benefícios de um comportamento saudável, ensinando os utentes a superar obstáculos para a realização de comportamentos saudáveis, e gerar altos níveis de eficácia e efeito positivo através da experiência bem-sucedida de desempenho e *feedback* positivo.

35

Os elementos do referido modelo de promoção da saúde, no contexto da saúde infantil, podem ser representados do seguinte modo:

1. Características e experiências individuais, que no nosso entender compreendem o comportamento anterior, comportamento relacionado com experiências de responsabilidade parental ou similar, e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos; psicológicos e socioculturais.
2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento de promoção da saúde infantil, que é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis; (i) percepção dos benefícios para ação, representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar comportamentos no âmbito da saúde infantil; (ii) percebe barreiras para ação, percepções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais relativas às competências parentais; (iii) percepção de autoeficácia, julgamento das capacidades pessoais de organizar e implementar os comportamentos promotores da parentalidade; (iv) sentimentos em relação aos comportamentos relacionados com a parentalidade; (v) influências interpessoais, os comportamentos de otimização do crescimento e desenvolvimento pode ou não serem influenciados por outras pessoas, família, cônjuge

ou por normas e modelos sociais; (vi) influências situacionais, o ambiente pode facilitar ou dificultar determinados comportamentos para o desempenho da parentalidade adequada.

3. Resultado do comportamento abrange o compromisso com o plano de ação, ações estas que possibilitem a mãe a manter-se no comportamento de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, as ações que conduzem ao desenvolvimento infantil global.

Tendo por base o modelo de promoção da saúde de Pender et al (2011), pretende-se, no presente estudo, trabalhar com mães da região do Minho, desde o nascimento dos seus filhos e pelo período de 6 meses num programa de educação para a saúde (PEPDI - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil), com enfoque nos cuidados à criança. Analisando o desenvolvimento infantil com base em escalas de avaliação de competências de desenvolvimento infantil, bem como o efeito, do programa, noutras características maternas. Analisando o seu efeito, este programa poderá vir a ser inscrito na prática de enfermagem avançada, tal como descrita por Callaghan (2008).

## **1.2. Desenvolvimento Infantil**

36

Atualmente, a conceção da criança é de uma pessoa em desenvolvimento, que se exprime através de comportamentos e respostas resultantes da interação com o ambiente, sob influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora a sequência geral do desenvolvimento humano seja universal, existe um gama alargada de diferenças individuais, que aumenta à medida que as pessoas envelhecem e que resultam das mudanças e interações dos fatores, na infância aparentam estar associadas à maturação do corpo e do cérebro (Papalia & Olds, 2000).

Tal como referiram diferentes autores (Bowlby, 1957; L. A. Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990), as oportunidades de desenvolvimento estão relacionadas não só com a saúde física e mental mas também com o ambiente sociocultural onde nascem e crescem. Na verdade, o desenvolvimento humano depende da hereditariedade e do ambiente, sendo que este último é influenciado pela própria pessoa, mas esta é também influenciada por ele (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Vários pesquisadores, no sentido de organizar e explicar o fenómeno do desenvolvimento humano e especificamente o da criança, propuseram a sua teoria que enumeramos agrupando-as em diferentes perspetivas: (i) a perspetiva psicanalítica centrada nas emoções inconscientes e instintos, como e o caso da teoria psicosexual de Freud (1910, 1987) e a teoria psicossocial de Erickson (1946);

(ii) a perspectiva da aprendizagem que enfatiza o comportamento observável, como as teorias comportamentalistas de Pavlov (1951), Skinner (1986) e Watson (1913); (iii) a perspectiva cognitiva em que se destaca os processos de pensamento como a teoria cognitiva de Piaget (1962) e a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (1958); (iv) a perspectiva etológica que tem como bases o evolucionismo do comportamento, são exemplos as teorias da vinculação de Bowlby (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1957); (v) e a perspectiva contextual que tem como o exemplo a teoria sociocultural de Vygotsky (1965).

Outros profissionais e investigadores na área do desenvolvimento da criança tiveram a sua influência na conceptualização e acompanhamento do desenvolvimento da criança, destaca-se Donald Winnicott e os seus trabalhos sobre a relação mãe-bebé (Winnicott, 1945, 1960), bem como Daniel Stern e a sua teoria da intersubjetividade do afeto (Stern, 2008). Também Brazelton e outros colegas que trabalharam consigo em diferentes estudos (Beeghly et al., 1995; T. B. Brazelton, 1995, 1999; Nugent & Brazelton, 1989), relatam experiências do comportamento da criança com o meio envolvente. Brazelton (1999) explica que há três influências envolvidas no desenvolvimento da criança: (i) a vida emocional, (ii) o ambiente, (iii) e o desenvolvimento neurobiológico, com as diferenças fisiológicas individuais. O mesmo autor, Brazelton, (1999) afirma que as forças que impulsionam o desenvolvimento ocorrem dentro do sistema de *feedback* interno, isto é, a capacidade da criança resistir à frustração, tendo isto um papel central na vida emocional da criança, e dentro de um sistema de *feedback* externo, isto é, a influência do ambiente, nomeadamente a estimulação do prestador de cuidados.

37

### **1.2.1. Condicionantes do desenvolvimento Infantil.**

#### ***1.2.1.1. Família, nível socioeconómico, etnia e cultura.***

Diferenças sociais e culturais nas crenças parentais sobre o desenvolvimento humano têm sido relatadas na literatura (Goodnow, 1988; Holden & Edwards, 1989; Miller, 1986, 1988; Moura et al., 2004). Assim, algumas investigações documentam diferenças entre a classe média e classes mais desfavorecidas relativamente às práticas parentais, como, por exemplo, McLoyd (1990) que refere que as famílias de classe inferior utilizam medidas educacionais de disciplina com características mais físicas, centrada na obediência, enquanto as famílias de classe média apelam mais à razão, encorajando à autoexpressão da criança.

Também Sroufe, Cooper, e DeArt (1996) referem que este estilo parental, de apelar à razão da criança, não favorece as famílias de classe média, simplesmente, referem que as práticas parentais nas famílias de classe mais desfavorecida oferecem inconvenientes ao desenvolvimento das crianças.

Também os resultados obtidos por Benasich e BrooksGunn (1996) apontam para uma correlação positiva entre nível educacional das mães e o rendimento económico familiar no que diz respeito a determinadas crenças maternas acerca do desenvolvimento infantil, nomeadamente a idade mais provável para a aquisição de determinadas habilidades cognitivas ou comportamentais. Neste estudo constata-se evidências que relacionam conhecimentos parentais, comportamentos parentais e desenvolvimento infantil. Estes autores identificaram, relações significativas entre (i) conhecimentos, atitudes e o nível educacional das mães, (ii) conhecimentos, atitudes parentais e comportamentos parentais, (iii) conhecimentos, atitudes parentais e o desenvolvimento infantil.

38 No estudo de Ninio (1979) verifica-se que as mães israelitas oriundas de famílias com nível socioeconómico (NSE) mais baixo estimam que as crianças adquirem determinadas competências cognitivas básicas (e.g., visão, audição, compreensão da linguagem) a uma idade superior à idade estimada por mães oriundas de famílias com NSE mais elevado. De igual modo, nesse mesmo estudo, as mães de NSE baixo consideram que o início de alguns cuidados com a criança (e.g., começar a falar com o bebé, interromper a amamentação, ler o primeiro livro) deve ocorrer numa idade superior à apontada por mães de elevado NSE.

Numa outra investigação, Bornstein, Hahn, Suwalsky e Haynes (2003) analisaram o efeito do NSE sobre os comportamentos de mães e seus bebés de 5 meses, utilizando dois índices de NSE (*Hollingshead Four-Factor Index of Social Status* e *Socioeconomic Index of Occupations*) e componentes desses índices (educação, ocupação e rendimento económico). Este estudo demonstrou, que a componente preditor dos comportamentos das mães e dos bebés, foi o nível de escolaridade das mães. Nesses resultados ressalta a importância da escolaridade das mães como uma variável influente sobre a cognição parental. Num outro estudo os autores Marc H. Bornstein, Hendricks, Haynes, e Painter (2007) observaram que as crianças, de famílias com NSE mais elevado, eram mais ágeis nas interações com as mães. No estudo sobre a influência da condição socioeconómica no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, Paiva, Lima, Lima, e Eickmann (2010) apontam para que as crianças de NSE mais baixo apresentam com mais frequência suspeita de atraso de desenvolvimento.



Num estudo com controlo de algumas variáveis, como a etnia e NSE, (Harwood, Schoelmerich, VenturaCook, Schulze, & Wilson, 1996) os investigadores estudaram simultaneamente a influência da etnia (anglo-saxão ou latino-americano) e do NSE sobre as crenças de mães acerca de metas desejáveis para o comportamento infantil, tanto a etnia como o NSE mostraram ter influência significativa sobre as crenças maternas relativas às metas de socialização das crianças.

Por sua vez, Ribas Jr, Moura, e Bornstein (2003) realizaram uma revisão de literatura sobre o conhecimento parental e identificaram algumas tendências principais: (i) a relação entre o nível socioeconómico e o conhecimento parental, dos diversos indicadores de NSE, o nível educacional dos pais, em especial o da mãe, é o que tem maior valor discriminante em estudos sobre desenvolvimento infantil, (ii) o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil afeta os comportamentos parentais e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. Pais que têm acesso a conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, e suas principais etapas, têm expectativas mais razoáveis sobre o comportamento de seus filhos e, com isso, têm maior probabilidade de comportar-se de forma mais adequada, (iii) o conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil parece ter relação com o desenvolvimento infantil nos primeiros anos. 39

Outros trabalhos sobre o desenvolvimento infantil e relação com os níveis de ansiedade materna, têm vinda a aumentar. O estudo de Davids, Holden, e Gray (1963) é referido que as crianças com os piores desempenhos nos testes de desenvolvimento intelectual e os piores índices de ajustamento emocional, aos 8 meses de vida, estão associados às mães que estiveram altamente ansiosas durante a gravidez. Num outro estudo (Brouwers, van Baar, & Pop, 2001), com controlo de variáveis estranhas, verificou-se que um menor desenvolvimento mental da criança aos 2 anos de idade, se associava a elevados níveis de ansiedade materna durante a fase final da gravidez, este estudo, prospetivo, foi realizado com um grupo de 105 mulheres caucasianas saudáveis e respetivos filhos. O trabalho de Van den Bergh (2010) debruçou-se sobre o temperamento da criança, referindo que as dificuldades temperamentais das crianças às 10 semanas e aos 7 meses de idade estavam relacionadas de forma positiva e significativa, com elevados níveis de ansiedade estado e traço da mãe no final da gravidez.

### **1.2.1.2. Influências, momentos e contexto do desenvolvimento.**

Numa perspectiva desenvolvimental, e segundo Papalia et al. (2001) pode-se distinguir influências normativas e idiossincráticas no desenvolvimento (e.g. puberdade e acidente rodoviário, respetivamente). Johnson e Blum (2012) referem que estas influências têm vindo a ser muito estudadas e começa-se a entender como se processa, precocemente, o efeito e a regulação do ambiente sobre o epigenoma, modulando a expressão de genes, incluindo aqueles que suportam o cérebro e desenvolvimento comportamental. No entanto, DiPietro (2012), alerta para as inferências que se possam retirar relativamente aos efeitos ambientais sobre o desenvolvimento infantil, referindo, por exemplo, que a existência de uma associação entre ansiedade materna e o desenvolvimento da criança, como uma influência materna, deverá ser assegurada a avaliação neurocomportamental da criança, por observação e não pelo do discurso do cuidador, para se conseguir discernir os mecanismos que podem mediar a associação entre o funcionamento psicológico da mãe e do desenvolvimento do sistema nervoso da criança.

40 Nos artigos de Pally (1997, 2002) é referido que os tipos de cuidados maternos podem produzir ao longo da vida diferenças comportamentais e fisiológicas. A autora sugere que, as crianças com tendências inatas genéticas prejudiciais para o sistema cerebral, o ambiente em que se encontram pode ser essencial para a manifestação, ou não, da doença. Estes estudos corroboram, assim, a perspectiva dos *períodos críticos* no desenvolvimento da criança, que segundo Papalia et al. (2001) são períodos específicos em que um dado acontecimento, ou ausência dele, pode ter repercussões no desenvolvimento da criança. Estes períodos críticos também aparecem documentados nos estudos de Lenneber (1969, 1973) a propósito do desenvolvimento da linguagem.

Nos trabalhos de Bronfenbrenner (1978, 1986) e de Bronfenbrenner e Ceci (1994) são explicitadas as influências ambientais, propondo o modelo ecológico para compreender o desenvolvimento humano, através do reforço dos processos proximais (e.g. interações recíprocas entre o indivíduo e as pessoas, objetos e símbolos) e ambientais, sendo assim possível aumentar o grau de concretização do potencial genético para o potencial de desenvolvimento.

### **1.2.2. Características do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.**

Os primeiros anos de vida constituem um período de grande oportunidade de crescimento e de vulnerabilidade (R. A. Thompson, 2001), em que as crianças são participantes ativos do seu próprio desenvolvimento em conjunto com os adultos que cuidam deles. Nos primeiros três anos têm um crescimento acelerado, não só a criança fica fisicamente maior, mas também as proporções do corpo mudam (Behrman, 2008). Estas mudanças nas proporções corporais, juntamente com os assinaláveis avanços no desenvolvimento cerebral que integram as vias neurais que regulam o comportamento, ajudam a explicar as mudanças marcantes na coordenação motora, equilíbrio e destreza.

O recém-nascido fisicamente descoordenado aprende a sentar-se por volta dos seis meses de idade, a levantar e caminhar por volta do primeiro ano, sendo estas progressões ligadas às interações sociais da criança (Clearfield, 2011). Estes avanços físicos são igualmente favorecido pelo crescimento da acuidade sensorial, como a alteração nos olhos, ouvidos e outros órgãos sensoriais. A evolução da organização cerebral faz com que as crianças aprendam rapidamente a fazer a utilização do campo visual e a discriminar sons de maneiras muito mais sofisticadas (Clearfield, 2011).

41

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

Ao nascer, os olhos, ouvidos e outros órgãos sensoriais do recém-nascido estão predispostos e ativos aos novos acontecimentos, que são as novas oportunidades de aprender. A mente está ativa, mesmo quando apresenta um comportamento desorganizado, todo o sistema intelectual permite-lhes envolverem o mundo com a sua mente (Coch, Fischer, & Dawson, 2010). Os recém-nascidos têm uma capacidade natural para discriminar sons da linguagem humana, que são usados em todas as línguas, mesmo aqueles que nunca ouviram falar e que os pais não conseguem discriminar (Shi, Werker, & Morgan, 1999). Assim, os recém-nascidos são, em certo sentido, preparados para aprender qualquer língua.

Estudos sobre a preferência da voz materna, quando esta lê para a criança in útero, foram documentados por Decasper e Spence (1986). A individualidade da criança surge durante os primeiros anos, bem como as qualidades temperamentais que tornam cada recém-nascido um ser único, com o desenrolar da vida emocional, o crescimento da autorregulação, autoconhecimento e compreensão social. Estudos sobre o desenvolvimento da personalidade mostram que as relações da criança com os cuidadores são cruciais para estas realizações (Ross A. Thompson, 2005). Por esta razão, este é um período de grande oportunidade para a saúde ou vulnerabilidade psicossocial, dependendo da qualidade e estabilidade das relações interpessoais.

42 Tem sido consistentemente demonstrado que o desenvolvimento das habilidades sociais e cognitivas das crianças é influenciado pela qualidade das interações que as crianças têm com seus cuidadores (Baumrind, 1967; M. H. Bornstein & Tamis-LeMonda, 1989, 1997; Bradley, Caldwell, & Rock, 1988; Grusec & Goodnow, 1994; Maccoby, 1992; Tamis-LeMonda & Bornstein, 2002; Tamis-LeMonda, Bornstein, & Baumwell, 2001). Nos primeiros anos de vida as interações pais-filhos são particularmente importantes pois este é um período em que associações cognitivas relevantes desenvolvem-se (Bruner, 1975, 1978). As crianças envolvidas em experiências de aprendizagem, como comportamentos interativos dos seus pais com as competências das crianças, tendem a desenvolver de forma mais eficiente as competências infantis (Dilworth-Bart, Poehlmann, Miller, & Hilgendorf, 2011; Eshach, 2011; Wertsch, 1979).

De acordo com Landry, Smith, e Swank (2003) a relação entre os comportamentos parentais precoces para o desenvolvimento das crianças pode ser ainda mais forte em crianças com maior grau de risco biológico, devido à sua necessidade de apoio especializado, do que nas crianças saudáveis. Alguns estudos (S. H. Landry, Smith, MillerLoncar, & Swank, 1997; S. H. Landry, Smith, Swank, Assel, & Vellet, 2001) mostram fortes relações entre os comportamentos interativos dos pais, a procura de apoio externo e o desenvolvimento cognitivo e social da criança.

O ambiente onde a criança se desenvolve pode condicioná-la a fatores de risco sociais e para a saúde, sendo a família o elemento mediador desta influência (Perlman, Cowan, Gewirtz, Haskett, & Stokes, 2012). Os contextos socioculturais interagem com a família, isto é com a capacidade de exercer a parentalidade. O contexto promove condições, ou adversidades, para o desenvolvimento, mas as práticas parentais irão promover o desenvolvimento nesse contexto, fruindo do que o ambiente oferece e protegendo do que poderá ser menos positivo para a criança (Preteur, Lescarret, & de Leonardis, 1998).

## **1.3. Parentalidade**

### **1.3.1. Transição para a parentalidade.**

Na classificação internacional para a prática de enfermagem a parentalidade inscreve-se no foco de atenção de tomar conta e caracteriza-se por:

Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (ICN, 2011, p. 66)

Para alguns autores (Gage et al., 2006) os comportamentos de otimização do crescimento e desenvolvimento da criança, associados à parentalidade, não estão suficientemente estudados e definidos. No entanto, estes comportamentos de otimização do crescimento e desenvolvimento têm sido descritos por outros autores como: (i) desenvolver e clarificar as expectativas relativas à criança (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000; Muscat, Thorpe, & Obst, 2012); (ii) capacidade de 43 ficar calmo perante comportamentos desafiadores (Cooklin, Giallo, & Rose, 2012; Solem, Christophersen, & Martinussen, 2011; R. W. Thompson, Grow, Ruma, Daly, & Burke, 1993); (iii) desmontar consistência nas consequências positivas (reforço) e negativas (punição) (Baumrind, 1966; Raudino, Woodward, Fergusson, & Horwood, 2012); (iv) ser um modelo positivo (Rupp & Rosenthal, 2007; Valentine, Jayne, & Gould, 2012); e (v) elogiar o filho pelo seu comportamento (Howard, 1991; Isaacs, Embry, & Baer, 1982).

A parentalidade, ou a responsabilidade de ser mãe/pai, na sua eficácia, eficiência e efetividade é um fenómeno importante para o sucesso de uma família, sendo que a parentalidade adequada molda as gerações futuras e o modo como a próxima geração se vai comportar, afetando todo o mundo à sua volta. De acordo com Christophersen (1992) antes de reunir vários esforços para disciplinar uma criança por má conduta, é preciso ter um plano de estratégia, para ensiná-la como se deverá comportar.

A adequação da expectativa dos pais é a base e o primeiro passo para a parentalidade, o que é considerado como certo e errado, com sensatez, deve ser explícito para os pais.

As expectativas, em diferentes domínios (e.g. comportamentos social, formação, religião, higiene) e atividades, deverão estar claras para os pais, desta forma serão mais específicos e concretos no ensino dos filhos (Burke & Herron, 1992).

As expectativas não são todas da mesma exigência, pois os pais devem ter em consideração a idade da criança, as capacidades, o estado de desenvolvimento e os recursos que estão disponíveis para a família (Burke & Herron, 1992). De acordo com os autores Burke e Herron (1992), no livro *Common Sense Parenting*, para uma autoanálise das expectativas, isto é, o modo de perceber se as expectativas são plausíveis, deverão ser levantadas três perguntas: (i) o pai/mãe ensinou a expectativa ao seu filho? (ii) o filho compreende claramente as expectativas? e (iii) o modelo de criança idealizado conseguirá realizar-se?

Expressar e garantir que a criança percebe e consegue atingir determinada expectativa parental é determinante para ajudar a melhorar o comportamento da criança. As expectativas não são mais bem compreendidas depois de punir uma criança pelo seu comportamento, tem de haver um trabalho prévio dos pais com a criança, baseado na disciplina indutiva (Patrick & Gibbs, 2012).

## 44

Manter a calma é uma parte importante antes de qualquer reforço ou punição relativa ao comportamento da criança (Long, McCarney, Smyth, Magorrian, & Dillon, 2001). O pensamento positivo relativamente à criança deve ser constante, não se devendo assumir a criança pelo que diz ou faz, mantendo o foco sobre os comportamentos, isto é, a criança pode ter um comportamento agressivo, não precisando de ser caracterizada como agressiva (van Aken, Junger, Verhoeven, van Aken, & Dekovic, 2007).

O reforço deverá ser utilizado para aumentar ou estimular comportamentos desejáveis, e as consequências negativas são para evitar ou diminuir um determinado comportamento, que é problemático. Estas práticas parentais ajudam as crianças a desenvolverem-se, no entanto no estudo de Cappa e Khan (2011) são fornecidos dados importantes para o desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam práticas parentais positivas. Howard (1991), num artigo sobre disciplina na infância, afirma que a escuta ativa sem julgamento demonstra a aceitação dos sentimentos das crianças, conversar com as crianças sem rótulos ou generalizações, mas com *feedback* específico sobre suas ações e com tom emocional congruente é uma atitude de respeito e promove a autoestima.

Elogiar a criança é idêntico a alimentá-la, pois ajuda-a a crescer emocionalmente assim como fisicamente. No trabalho de Eames e colaboradores (2010) os resultados sugerem que a capacitação dos pais, para comportamentos promotores da transição para a parentalidade, influencia os mecanismos de mudança na parentalidade, sendo o elogio à criança o comportamento mais ocorrente. O objetivo do elogio é construir a autoestima, dando um sentimento de satisfação pessoal e de se sentir seguro consigo próprio, estabelecendo um sentimento de confiança quando se sabe que alguém prestou atenção e assim incentivando com uma resposta positiva, os seus esforços (Letarte, Normandeau, & Allard, 2010).

Todos estes comportamentos caracterizadores de ser pai/mãe tornam esta transição, relativa a tornar-se pai ou mãe, duradoura e incisiva, pois implicará com a saúde dos próprios bem como dos seus filhos (Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993). Os três primeiros anos de vida, em especial o primeiro, são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento futuro da criança, o papel parental, que também se desenvolve, irá marcar padrões, através dos cuidados à criança, que influenciarão a interação entre a criança e os pais, bem como com as restantes pessoas (Appelbaum et al., 1999).

A consistência na educação da criança por parte dos pais é estruturante para o seu desenvolvimento 45 pessoal. Havendo inconsistência entre os pais, pode levar a certa estagnação da aprendizagem dos comportamentos e níveis mais elevados de consistência estão associados a melhor adaptação a situações adversas na criança (Wolchik, Wilcox, Tein, & Sandler, 2000).

Para além da educação explícita, as crianças replicam o modelo de comportamento observado nos pais, os quais constituem um exemplo, negativo ou positivo, do qual as crianças se podem modelar (Valentine et al., 2012).

Mercer e Ferketich (1995), num estudo exploratório com 136 mães experientes (múltiparas) e 166 mães inexperientes (primíparas), estudaram as perceções de competências parentais, tendo verificado que os dois grupos não diferiram na sua perceção de competência para o papel parental durante os primeiros 8 meses. Os autores descrevem que as mães inexperientes apresentam maior competência aos 4 e 8 meses comparativamente ao período pós-parto e no primeiro mês, indicando um processo de desenvolvimento na realização da função materna. Indicam a autoestima como o principal preditor consistente da competência materna para ambos os grupos.

A transição para a parentalidade caracteriza-se por um envolvimento ativo e é um compromisso intenso, que começa antes ou durante a gravidez e se prolonga para além do parto. Implica a passagem de uma realidade conhecida para uma desconhecida, o que requer a reorganização de responsabilidades e comportamentos, para atingir uma nova conceção de si (Barba & Selder, 1995). O desenvolvimento psicossocial da mulher amplifica-se ao estabelecer a identidade materna de se tornar mãe, levando a um aumento do funcionamento adaptativo (Blum, 1984; Rubin, 1975).

A transição para a parentalidade, no caso da mãe, tem sido descrita por diferentes autores (Forsyth & MacDonald, 1993; Lederman & Lederman, 1987; Mercer, 2004; Pestalozzibridel, 1995) como um processo que engloba aspetos relativos ao desempenho de cuidados, ao funcionamento familiar ou à recuperação do estilo de vida, à satisfação pessoal e emocional, em que estão envolvidas as representações da mulher relativas à gravidez e à maternidade, fatores relacionados com a própria mulher, com o bebé e com as condições sociais. As estratégias utilizadas incluem a procura de modelos para uma nova realidade e o testar das competências no novo papel, reconhecendo a necessidade de procura de informação para a construção de uma nova autodefinição, (Carolan, 2007; Deutsch, Brooksgunn, Fleming, Ruble, & Stangor, 1988; Reich, Harber, & Siegel, 2008).

## 46

A procura de conhecimento para o desempenho deste novo papel, comete o enfermeiro para compreender as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição da parentalidade levando ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que sejam intencionalmente dirigidas às experiências da mãe e suas famílias, promovendo respostas saudáveis para a transição. Meleis, Sawyer, Im, Messias, e Schumacher (2000) referem que aumentar o conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam, e aqueles que beneficiam dele. A transição para a parentalidade, bem como outras transições, é caracterizada pela sua própria individualidade, complexidade e de várias dimensões.

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



### **1.3.2. Formação parental.**

Os enfermeiros, e em especial os especialistas de saúde infantil e pediátrica, estão numa posição chave para promover comportamentos saudáveis em famílias com crianças. Como atrás se analisou (ver item 1.1.4), o modelo de promoção de saúde de Pender e colaboradores (2011) procura explicar como as pessoas se envolvem em comportamentos saudáveis, o qual pode ser associado à prática da educação parental. Assim, o enfermeiro desencadeia intervenções de promoção da saúde, tais como avaliação, educação, apoio, defesa e promoção da parentalidade.

A família é responsável por desenvolver competências de autocuidado, proporcionando recursos sociais e físicos, promover a autonomia e a individualidade de seus membros; portanto, é a unidade lógica de intervenção de promoção de saúde (Pender, Barkauskas, Hayman, Rice, & Anderson, 1992). Através da educação parental, os enfermeiros estão num papel crucial para facilitar às famílias a transição desenvolvimental para a parentalidade (Capik, 1998). Na verdade, o enfermeiro tem a função única e desafiadora de promover educação de qualidade baseada não apenas necessidades individuais, mas principalmente atendendo ao contexto em que a pessoa está inserida. As características biológicas e sociodemográficas (ver item 1.2.1.1) são fundamentais para o planeamento das intervenções 47 promotoras da parentalidade. O nível educacional, por exemplo, tem sido relatado para ser responsável pelas maiores diferenças de estilos de vida saudáveis (Frauman & Nettles-Carlson, 1991; Lusk, Ronis, & Kerr, 1995; Woods, Lentz, & Mitchell, 1993). Estas pesquisas sugerem que as pessoas com níveis educativos mais baixos podem ter necessidades de maior contribuição na promoção da consciência práticas em saúde, enquanto, por outro lado, a etnicidade não parece ser significativa para quaisquer efeitos na educação para a saúde (Lusk et al., 1995). Outros estudos relatam ainda que as mulheres têm mais práticas e comportamentos promotores de saúde do que os homens (Pender, Walker, Sechrist, & Frank-Stromborg, 1990).

Todas as famílias em transição para a parentalidade têm uma estrutura própria de referência que deve ser avaliada, reconhecida e entendida. A avaliação dos padrões da família de comportamentos de saúde, estilo de vida, crenças, valores e percepções, bem como barreiras de comportamento de saúde, é de fundamental importância para o planeamento da educação parental (ver item 1.2.1.2). Os enfermeiros devem conceber conteúdos de promoção da parentalidade, para a mudança, ou manutenção, de comportamentos baseados na consciência da família e nas práticas atuais de comportamentos de saúde. O papel do enfermeiro, na transição para a parentalidade, caracteriza-se por assistir as famílias, através do processo de clarificação de valores, permitindo a expressão aberta

dos sentimentos e preocupações. O desenvolvimento de aptidões, através da aquisição de conhecimentos e a clarificação de valores, pode ajudar as famílias, a formar uma filosofia pessoal de cuidados de saúde, mais especificamente sobre a parentalidade. Assim, as famílias podem aprender a fazer escolhas informadas e esquivar-se a procedimentos clínicos por falta de conhecimentos.

Neste sentido, o enfermeiro pode promover a saúde dos recém-nascidos e crianças através da promoção da parentalidade relativa aos cuidados do bebé, tal como reconhecer o temperamento da criança, alimentação, vinculação, amamentação, sono, choro, comunicação e outras capacidades desenvolvimentais da criança (T. B. Brazelton, 1999; T. Berry Brazelton, 2006).

48 No planeamento, implementação e avaliação do conteúdo da promoção da saúde e parentalidade, deverão ser considerados os fatores cognitivo-perceptivos, contando ainda com o facto das famílias motivadas para comportamentos promotores de saúde acreditarem nas suas capacidade de mudança e controlo da saúde. Na verdade, alguns trabalhos relatam um aumento nos comportamentos promotores de saúde nas pessoas que encaram a saúde como um controlo interno ou influenciada por outros profissionais, e não por mero acaso ou sorte (Frauman & Nettles-Carlson, 1991; Pender et al., 1990). Assim, a crença da família sobre a sua capacidade adquirida para realizar com sucesso um comportamento particular pode contribuir para a sua crença no sucesso da transição para a parentalidade.

O conceito pessoal de saúde pode influenciar o envolvimento em comportamentos promotores de saúde ou alterar comportamentos existentes (Laffrey, 1986; McAllister & Farquhar, 1992). A família pode acreditar que a saúde é determinada pela ausência de doença, a capacidade de se adaptar a situações de vida, a capacidade de desempenhar papéis esperados, ou a sensação de bem-estar pleno (Laffrey, 1986). Tem sido descrito que quem tem o conceito de saúde em termos de bem-estar e não como mera ausência de doença, demonstra mais comportamentos promotores de saúde (Frauman & Nettles-Carlson, 1991; Pender et al., 1990).

Também segundo Weitzel (1989) a percepção do *status* de saúde da família pode determinar a probabilidade de desencadear comportamentos promotores de saúde, dado que aqueles que acreditam que estão em melhores condições de saúde são também mais suscetíveis de manter e executar comportamentos promotores de saúde.

As famílias, em transição da parentalidade, podem desempenhar comportamentos promotores de saúde caso acreditem que há benefícios para tais comportamentos. Assim, o enfermeiro deve avaliar continuamente as famílias sobre a crença nos benefícios da informação que é apresentada e as competências a adquirir (Capik, 1998) é necessário o *feedback*, a fim de promover comportamentos de saúde.

Mejia, Calam, e Sanders (2012) apresentam uma revisão sistemática da literatura sobre programas de formação para pais, demonstrando que são estratégias eficazes de prevenção, cujos resultados sugerem que a maioria dos programas até à data tem sido destinada principalmente para evitar complicações físicas e neuro-cognitivas. Todos estes programas de formação parental são intervenções destinadas a melhorar ou modificar o desempenho do papel parental, através da formação, apoio ou educação, e o seu principal objetivo é influenciar o bem-estar dos filhos desses pais.

Belsky e de Haan (2011) referem que o estudo do impacto dos programas de formação parental tem sido documentado em vários estudos bastantes eficazes, no entanto na maioria incidem sobre amostras muito específicas como crianças maltratadas, prematuros, famílias de um único nível socioeconómico, entre outros, afirmando que as inferências causais são difíceis de extrair devido à 49 natureza das observações, sugerindo que os efeitos da parentalidade no desenvolvimento da criança devem também incidir sobre amostras na faixa normal, isto é, de características associadas aos pais e às crianças de famílias regulares, sem variáveis condicionadoras.

No trabalho de (Scott, 2012) é referido que os programas para pais são eficazes para aumentar a segurança das crianças, e reduzir os problemas de conduta/comportamento antissocial na infância, é demonstrado que ansiedade pré-natal, através dos índices biológicos de stresse, como a proteína C-reativa, é um importante determinante de resultados posteriores para as crianças. Sugerindo assim que estes programas quando iniciados ainda durante a gravidez ampliam o seu alcance.

Tendo em consideração o exposto neste capítulo, o objetivo do presente estudo é analisar o efeito do programa de educação para a saúde a mães (PEPDI - *Programa de Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil*), sobre o desenvolvimento infantil, nos seus filhos bem como em características maternas. Para esta análise optou-se por um plano de investigação onde se inclui um grupo de controlo para analisar as diferenças entre o grupo de controlo e o grupo de mães que recebeu o programa de formação, tal como se mostra a Figura 1.3.1.

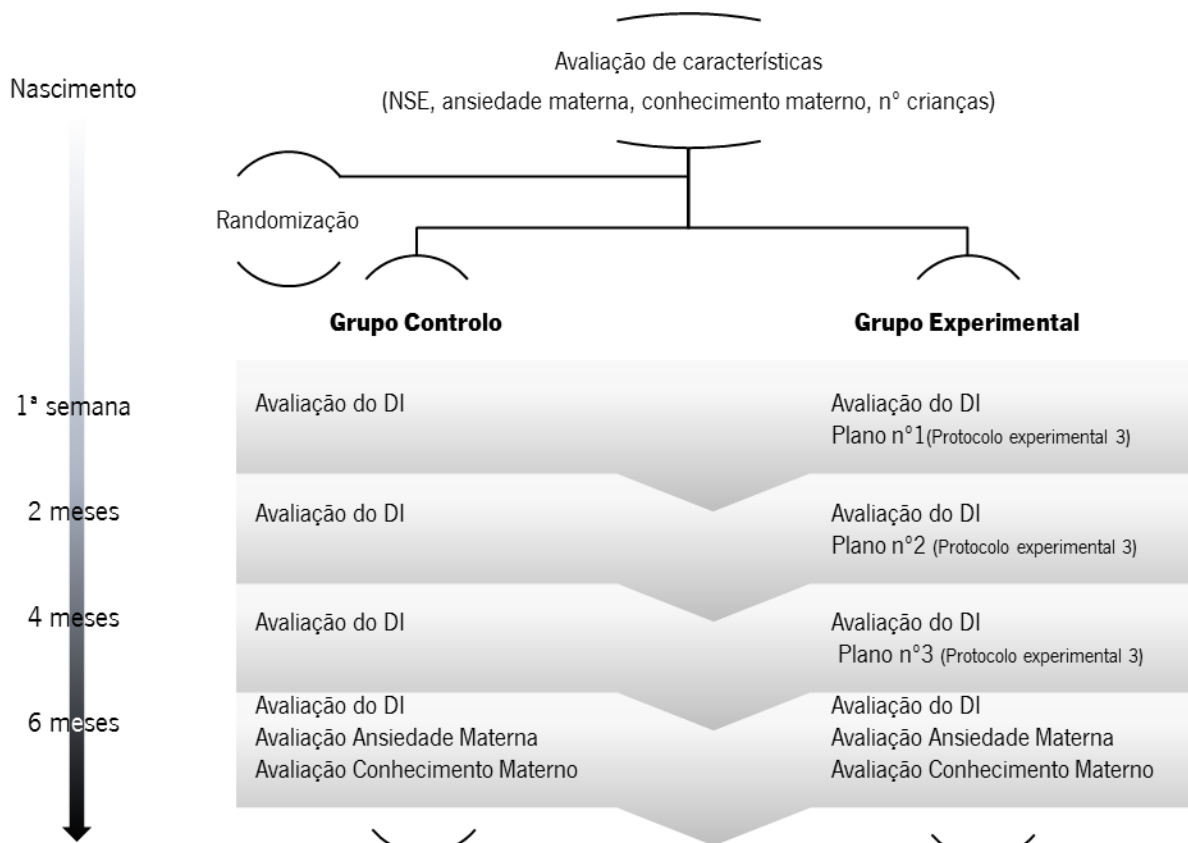


Figura 1.3.1 Plano de Investigação.

50

Ao analisar o efeito do Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI) através da aplicação de escalas de avaliação desenvolvimental pretendemos debruçar-nos sobre as seguintes questões:

- Qual o tempo para a aquisição/demonstração das competências infantis?
- Qual a evolução de conhecimentos maternos sobre o desenvolvimento infantil?
- Qual o nível de ansiedade das mães no final do programa experimental entre e intra grupo?
- Qual a relação entre o nível socioeconómico e o desenvolvimento infantil?

## **2. Metodologia**

51



Após a abordagem teórica, considerada mais harmonizada para a compreensão da temática em estudo, e tendo subjacente os objetivos do estudo, o presente capítulo propõe-se explicar o desenho de investigação, a metodologia a adotar, a população e o processo de amostragem, incluindo os métodos e técnicas selecionadas. Neste capítulo descrevem-se as características gerais dos participantes, os instrumentos de colheita de dados utilizados e as respetivas características psicométricas, bem como os procedimentos éticos e, por fim, o tratamento estatístico.

### **2.1. Desenho da Investigação**

Sendo o objetivo deste estudo a investigação sobre o desenvolvimento infantil, associada ao conhecimento materno, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno em interdependência com o contexto da vida das crianças, assim como proporcionar uma base empírica para intervenções com resultados terapêuticos, de modo a promover a qualidade em saúde infantil de forma global e holística, tal como referida na Convenção dos Direitos da Criança (UN, 1989). Tendo em consideração o exposto, orientamos esta investigação para os seguintes objetivos:

- Contribuir para a melhoria do domínio das relações entre o conhecimento materno e o desenvolvimento infantil.
- Estudar a relação entre os níveis de ansiedade da mãe e o conhecimento adquirido.
- Estudar a relação entre os níveis socioeconómicos das famílias e o desenvolvimento infantil.
- Propor estratégias de intervenção na área da promoção em saúde.

Pretendemos assim, contribuir para o impulso de uma nova atitude face às competências parentais no âmbito do desenvolvimento infantil, realçando o potencial humano que a criança detém e promover o acesso à formação/educação como condições essenciais á manutenção da responsabilidade parental.

Estas convicções deram origem às seguintes hipóteses, também representadas na Figura 2.1.1:

H1: O desenvolvimento infantil é determinado pelo conhecimento materno;

H2: O desenvolvimento infantil é determinado pelas condições socioeconómicas da família;

H3: O nível de ansiedade materno é influenciado pelo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;

H4: O programa de educação para a saúde materno reduz a ansiedade materna relativo à maternidade;

H5: O programa de educação para a saúde materno influencia o desempenho da criança

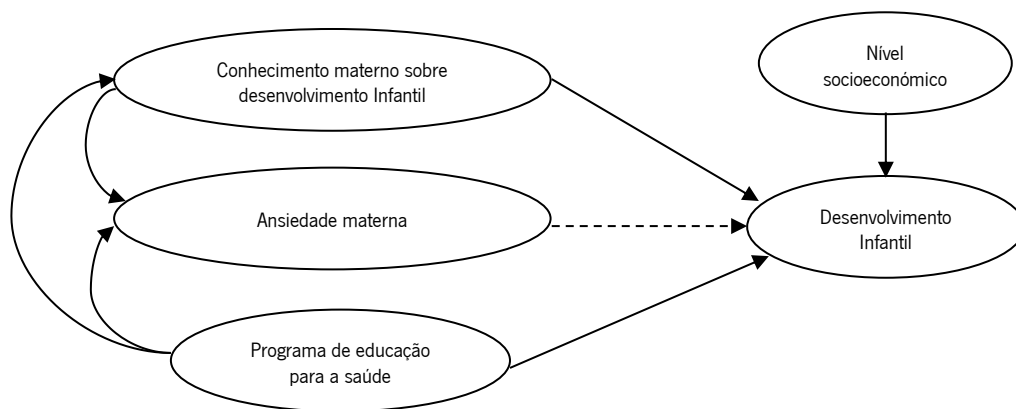


Figura 2.1.1 Modelo teórico das hipóteses do estudo.

Para responder aos objetivos deste estudo, elegeu-se como método de investigação o estudo experimental, que tem como característica essencial, o investigador controlar e manipular as condições que determinam os acontecimentos a serem estudados, tal como referido por Carmo e Ferreira (1998). Este estudo pretendeu manipular tais condições, as variáveis (independentes) potencialmente condicionadoras do desenvolvimento infantil.

Optou-se assim por formar dois grupos (GE-grupo experimental e GC-grupo de controlo) constituídos por sujeitos equivalentes, distribuídos de forma aleatória (R-randomização), em que no grupo experimental (GE) é administrado um protocolo experimental (X). Pretendeu-se estudar as diferenças entre as observações finais (O2 e O4) e as iniciais (O1 e O3), dos dois grupos do estudo GE (O1 e O2) e GC (O3 e O4), relativamente às variáveis (i) desenvolvimento infantil, (ii) nível de ansiedade materno, (iii) nível de conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil, tendo em conta o estudo sobre o modo como o nível socioeconómico interfere no desenvolvimento infantil em cada um dos grupos.



O desenho de investigação designa-se como '*pre-teste-posttest control group*', conforme descrito por Campbell & Stanley (1963) e que pode formular-se da seguinte forma:

$$\begin{array}{l} \text{GE (R)} \ O_1 \ X \ O_2 \\ \text{GC (R)} \ O_3 \ \ O_4 \end{array}$$

Como refere Almeida e Freire (2008) o valor científico dos resultados deve ser independente dos sujeitos que foram avaliados. Decorre daqui que os resultados devem estar o mais possível associados às condições experimentais, da investigação e sua manipulação. Refletindo, também, nos objetivos deste estudo foi necessário garantir a comparabilidade dos dois grupos do estudo, controlando as variáveis que influenciassem o desempenho da criança, validando assim a opção deste desenho de investigação de ensaio clínico randomizado - RCT (Randomized Control Trial) (Porter & O'Halloran, 2012; D. A. Richards & J. P. H. Hamers, 2009a, 2009b; Rolfe, 2009).

O desafio de desenvolver uma base de evidência para atividades e intervenções complexas, como a educação para a saúde no foco das competências da enfermagem, atendendo às emergentes necessidades em saúde, e sendo a enfermagem, como referem Richards & Hamers (2009), por excelência, um complexo de intervenções, inspiraram o investigador para um *design* de investigação de 55 ensaio clínico randomizado controlado.

De acordo com Richards & Hamers (2009a) os RCT's estão na essência da evidência nas ciências da saúde, não sendo no entanto o único método para atingir a evidência científica. Nalgumas áreas disciplinares uma objeção aos RCT's é que o foco de ação dessas áreas é uma atividade muito complexa para ser submetida a um paradigma experimental cuidadosamente controlado. Estes autores sugerem que este argumento é falso e afirmam que as pesquisas de intervenções complexas, como em enfermagem, por métodos experimentais, nomeadamente os RCTs, podem trazer muita clareza necessária para a busca do conhecimento disciplinar. Nesta era da prática baseada na evidência estudos RCT's, como o proposto podem fornecer evidência dos resultados da enfermagem, relativamente às intervenções de educação para a saúde.

A randomização, como observam Treweek e Zwarenstein (2009), por si só, não promove a validade externa, isto é, a aplicabilidade dos resultados de um estudo no contexto real, ou seja para além das condições (experimentais) em que foi feito o julgamento dos resultados.

O desenho de investigação do presente estudo caracteriza-se por uma atitude pragmática, tal como descrita por Schwartz e Lelluch (2009), citados por Thorpe et al., (2009), no seu '*pragmatic trials*', o qual pretende mostrar que uma intervenção é eficiente no contexto real, longe das condições ideais, em que os projetos de investigação devem contribuir para decisões sobre o efeito de diferentes intervenções, sejam elas tratamentos, terapias ou mesmo políticas. Necessidade identificada, em algumas áreas como a saúde, nomeadamente para as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pretendem-se fundamentadas na evidência, tal como referido por Oxman, Lavis, & Fretheim (2007).

56

Nesta linha de pensamento, foi desenvolvido o instrumento PRECIS (Pragmatic-Explanatory Continuum Indicator Summary), por um grupo internacional de *Trialists*, com incentivo do projeto *Pragmatic Randomized Controlled Trials in HealthCare (Practihc, n.d.)* uma iniciativa financiada pelo Canadá e pela União Europeia para promover ensaios pragmáticos. O instrumento PRECIS é um indicador do *continuum* pragmático-explicativo dos RCT's. Este indicador organiza-se por domínios-chave que distinguem estudos com uma orientação pragmática de estudos mais explicativos. Analisando estes domínios os RCT's explicativos procuram responder à pergunta "Pode esta intervenção funcionar em condições ideais?" e os RCT's Pragmáticos procuram responder à pergunta "Será que esta intervenção funciona nas condições reais?". Na Tabela 2.1.1 estão representados esses domínios bem como a relação à presente investigação.

Tabela 2.1.1 Descrição das características do estudo pelos domínios do PRECIS.

<i>Domínios do PRECIS</i>	<i>Características pragmáticas do presente estudo</i>
Crítérios de elegibilidade para os participantes.	Os critérios de seleção da amostra foram determinados à partida, os participantes elegíveis apenas eram excluídos caso apresentassem fatores de condicionariam o objetivo do estudo (e.g. doença mental materna)
Flexibilidade com que a intervenção experimental é aplicada	A intervenção experimental é flexível, foi idealizada atendendo ao modelo de promoção da saúde (MPS <sup>1</sup> ) de Nola Pender (2011) , que por si só já prevê uma adaptação a todo indivíduo, não sendo desejável uma uniformização de todas as sessões para o mesmo estágio de desenvolvimento da criança.
Grau de especialização profissional para aplicação e acompanhamento da intervenção experimental	A intervenção poderá ser aplicada enfermeiros não sendo relevante uma expressiva experiência clínica.
Flexibilidade com que a intervenção de comparação é aplicada.	A intervenção de comparação (grupo de controlo) é a prática usual, isto é, vigilância e acompanhamento preconizado pelo programa de saúde infantil e juvenil da DGS.
Grau de especialização profissional na aplicação e acompanhamento da intervenção de comparação	A intervenção de comparação é realizada por todos os profissionais que seguem as crianças não havendo qualquer exigência quanto à experiência ou desempenho destes.
Intensidade do follow-up para os participantes do estudo	As visitas de acompanhamento ocorrem de forma individual com uma frequência igual às condições normais de vigilância de saúde infantil.
Natureza da avaliação dos primeiros resultados.	Clinica e objetivamente observáveis e com significado para as mães deste estudo.
Intensidade da avaliação do cumprimento dos participantes com a intervenção prescrita, e se as estratégias para melhorar o cumprimento são usadas.	Não existe um controlo formal, ou mesmo rígido para a adesão e cumprimento do que é ensinado às mães, durante as sessões subsequentes com discretas abordagens era percebido a adesão ou não.
Intensidade para medir a adesão dos profissionais ao protocolo de estudo, e se as estratégias para melhorar a aderência são utilizadas	Neste estudo, apenas um investigador implementa os protocolos da investigação
A especificação e o alcance da análise do resultado primário.	Todos os participantes foram incluídos na análise, mesmo aqueles que demonstraram menos adesão.

De acordo com alguns autores (Thorpe et al., 2009; Treweek & Zwarenstein, 2009; Zwarenstein et al., 2008) esta ferramenta deve ser utilizada para caracterizar o desenho do estudo, abordando estes 10 domínios, com especial relevo na divulgação dos resultados, em que estas características devem ser relatadas, para que os leitores compreendam de que forma a intervenção foi levada a cabo e como poderá ser implementada noutros contextos.

<sup>1</sup>Modelo que parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todos os indivíduos pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada um define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito na sua forma lata. A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e individual de acordo com os seus esquemas cognitivos e preceptivos individuais e de acordo com os fatores a que é exposta. É um modelo individual, que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: fatores cognitivo-preceptivos que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a autoeficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a ação; fatores modificadores como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, fatores situacionais e fatores comportamentais.

## 2.2. Amostra

A população deste estudo é a totalidade das díades mãe/criança nascida em maternidades da região do Minho. Sendo a população grande, torna-se difícil a identificação dos seus elementos, i.e. recensear todos os sujeitos antes das crianças nascerem. No entanto, dado que a população se encontra distribuída homogeneamente por agrupamentos (ou *clusters*) de maternidades da Região Minho, pode ser usada a técnica de amostragem por *clusters*, no qual cada cluster é uma unidade de amostragem, todas elas com a mesma probabilidade de serem seleccionadas aleatoriamente (Sousa, 2005). Ou seja, os sujeitos que integram a unidade seleccionada, compõem uma amostra probabilística, em que cada díade pertence apenas a esse *cluster*, isto é, uma maternidade de um dos quatro Hospitais da região do Minho.

Uma desvantagem apontada nesta técnica de amostragem relaciona-se com o facto de os grupos não terem a mesma dimensão, e esta não pode ser controlada (Sousa, 2005). Para observar a equivalência numérica em cada *cluster* (maternidade), procedeu-se a uma leitura da casuística referente ao número de partos do ano anterior a este estudo (2009) como se reproduz na Tabela 2.2.1.

58

Tabela 2.2.1 Número de partos e taxa de ocupação por unidade hospitalar da Região do Minho em 2009.

Hospital	Número de Partos		Taxa de ocupação
	Total	Eutócicos	
São Marcos/Braga	2964	1549	80,4%
Alto Minho	2016	1155	89,3%
Alto Ave, EPE	2519	1307	78,6%
Médio Ave, EPE	1576	810	74,1%
<b>Total</b>	9075	<b>4821</b>	

Fonte: Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Estatísticas de Saúde.(2009)

Através de sorteio, a unidade de amostragem que engloba os sujeitos deste estudo, foi a unidade hospitalar do concelho de Braga (denominado até então de Hospital de São Marcos). Após esta selecção aleatória, todos os sujeitos, entenda-se díades mãe/criança, que respeitassem os critérios de inclusão do estudo foram elegíveis para a amostra.

### 2.2.1. Obtenção da amostra e subamostras (grupos de controlo e experimental).

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram: (i) Gravidez vigiada, parto eutócico sem complicações; (ii) Recém-nascido de termo e Índice de Apgar<sup>2</sup> 7 a 10. Os critérios de exclusão foram: (i) Doença materna do foro mental; (ii) Antecedentes familiares de atraso global de desenvolvimento; operacionalizados conforme descrito no Protocolo 1 (ANEXO A).

Um total de 427 sujeitos (díades) elegíveis fora abordado para o estudo dos quais 13 díades, devido a (i) recusa em participar, a razão mais comum para não participar foi a falta de interesse,  $n = 9$ ; (ii) comprovação de antecedentes familiares de doença mental,  $n = 1$ ; e (iii) outras razões,  $n = 3$ ; não participaram. No global, 414 (96,9%) concordou em fazer parte do estudo (Figura 2.2.1). Um total de 206 indivíduos foram randomizados para o grupo experimental e 208 indivíduos foram randomizados para o grupo de controlo. Três (3) díades desistiram de participar no estudo, antes da segunda avaliação, pertencentes ao grupo de controlo. A amostra final randomizada pelo grupo controle e experimental foi 205 e 206 respetivamente.

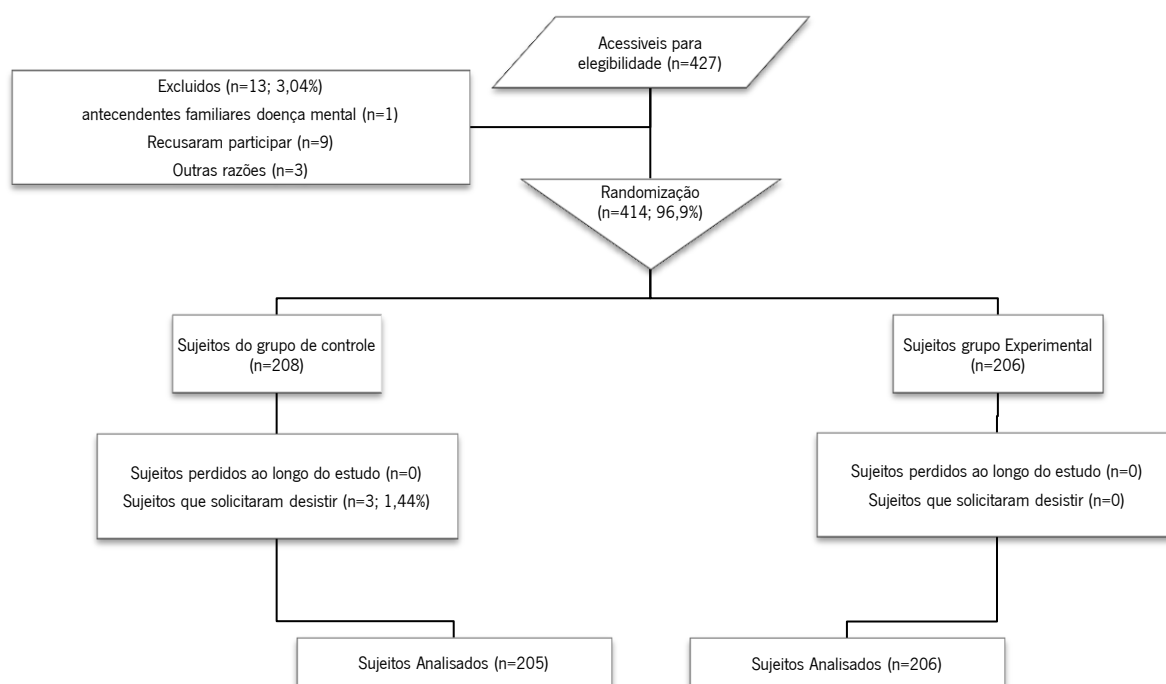


Figura 2.2.1 Diagrama de processo sobre as fases de avaliação dos sujeitos para randomização nos grupos.

<sup>2</sup> APGAR é um teste realizado no minuto 1º, 5º e 10º, após o nascimento. A pontuação do 1º minuto determina o quão bem o recém-nascido tolerou o processo do parto. A pontuação do 5º minuto avalia o quão bem o recém-nascido está a adaptar-se ao novo ambiente. O score é baseado numa pontuação total de 0 a 10, sendo o score 10 sugestivo de recém-nascido bem adaptado. É avaliado o (i) esforço respiratório, (ii) a frequência cardíaca, (iii) o tônus muscular, (iv) os reflexos e (v) a cor da pele. Cada categoria é avaliada com 0, 1 ou 2, dependendo da condição observada (Apgar, 1953, 2007).

De acordo com vários autores (D. A. Richards & J. P. H. Hamers, 2009a; Schulz, Altman, & Moher, 2010; Smith et al., 2008; Thorpe et al., 2009; Zwarenstein & Treweek, 2009; Zwarenstein et al., 2008) quando se trata de um estudo experimental, tipo RCT devem-se ter em linha de conta as orientações do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (2010). Estas orientações apontam para que os grupos em comparação dos RCT's, sejam similares, sendo necessário considerar certas características relevantes dos sujeitos.

Para o presente estudo e atendendo á revisão da literatura determinadas características como o nível socioeconómico (NSE), nível de conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, ansiedade materna e número de crianças com quem vive, podem ser variáveis determinantes para o desenvolvimento das crianças. Como refere Pocock (1983) “seria displicente, por um lado, se num estudo a proporção de sujeitos com uma característica marcante fosse muito desigual nos diferentes grupos de tratamento; por outro, ficar-se-ia na incerteza acerca da forma como a randomização teria ocorrido” (p.80).

60

Isto poderia afetar a credibilidade das comparações entre os tratamentos, colocando em causa a qualidade e generalização dos resultados. Do mesmo modo, Almeida e Freire (2008) referem que na constituição dos grupos em comparação (Grupo Experimental e Grupo de Controlo) devem ser usados processos de amostragem diretamente dirigidos para a equivalência dos grupos.

Neste sentido, todos os sujeitos elegíveis e incluídos na amostra para serem randomizados pelos dois grupos (GE e GC) atendem às características apresentadas: (i) Nível de ansiedade materna; (ii) nível de conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil; (iii) número de crianças com que iria conviver, nenhuma ou pelo menos uma (1) mais velha; (iv) nível socioeconómico.

Para cada uma dessas variáveis, isto é características determinantes, adotou-se categorias que pudessem diferenciar os sujeitos, nomeadamente: (i) o nível socioeconómico determinado pela escala de Graffar (1956), adaptada por Amaro (2010), que demarca cinco níveis possíveis desde o superior denominado “classe I” ao inferior denominado “classe V”; para as restantes características existem dois níveis possíveis para cada uma, nomeadamente (ii) não existirem crianças ou pelo menos uma mais velha, sendo esta(s) ao longo do estudo designada genericamente como “irmão”; (iii) score obtido na avaliação inicial relativo à ansiedade traço (STAI-Y) superior ou inferior/igual a 40; (iv) score da avaliação inicial sobre o conhecimento materno relativo ao desenvolvimento infantil (KIDI) superior/igual ou inferior a 44.

Conjugando todas combinações possíveis destas variáveis, cinco para NSE, duas para número de crianças, duas para STAI-Y e duas para KIDI, foram constituídos 40 blocos (5x2x2x2) conforme Tabela 2.2.2.

Cada bloco representa um conjunto de sujeitos que partilham, todos, iguais níveis das variáveis, e.g. o primeiro estrato da Tabela 2.2.2 (canto superior esquerdo) estão agrupados os indivíduos de NSE I, não possuem crianças em casa (com exceção da criança envolvida no estudo), apresentaram um score inicial de ansiedade-traço (STAI-Y) menor ou igual a 40 e para o conhecimento materno (KIDI) um score menor que 44. Ou seja, estão todos equiparados para as variáveis a estudar.

Os sujeitos foram distribuídos, dentro do seu estrato, pelo grupo controlo ou experimental, de acordo com uma lista de distribuição randomizada (ANEXO B). A distribuição pelos grupos E e C, da tabela de números aleatórios foi gerada pelo serviço *random.org* que se caracteriza por ser um serviço de verdadeiros números aleatórios, que gera aleatoriedade via *atmospheric noise*.

Tabela 2.2.2 Distribuição dos sujeitos dos estratos pelos grupos controlo e experimental.

<i>KIDI inicial</i>		<i>Score &lt;44</i>				<i>Score ≥44</i>			
<i>STAI-Y inicial</i>		<i>Score ≤40</i>		<i>Score &gt;40</i>		<i>Score ≤40</i>		<i>Score &gt;40</i>	
<i>Nº crianças que coabitam</i>		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<b><i>NSE</i></b>	<b><i>I</i></b>	ECC...	ECE...	ECC...	CEE...	CEE...	ECC...	CEE...	CEE..
	<b><i>II</i></b>	ECC...	CEE...	CEE...	CEC...	ECE...	ECE...	ECE...	CEE...
	<b><i>III</i></b>	ECC...	ECC...	ECE...	CEC...	ECC...	ECC...	CEE...	CEC...
	<b><i>IV</i></b>	ECE...	ECC...	ECE...	CEC...	CEE...	ECC...	ECC...	ECC...
	<b><i>V</i></b>	CEE...	ECE...	ECC...	CEC...	ECE...	ECE...	ECC...	ECE...

### **2.2.2. Caracterização da amostra e subamostras.**

O número total de sujeitos analisados foi 411, sujeitos esses randomizados pelos grupos de controlo (C) e experimental (E), com  $n = 205$  e  $n = 206$ , respetivamente, atendendo ao estrato a que pertenciam (Tabela 2.2.2).

#### ***i) Características basilares***

Uma vez distribuídos os participantes pelos dois grupos, procedeu-se à análise das seguintes características basilares: (i) nível socioeconómico (NSE); (ii) tipologia área residencial (classificação TIPAU); (iii) número de irmãos, ou crianças que coabitam com o bebé; (iv) índice de Apgar ao 1º, ao 5º e ao 10º minuto; (v) sexo da criança.

A maioria das díades estudadas pertencia ao nível III (nível de classe média) do NSE (34,8%) seguindo-se os níveis II (classe média alta: 23,8%), IV (classe média baixa: 16,1%) I (classe alta: 15,1%) e V (classe baixa: 10,2%), a distribuição pelo tipo da área residencial, de acordo com a tipologia TIPAU, área predominantemente urbana (APU), área medianamente urbana (AMU) e área predominantemente rural (APR) foram respetivamente 70,6%, 25,1% e 4,4%. A maioria das crianças estudadas (65,0%) coabitava com pelo menos uma criança mais velha. Relativamente ao índice de Apgar, 72% dos RN apresentaram scores, ao 1º minuto, superior ou igual a 8 e ao 5º minuto todos apresentaram um índice de Apgar superior ou igual a 8. O número de crianças do sexo masculino que integraram este estudo foi ligeiramente superior (52,6%) ao número de crianças do sexo feminino (47,4%).

Pelo teste Pearson qui-quadrado ( $\chi^2$ ) não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, controlo e experimental. A Tabela 2.2.3 mostra a distribuição das crianças (amostra total e grupos C e E) pelas características avaliadas e apresenta o valor de  $p$  para o teste de Pearson Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), pela aplicação do teste, nas diferentes características, não foram encontrados valores inferiores a 5 nas combinações das diferentes características com os grupos, garantindo assim o pressuposto deste teste.



Tabela 2.2.3 Características basilares da amostra (variáveis categoriais) por grupo.

Características	Amostra total N=411		Grupo				Qui-quadrado ( $\chi^2$ )	
			Controlo (C) N=205		Experimental (E) N=206			
			n	%	n	%		n
<b>NSE</b>	I	62	15,08	31	15,12	31	15,04	$\chi^2(4) = 0,005$ $p = 1,0$
	II	98	23,84	49	23,90	49	23,78	
	III	143	34,79	71	34,63	72	34,95	
	IV	66	16,05	33	16,09	33	16,01	
	V	42	10,21	21	10,24	21	10,19	
<b>Tipologia área residencial</b>	APR	18	4,37	7	3,41	11	5,33	$\chi^2(2) = 0,974$ $p = 0,615$
	AMU	103	25,06	53	25,85	50	24,27	
	APU	290	70,55	145	70,73	145	70,38	
<b>Nº crianças</b>	0	144	35,03	71	34,63	73	35,43	$\chi^2(3) = 1,590$ $p = 0,662$
	1	151	36,73	80	39,02	71	34,46	
	2	81	19,70	36	17,56	45	21,84	
	3	35	8,51	18	8,78	17	8,25	
<b>Apgar 1º minuto</b>	7	115	27,98	56	27,31	59	28,64	$\chi^2(2) = 1,352$ $p = 0,509$
	8	219	53,28	106	51,70	113	54,85	
	9	77	18,73	43	20,97	34	16,50	
<b>Apgar 5º minuto</b>	8	131	31,87	66	32,19	65	31,55	$\chi^2(2) = 0,732$ $p = 0,693$
	9	186	45,25	89	43,41	97	47,08	
	10	94	22,87	50	24,39	44	21,35	
<b>Apgar 10º minuto</b>	9	163	33,09	67	32,68	69	33,49	$\chi^2(1) = 0,031$ $p = 0,861$
	10	275	66,90	138	67,31	137	66,50	
<b>Sexo da criança</b>	Masculino	216	52,6	101	49,26	115	55,82	$\chi^2(1) = 1,772$ $p = 0,183$
	Feminino	195	47,4	104	50,73	91	44,17	

63

Os valores da média, desvio padrão, mediana e intervalos, para as variáveis numéricas que caracterizam a amostra, podem ser observados na Tabela 2.2.4, assim como os resultados da comparação entre os dois grupos. Foi utilizado o teste *t* Student para amostras independente para comparar os grupos em relação as variáveis com distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov  $p > 0,05$ ) garantido o pressuposto da homogeneidade da variância (valor inferior do nível de significância estatística do teste de Levene  $p = 0,208$ ).

### **ii) Dados antropométricos**

Da amostra estudada, as crianças apresentavam uma média de idade gestacional de 279 dias (39,5 semanas) de gestação com um intervalo de 266 a 293 dias. Relativamente à antropometria: peso, comprimento e perímetro cefálico, das crianças ao nascimento apresentavam um valor médio respetivamente de 3465,79 gr, 49,40 cm e 35,20 cm e seus intervalos de 2530,0 gr – 4280,0 gr, 45,7 cm – 53,9 cm e 32,5 cm – 37,9 cm. As diferenças entre os grupos Controlo e Experimental para cada uma destas variáveis não eram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ; teste *t* de Student).

### iii) Níveis de ansiedade e de conhecimento materno

Observando as características maternas, no início do estudo, as mães demonstraram scores de ansiedade-traço que variaram entre 38 a 61 e valor médio de 50,7, os scores de ansiedade-estado variaram de 35 a 63 e valor médio de 50,1. O conhecimento materno avaliado através do inventário do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil – KIDI, apresentou um score médio de 0,58 num intervalo de 0,17 - 0,97. Na Tabela 2.2.4 pode-se observar que as diferenças observadas entre os dois grupos (C e E) relativas às variáveis atributo numéricas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 2.2.4 Características antropométricas, e de ansiedade e conhecimento materna (variáveis numéricas) por grupo.

		Total n = 411	Grupo		Teste tStudent
			Controlo (C) n = 205	Experimental (E) n = 206	
<b>Idade gestacional (dias)</b>	Média	279,44	279,72	279,16	$t(409) = 0,857$ $p = 0,392$
	SD	6,64	6,45	6,82	
	Mediana	280	280	279	
	Intervalo	266-293	266-293	266-293	
<b>Peso (gramas)</b>	Média	3465,79	3450,93	3480,58	$t(409) = 0,736$ $p = 0,462$
	SD	408,10	418,32	398,13	
	Mediana	3465	3455	3472,50	
	Intervalo	2530-4280	2530-4280	2530-4280	
<b>Comprimento (centímetro)</b>	Média	49,40	49,44	49,36	$t(409) = 0,426$ $p = 0,670$
	SD	1,99	2,02	1,95	
	Mediana	49,40	49,30	49,40	
	Intervalo	45,7-53,9	45,8-53,9	45,7-53,9	
<b>Perímetro cefálico (centímetros)</b>	Média	35,20	35,2	35,21	$t(409) = 0,087$ $p = 0,930$
	SD	1,29	1,29	1,29	
	Mediana	35,20	35,10	35,35	
	Intervalo	32,5-37,9	32,5-37,9	32,5-37,9	
<b>Ansiedade materna, traço (score inicial-t STAI-Y)</b>	Média	50,77	51,04	50,50	$t(409) = 1,26$ $p = 0,208$
	SD	4,41	4,38	4,44	
	Mediana	51,00	51,00	50,00	
	Intervalo	38-61	39-60	38-61	
<b>Ansiedade materna, estado (score inicial-e STAI-Y)</b>	Média	50,11	50,00	50,23	$t(409) = 0,45$ $p = 0,65$
	SD	5,12	5,17	5,09	
	Mediana	50,00	50,00	50,00	
	Intervalo	35-63	37-63	35-62	
<b>Conhecimento materno desenvolvimento infantil (score KIDI)</b>	Média	0,58	0,59	0,58	$t(409) = 0,624$ $p = 0,533$
	SD	0,14	0,14	0,14	
	Mediana	0,56	0,56	0,56	
	Intervalo	0,17-0,97	0,29-0,97	0,17-0,97	

SD: standard deviation - Desvio padrão

#### **iv) Idade (dias) das crianças nos momentos de avaliação e de intervenção**

As avaliações em ambos os grupos e as quatro intervenções no grupo experimental, foram realizadas de acordo com o Protocolo 2 (ANEXO A), ou seja, na 1ª semana após nascimento e aos 2, 4 e 6 meses. A Tabela 2.2.5 apresenta a média das idades das crianças em cada momento de avaliação, em cada grupo C e E. Dado que as idades não apresentaram uma distribuição normal, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para verificar se existiam diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo nos quatro momentos de avaliação. Os resultados mostraram não haver diferenças significativas ao nível das idades, entre os grupos experimental e controlo, para os quatro momentos de avaliação das crianças (Tabela 2.2.5).

Tabela 2.2.5 Idade (dias) das crianças nas 4 avaliações.

	Grupo		Teste U Mann-Whitney
	Controlo (C) (n = 205) Média (SD)	Experimental (E) (n = 206) Média (SD)	
Idade das crianças na 1ª avaliação (semana 1)	2,97 (1,32)	3,01 (1,44)	21515,5 $p = 0,734$
Idade das crianças na 2ª avaliação (mês 2)	61,00 (1,45)	61,02 (1,37)	20893,5 $p = 0,851$
Idade das crianças na 3ª avaliação (mês 4)	120,50 (1,72)	120,58 (1,74)	20571,5 $p = 0,647$
Idade das crianças na 4ª avaliação (mês 6)	179,53 (1,06)	179,53 (1,16)	21055 $p = 0,959$

*SD: standard deviation - Desvio padrão*

Em conclusão, podemos dizer que as características (i) basilares (socioeconómicas, de tipologia de área residencial, número de irmãos, índice de Apgar e sexo), (ii) antropométricas, (iii) de ansiedade e de conhecimento materno, (iv) e de idade (dias das crianças nos momentos de avaliação e de intervenção não diferiram significativamente entre os grupos Controlo e Experimental. Assim, todas as características que constituem a combinação dos estratos (blocking design) têm distribuição similar nos dois grupos controlo e experimental, demonstrando a adequabilidade das subamostras para a implementação do estudo.

## **2.3. Instrumentos de Investigação**

Para o presente estudo utilizaram-se 4 instrumentos de investigação, a escala de Avaliação de desenvolvimento infantil SGS-II (Bellman, Lingam, & Aukett, 2003), a escala de avaliação de traço-estado de ansiedade STAI-Y (1983), a grelha de avaliação do Nível SocioEconómico (NSE) de Graffar (1956), adaptado por Amaro (2010) e a escala de avaliação do nível de conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil KIDI elaborada por MacPhee (2002) e que neste estudo foi validada para a população portuguesa.

### **2.3.1. Schedul of growing skills (SGS-II).**

A escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (SGS II) constitui um instrumento de avaliação do desenvolvimento, que se baseia: i) nas sequências de desenvolvimento descritas por Mary Sheridan publicadas em 1975 (Sheridan, 1997); ii) nas escalas de Griffiths “Griffiths Mental Developmental Scales” publicadas em 1967 e revistas em 1984 (Bellman et al., 2003).

66

A validade desta escala SGS II foi estudada, comparando os itens das Escalas de Griffiths, de Sheridan e a sua forma originária (NCES-National Child Encephalopathy Study), tendo os autores (Bellman et al., 2003) considerado que os resultados foram amplamente equivalentes. A fidelidade foi determinada num estudo inter-avaliadores com um conjunto de crianças observadas por dois observadores diferentes em dois momentos distintos, com alguns dias de intervalo entre as avaliações. Com a utilização desta escala os profissionais que a usaram foram sugerindo algumas alterações, evoluindo a escala NCES para SGS e mais tarde SGS II. Os estudos de validade e fidelidade necessários para a SGS II concluíram que possui elevados níveis de consistência interna, considerando a SGS II um instrumento adequado para a avaliação do desenvolvimento da criança (Bellman et al., 2003).

O principal objetivo desta escala SGSII é fornecer um método preciso e fidedigno de avaliação do desenvolvimento das crianças dos 0 aos 5 anos. Pretende monitorizar as mudanças ao nível do desenvolvimento de competências. Esta escala está preparada para ser aplicada por técnicos com experiência profissional ou formação na área da avaliação do desenvolvimento infantil, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e educadores. A SGS-II avalia o desenvolvimento de habilidades em 10 domínios, (i) Controlo Postural Passivo, (ii) Controlo Postural Ativo, (iii) Competências Locomotoras, (iv) Competências Manipulativas, (v) Competências Visuais, (vi) Audição e Linguagem, (vii) Fala e Linguagem, (viii) Interação Social, (ix) Autonomia Pessoal e (x) Competência cognitiva.

A escala está concebida para ser administrada de forma rápida, tem um tempo médio de administração de 20 minutos.

A SGS-II caracteriza-se pela (i) ampla abrangência clínica, isto é, ser possível avaliar aspetos específicos do desenvolvimento, pois os itens são estáveis, (ii) dá informação sobre o desenvolvimento da criança, se está ou não dentro da normalidade, atendendo a cotação (scores) dos itens avaliados (Bellman et al., 2003) e (iii) sendo o resultado dos itens numérico, torna possível obter a idade de desenvolvimento bem como o coeficiente de desenvolvimento.

### **2.3.2. State-trait anxiety inventory form-Y (STAI-Y).**

O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) surgiu em 1970, originado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), com o intuito de se dispor de uma medida do tipo relato pessoal para avaliar o estado e o traço de ansiedade. Segundo Silva (2003) a abordagem teórica em que assenta a construção do STAI é a da conceção de ansiedade proposta por Freud e a diferenciação admitida por alguns autores (Cattell, 1957; Scheier, Cattell, & Horn, 1960) entre duas modalidades de ansiedade designadas ansiedade-estado e ansiedade-traço. Podemos distinguir Estado e Traço relativamente à Ansiedade, sendo “Estado” referente às reações emocionais desagradáveis, reproduzidas por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, potencializando a atividade do sistema nervoso autónomo, causado por uma tensão específica. Por sua vez, “Traço” de Ansiedade é definido nos termos das diferenças individuais relativamente estáveis quanto à disposição para a ansiedade, isto é, diferenças interindividuais na tendência para percecionar situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na propensão para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade.

67

Após algumas reformulações da forma inicial X do STAI Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), surge a atual versão STAI - forma Y de C.D. Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983), estas alterações, de acordo com C. D. Spielberger & Diaz-Guerrero (1986), pretendiam garantir (i) uma medida mais depurada da ansiedade que permitisse uma base mais firme de discriminação entre sentimentos de ansiedade e de depressão e de diagnóstico diferencial entre indivíduos com perturbações de ansiedade e indivíduos com reações depressivas; (ii) qualidades psicométricas de alguns itens, em indivíduos mais jovens, com menos habilitações académicas e indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo; (iii) um melhor equilíbrio (estrutura fatorial) entre os itens com ansiedade e itens sem ansiedade (C. D. Spielberger & Diaz-Guerrero, 1986).

A evidência da validade do constructo do STAI (forma Y), comprova-se nos *scores* relativamente altos para vários grupos de doentes com diagnóstico neuropsiquiátrico, para o qual a ansiedade é um sintoma importante; exceto para doentes com distúrbios de carácter, todos os grupos com diagnóstico neuropsiquiátrico demonstraram *scores* de ansiedade mais elevados do que indivíduos normais, (C.D. Spielberger et al., 1983).

É um instrumento de relato pessoal, composto por duas escalas independentes de 20 itens cada, a escala de ansiedade Estado (STAI - forma Y – 1) e a escala de ansiedade Traço (STAI - forma Y – 2). As respostas do indivíduo variam de "nada" a "muito", numa *rating scale* de 1 a 4 que reflete o grau de ansiedade, sendo que: (1) nada; (2) Pouco; (3) Moderadamente e (4) Muito. Há no entanto alguns itens que a cotação é invertida, são eles o nº 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39.

Os itens (1 a 20) da escala de ansiedade-estado (STAI - forma Y – 1) avaliam como se sentem os inquiridos no momento em que respondem ao inventário. Os itens (21 a 40) da escala de ansiedade-traço (STAI - forma Y – 2) avaliam como se sentem geralmente, os sujeitos, levando-os a realizar uma

68

avaliação da frequência dos seus sentimentos de ansiedade.

O cálculo dos resultados é obtido através da soma dos pontos de cada item, para cada subescala, sendo a pontuação mínima 20 e a máxima 80. A pontuação mais elevada indica um estado de ansiedade maior, a nível de Estado ou Traço, conforme a situação.

A escolha deste instrumento prendeu-se com o facto de permitir avaliar a ansiedade enquanto traço e a ansiedade enquanto estado. Uma outra vantagem deste questionário está relacionada com o facto de este estar estudado para a população portuguesa, após a devida adaptação e aferição pelos autores Santos & Silva,(1997); D. R. Silva & Campos (1998); D. R. Silva, Silva, Rodrigues, & Luís (1999/2000). Estes estudos apontam para valores satisfatórios que vão de encontro á consistência interna do instrumento adequado para a população portuguesa, tendo consistência interna do STAI - forma Y sido determinada através do coeficiente *alfa de Cronbach*, que variou entre 0,88 e 0,93, embora um grupo no seu primeiro estudo tivesse apresentado apenas um valor de 0,77.

Para a validade os mesmos autores realizaram estudos em que o STAI - forma Y foi administrado antes e depois de um momento potencialmente ansiogénico (e.g. realização de um exame), sendo que a média dos scores do período de ansiedade ficou acima da média e de um desvio padrão, constituindo mais uma prova de validade desta escala, pelo que os resultados obtidos *“sugerem que, em situações comuns, os indivíduos com um valor mais elevado em ansiedade-traço têm também um valor correspondente em ansiedade-estado, o que vai de encontro à validade de construção do inventário”* (Danilo R. Silva, 2003, p. 57). Estes resultados revelam que esta adaptação do STAI – forma Y para a população portuguesa tem boas propriedades psicométricas (ANEXO C).

### **2.3.3. Escala de Graffar (NSE).**

A Escala de Graffar (1956) permite avaliar a classe socioeconómica das famílias. Surge com o professor Marcel Graffar, da *École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles*, numa revisão de vários estudos sobre classificações sociais em diferentes países, nos quais ele demonstra que em estudos biológicos e em saúde, as *“amostras da população devem ser acompanhadas, se não de uma descrição completa do estilo de vida dos grupos observados, pelo menos do uso de um método de classificação social e económico que torna possível as comparações.”* (Graffar, 1956, p. 456).<sup>69</sup> Também para dar resposta aos estudos médico-sociais, em que estava envolvido, este autor pretendia um sistema de classificação que tivesse uma representação correta do nível de trabalho dos indivíduos na estratificação social do grupo observado.

É um instrumento amplamente utilizado nas Ciências Sociais e Humanas, constituído por cinco domínios que caracterizam o nível socioeconómico de cada indivíduo: profissão, grau de instrução, origem dos rendimentos, qualidade da habitação e tipo de zona residencial. Em cada domínio, são apresentadas cinco categorias de resposta, sendo atribuído, o valor de 1 a 5. O somatório das várias categorias, define a classe socioeconómica, podendo variar entre 5 e 25, sendo dividida em cinco intervalos, correspondendo cada um a uma classe ou nível social: ao nível I Corresponde o nível superior; ao II, o nível médio alto; ao III, o nível médio; ao IV, o nível médio baixo e ao V, o nível inferior. A versão portuguesa resultou do trabalho inicial de tradução e adaptação efetuado em 1990 e revisto em 2010 por Amaro (2010), versão essa cedida pelo autor e utilizada neste estudo (ANEXO D).

#### **2.3.4. Knowledge of infant development inventory (KIDI) e Survey of child care experiences (SCCE).**

O KIDI foi desenvolvido por David MacPhee (2002) professor no departamento *Of Human Development and Family Studies of Colorado State University*. Na sua concepção o autor atendeu às publicações sobre o tema de desenvolvido infantil, às orientações internacionais sobre nutrição e alimentação, e a testes de desenvolvimento infantil como Escala de avaliação comportamental (Brazelton), Escalas Bayley Escalas Uzgiris Hunt. (MacPhee, 2002).

O primeiro critério estabelecido por MacPhee (2002) para o KIDI foi de que fornecesse uma ampla cobertura de informações sobre as crianças, dentro do limite correto. As escalas analisadas pelo autor, que motivaram a construção de um inventário polivalente como o KIDI (ANEXO E), caracterizavam-se pela ausência dos marcos de desenvolvimento, educação de filhos, saúde e segurança, ou a inclusão de constructos como planeamento familiar desenvolvimento do adolescente e orçamento familiar. MacPhee (2002) considerou estes últimos temas importantes mas decidiu como uma mais-valia para o KIDI, o enfoque nas práticas parentais relativas ao desenvolvimento infantil. Outra alteração aquando da construção do KIDI foi a redução da subjetividade e das perguntas culturalmente tendenciosas, evitando ambiguidades.

Relativamente à forma, MacPhee (2002) pretendia que o inventário fosse acessível a qualquer pessoa independentemente do seu nível de instrução, ou seja, o texto deveria ser simples e o formato das respostas fácil de entender. Assim, as respostas ficaram com um esquema tripartido: *i)* “concordo”, *ii)* “discordo” e *iii)* “não tenho a certeza”. Este formato de resposta a perguntas sobre conhecimentos permite distinguir de entre as respostas incorretas as que se devem à falta de conhecimento das que resultam da incerteza do próprio conhecimento (“não tenho a certeza”).

Na segunda parte do inventário, perante as afirmações colocadas, pede-se ao individuo que selecione uma das várias opções de resposta, tendo sempre a possibilidade de responder “Não tenho a certeza”, conforme exemplo na Figura 2.3.1, as questões desta segunda parte permitem ainda calcular os índices de sobrestimação e subestimação das mães, isto é quando respondem que uma determinada competência é realizada numa idade inferior do que aquela que realmente ocorre, aumenta o índice de sobrestimação, se responde que a idade associada à competência terá de ser superior o seu índice de subestimação aumenta.



	<b>Concordo</b>	<b>Mais novo</b>	<b>Mais velho</b>	<b>Não tenho Certeza</b>
A maioria dos bebês aos 7 meses pode-se sentar no chão sem cair.	○	○	○	○

Figura 2.3.1 Exemplo de questão do KIDI.

Na cotação dos itens em primeiro lugar contabiliza-se a “Tentativa”, que reflete a frequência com que os inquiridos não selecionam a opção “não tenho a certeza”, de seguida determina-se a “exatidão” que é a proporção de respostas corretas a partir das respostas tentadas. A tentativa reflete a confiança que o indivíduo tem no seu conhecimento enquanto a exatidão representa as informações sólidas sobre as crianças. A pontuação total é obtida pelo produto da exatidão e tentativa, representada pela seguinte fórmula:

$$"KIDI_{total} = (\%)Exatidão \times (frequência) Tentativa"$$

As áreas que compõem o inventário dividem-se em itens relativos:

- às capacidades das crianças, numa determinada idade, tais como motoras, cognitivas, preceptivas, alimentação e choro;
- aos processos do desenvolvimento, axiomas e truísmos sobre o desenvolvimento, descrição de habilidades gerais bem como desenvolvimento normal e atípico;
- às crenças e estratégias instrumentais de parentalidade dos pais, cuidados ao recém-nascido e responsabilidades de ser pai/mãe;
- à saúde e segurança, identificação e tratamento de doenças comuns.

71

De acordo com MacPhee (2002) nos estudos de validação do inventário foram cotadas essas áreas estando significativamente relacionada (valor de  $p < 0,001$ ) e o seu *score* está fortemente relacionado com a exatidão da resposta. Concluiu que o inventário não tem domínios independentes do conhecimento sobre a infância, devendo ser utilizada a pontuação total do KIDI ao invés de usar a cotação parcial dos diferentes domínios (MacPhee, 2002).

Dos estudos coligidos por MacPhee (2002) do inventário, KIDI, com diferentes amostras de diferentes regiões, relatou um coeficiente de *alfa Cronbach* bastante bom, situado entre 0,80 a 0,86. O KIDI destina-se a avaliar o conhecimento de uma pessoa sobre o processo de desenvolvimento infantil, foi desenvolvido para investigar os contributos para as práticas de desenvolvimento da parentalidade, nomeadamente avaliar os programas de educação a pais.

O mesmo autor propõe também a utilização do SCCE - Survey of Child Care Experiences (ANEXO F), que se trata de um questionário para obter informações sobre a experiência das pessoas relativamente aos cuidados à criança. As perguntas referem-se a experiências formais e informais, informação obtida através da observação direta e a exposição a modelos parentais. Segundo MacPhee (2002) este inventário, para além de fornecer informações descritivas sobre as experiências com crianças, pode também ser usado para validar o KIDI.

Os seus dados (MacPhee, 2002) relativos à utilização do SCCE, para a validade do constructo do KIDI, sugerem que a experiência de cuidar os filhos fornece algumas informações exatas sobre o desenvolvimento infantil, embora o benefício não seja tão evidente quando a educação sobre o desenvolvimento infantil é mais formal. No estudo que aqui é apresentado também o SCCE foi utilizado, do qual também se obtém informação fundamental para caracterização da amostra.

A utilização deste inventário (KIDI) e questionário (SCCE), foi devidamente autorizada pelo seu autor David MacPhee (ANEXO G).

## 72 **2.4. Validação do Inventário KIDI**

Após o processo de adaptação transcultural do instrumento KIDI, e com a amostra do presente estudo, inclui-se aqui as características da validade deste instrumento

### **2.4.1. Fiabilidade.**

Fiabilidade da prova foi determinada através da consistência interna do KIDI, calculada com recurso ao  $\alpha$  de Cronbach, a consistência interna da escala, revelou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,80 para totalidade da amostra. O valor de alpha desceu ou permaneceu inalterado quando algum dos itens foi eliminado da escala, o que sugere que não existem itens redundantes.

### **2.4.2. Validade.**

Para a validade do conteúdo, tal como referem Portney e Watkins (2009), optou-se por um painel de peritos, os mesmos que estiveram no processo de tradução do inventário, que ao analisaram o instrumento, determinaram que o conjunto das perguntas satisfazia o domínio de conteúdo - *conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil*. Para além da validade de conteúdo manifestada pelo painel de peritos, neste estudo também foi possível realizar a validade do constructo, no final do experimento, através da discriminação que o instrumento fez relativamente aos dois grupos

em estudo (controlo e experimental), isto é, através do método de grupos conhecidos (*known groups method*) tal como é referido por Portney e Watkins (2009). No grupo controlo não houve manipulação da variável relativa ao conhecimento materno e no experimental houve intencionalidade para a alteração desta variável, ou seja no final do experimento os grupos eram diferentes na característica que a prova pretendia avaliar. Sendo este contexto conhecido foi possível prever que os diferentes grupos comportar-se-iam de modo diferente, portanto, a validade deste inventário é suportado com os resultados do teste que documenta essas diferenças conhecidas.

O teste *t-Student* para amostras independentes, e distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov  $p > .05$ ) demonstrou que as médias do score KIDI-final nos grupos de controlo e experimental foram significativamente diferentes  $t(409) = 23.39$   $p < 0,001$ , detendo o grupo experimental, grupo que implicitamente tinha mais conhecimentos que o grupo de controlo, uma média de score final KIDI superior ao grupo de controlo, tal como se apresenta na Tabela 2.4.1.

Tabela 2.4.1 Diferenças de médias do score final KIDI, por grupo.

	Grupo		Teste t-Student
	Controlo (n = 205) Média (SD)	Experimental (n = 206) Média (SD)	
Score final KIDI	.722 (.097)	.898 (.047)	$t(409) = 23.39$ $p < 0,001$

*SD: standard deviation - Desvio padrão*

A validade do constructo também foi corroborada pela correlação positiva detetada entre a experiência profissional com crianças (questionário SCCE) e o score KIDI  $r_s = 0,118$   $p = 0,016$ . Outra correlação encontrada, importante para a validação do constructo, desta vez negativa, foi o índice de subestimação do desempenho da criança e a experiência profissional com crianças (questionário SCCE)  $r_s = -0,116$   $p = 0,018$ . Assim, quanto maior a experiência relatada com crianças, maior o score KIDI, ou seja melhor o indicador sobre o conhecimento do desenvolvimento das crianças, e por sua vez, esta maior experiência faz diminuir o índice de não valorização das potencialidades desenvolvimentais que a criança tem.

## 2.5. Procedimentos

### 2.5.1. Procedimentos éticos e legais.

O estudo foi realizado com pleno respeito pelos direitos dos seres humanos como indicado na versão atual da Declaração de Helsinki (Association, 2008). Uma vez identificada a unidade hospitalar (cluster) procedeu-se ao pedido, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração para a realização do estudo (ANEXO H). Na instrução do pedido, para além dos objetivos do estudo e plano de investigação, deu-se conhecimento da carta de explicação do estudo a entregar aos sujeitos (ANEXO I), do modelo de consentimento informado (ANEXO J) e dos planos das sessões, *i.e.* os procedimentos a realizar no grupo experimental (protocolo 3 - ANEXO A).

A comissão de ética deliberou favoravelmente a realização deste estudo, deste modo, todos os partos ocorridos a partir de Março de 2011, que reunissem todos os critérios de inclusão, foram identificados para que o investigador pudesse contactar a mãe, ainda em contexto de internamento, explicar o estudo, entregar a carta de explicação e obter o consentimento informado.

74 As crianças do estudo beneficiam do acompanhamento, escolhido pelos pais (e.g. sistema nacional de saúde, unidade de saúde privada), ficando o grupo experimental com um acompanhamento suplementar, que pretendeu acrescentar um domínio do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil bem como capacitar para as competências maternas (*empowerment*) relativas às necessidades desenvolvimentais da criança.

As mães, bem como a testemunha<sup>3</sup>, receberam as informações oralmente e por escrito, sobre o estudo e foi solicitado o consentimento por escrito, foi explicado que tinham o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, podendo, caso o desejassem, explicar as razões para tal, conforme o Protocolo 1 (ANEXO A).

Os consentimentos informados assinados foram arquivados, acessíveis apenas ao investigador. Os nomes não foram registados nos formulários e escalas de recolha de dados, apenas códigos, dos quais unicamente o investigador tem acesso à chave de relação código-sujeito, encontrando-se esta em ficheiros separados aos dados do estudo. A identidade dos participantes permanecerá confidencial.

---

<sup>3</sup> Testemunha selecionada pela mãe (familiar ou amigo) que presencia à assinatura do consentimento bem como à explicação do estudo

As crianças bem como as mães não foram submetidas a experiências dolorosas ou desconfortáveis, e a avaliação infantil teve um cariz lúdico para a criança. As sessões foram planeadas de acordo com o Protocolo 2 (ANEXO A) e atendendo à disponibilidade das mães, não houve encargos financeiros para os sujeitos do estudo.

### **2.5.2. Sessões de formação.**

As sessões de formação foram delineadas numa perspetiva de promoção da saúde, planeadas com conteúdos próprios (para cada fase do desenvolvimento da criança), dirigidos para a capacitação da parentalidade da mãe relativa ao desenvolvimento infantil, sendo necessário adaptar ligeiramente cada sessão a cada indivíduo, conforme protocolo 3 (ANEXO A). Estas sessões inspiraram-se no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (Pender, 1987, 2000; N. J. Pender et al., 2011), desenvolvido na década de 80, que inclui atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que conservem ou potencializem o bem-estar da pessoa. Este modelo propõe avaliar o comportamento dos indivíduos que leva à promoção da saúde, mediante três componentes básicos: (i) As características e experiências individuais (comportamentos anteriores, fatores pessoais); (ii) os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende obter (perceção de benefícios, barreiras, 75 autoeficácia, influências interpessoais); e (iii) comportamento de promoção da saúde desejável (compromisso com plano de ação, exigências, preferências).

As sessões de formação foram planeadas considerando também a perspetiva de Brazelton (1999) relativa aos *Touchpoints*, conceito este considerado pelo autor como a teoria das forças de mudança que impulsiona o desenvolvimento de uma criança. Embora as diferentes culturas em que as crianças estão inseridas, os *Touchpoints* são universais, isto é porque eles são, na maior parte impulsionados pelas sequências previsíveis de desenvolvimento inicial do cérebro, especialmente nos três primeiros anos de vida.

Facultando-se, assim, aos pais informações sobre o desenvolvimento infantil e como criar uma envolvente atmosfera de carinho e oportunidades para a criança se desenvolver. De acordo com Brazelton (1999) a intencionalidade dos momentos de interação com a família devem regular-se por sete fatores: (i) Valorização e compreensão da relação entre o profissional e os pais; (ii) utilização do comportamento da criança no discurso; (iii) valorização do entusiasmo demonstrado; (iv) focalização na relação pais-filho; (v) procurar oportunidades para incentivar o domínio do conhecimento e competência; (vi) estar disposto a discutir assuntos que vão além do seu papel convencional.

### 2.5.3. Tradução e adaptação do inventário KIDI.

Decidiu-se adaptar este inventário, pelo processo de tradução-retroversão proposto por Vilelas (2009), como representado na Figura 2.5.1.

O processo da tradução dos itens foi realizado em simultâneo por duas pessoas, independentes, cuja língua materna era o Português e com domínio do Inglês (americano), um tradutor era *expert* na área de Saúde infantil e o outro era leigo na matéria. As traduções foram comparadas tendo sido consultados os tradutores para aferir as discrepâncias, e redigir uma única versão (KIDI-t).

Esta versão, portuguesa, foi submetida a uma retroversão, por dois retrovertores com domínio das línguas portuguesa e inglesa, bem como da cultura dos dois países, ficando garantido o desconhecimento da escala original (Figura 2.5.1). Tal como ocorreu na tradução inicial, as retroversões foram comparadas e aferidas para uma única versão (KIDI-rt) pretendeu-se verificar se a versão retrovertida (rt) possuía semelhanças com a original.

76

Foi solicitado a duas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, uma psicóloga, uma pediatra e uma professora ensino básico para reverem as duas traduções, com intenção de serem garantidas as equivalências semânticas, idiomáticas, cultural e conceptual.

Não houve discrepância expressivas entre os especialistas tendo eles próprios efetuados alterações pontuais nomeadamente no item 22, referente à introdução de novos alimentos, o qual foi alterado no sentido de manter a proposição correta, e de acordo com as orientações internacionais (Agostoni et al., 2008), apresentadas por este painel de especialistas. A redação inicial dizia: "*Os novos alimentos devem ser introduzidos um de cada vez, com 4-5 dias entre cada um*" e a nova redação ficou: "*Os novos alimentos devem ser introduzidos com um intervalo de 4 a 5 dias*".

Este painel considerou que a população portuguesa já está a ser instruída (pelo corpo profissional da saúde) no sentido da introdução dos novos alimentos poder ser, mais do que um em simultâneo, não devendo durante um período 4 a 5 dias introduzir outros, pois influenciaria a determinação de possíveis manifestações de intolerâncias.

A versão resultante desta fase (KIDIpt) foi testada em 30 mães com filhos entre as idades 0 a 8 anos, que foram posteriormente entrevistadas sobre a compreensão e clareza do instrumento bem como a simplicidade de utilização. Com base neste pré-teste resultou que cerca de 30% (n=9) referiram que o

termo “pegadiço” na preposição 1 seria mais perceptível alterando para “pegajoso”, o sentido figurado proposto na frase original, de acordo com (MacPhee, 2002) era dar a noção de “inoportuno”. A comissão de especialista não se opôs a esta alteração tendo sido redigida a versão final, KIDI *versão portuguesa* (Figura 2.5.1).

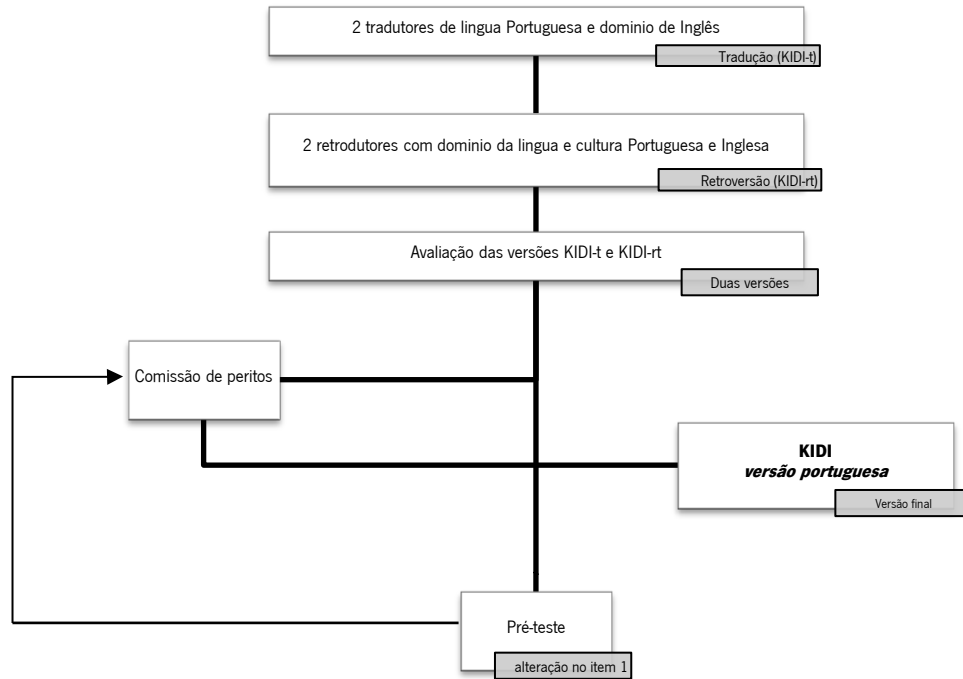


Figura 2.5.1 Processo de tradução e validação do KIDI.

#### 2.5.4. Cálculo da dimensão da amostra.

A dimensão da amostra foi determinada pela fórmula proposta por Pocock (1983) para estudos em que os resultados dos sujeitos sejam respostas quantificáveis (*i.e.* de natureza quantitativa):

$$n = \frac{2\sigma^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2} \times \int (\alpha, \beta)$$

Nesta fórmula “n” é o número de sujeitos para os grupos (experimental e controlo);  $\sigma$  é o desvio padrão estudado na população para a escala utilizada neste estudo;  $\mu_2$  média esperada no grupo experimental;  $\mu_1$  média estudada na população.

O valor de  $f(\alpha, \beta)$  é definido de acordo com o valor selecionado de “ $\alpha$ ” (nível de significância de um teste) e “ $\beta$ ”, (probabilidade de cometer um erro tipo II, ou  $1 - \beta =$  poder dos testes), proposto por Geigy citado por Pocock (1983, p. 125) conforme Tabela 2.5.1.

Tabela 2.5.1 Valores de  $f(\alpha, \beta)$  para serem utilizados na formula para cálculo dos sujeitos.

		$\beta$ (tipo erro II)			
		0,05	0,1	0,2	0,5
$\alpha$ (tipo erro I)	0,1	10,8	8,6	6,2	2,7
	0,05	13,0	<b>10,5</b>	7,9	3,8
	0,02	15,8	13,0	10,0	5,4
	0,01	17,8	14,9	11,7	6,6

Fonte: “Clinical Trials, A Pratical Approach” de Pocock, S. J. (1983, p. 125).

78

Para os objetivos propostos, atendendo a  $\alpha = 0.05$  e  $\beta = 0.1$ , para os testes considerados relevantes para este estudo, considerada a menor diferença clinicamente relevante (2 pontos acima do valor estimado) obteve-se assim uma dimensão de amostra necessária de 377 sujeitos, prevendo que alguns sujeitos pudessem ser perdidos, por vários motivos, foi adicionado á amostra 6,1% do número de sujeitos previstos sendo o total de 400.

### 2.5.5. Tratamento estatístico dos dados.

Para o tratamento e a análise dos dados foi utilizado como recurso, o programa Social Package Stastical Science®20.0 (SPSS, 2012), todos os testes foram realizados considerando valor de significância de  $\alpha < .05$ .

Para os resultados principais foi utilizado o modelo linear misto : (i) para testar o efeito da intervenção, como variável independente, relativamente ao desenvolvimento infantil, considerando os fatores NSE, número de crianças conviventes, ansiedade (estado e traço) e conhecimento materno, sendo esta análise entre sujeitos, com este procedimento para além da análise anterior é possível incluirmos no modelo um fator de análise intra-sujeitos, neste caso relativa aos momentos de avaliação (nascimento, 2,4 e 6 meses); (ii) para testar o efeito da intervenção na ansiedade materna (estado e traço) considerando os fatores NSE, número de crianças e conhecimento materno, bem como o fator de análise intra-sujeitos.



Neste estudo, tal como noutros estudos com medidas repetidas, o objetivo é avaliar a mudança ao longo dos momentos, possibilitando a realização de uma avaliação clara dessas mudanças e identificar possíveis fatores que influenciam essas mudanças (Nobre & Singer, 2011) para além de observar a variável dependente, dos sujeitos em análise, considerando níveis constantes de outras covariáveis que possam influenciá-la. De acordo com alguns autores (Field, 2009; Krueger & Tian, 2004) os modelos lineares mistos possibilitam a análise de dados longitudinais assumindo um papel cada vez mais importante na análise de dados biocomportamentais. Os modelos lineares mistos desempenham um importante papel na análise estatística e oferecem vantagens sobre as análises mais tradicionais (Howell, 2010).

Para a análise das diferenças entre os níveis de cada fator (NSE, nº de irmãos e tipologia área residencial) em cada grupo (controlo e experimental) foi utilizado o teste de ANOVA *one-way* e teste *post-hoc* quando as diferenças fossem significativas, para as variáveis que não respeitaram a assunção da esfericidade utilizou o teste de Welch da ANOVA para avaliar a significância das diferenças entre os níveis de cada fator em função da variável dependente em teste.



### **3. Resultados**



Este capítulo começa com a apresentação da amostra e características das díades participantes, em termos de variáveis socioeconômicas e clínicas. Seguidamente são apresentados os resultados da validação (consistência e reprodutibilidade) do inventário KIDI. Em seguida, apresenta-se as respostas à intervenção. Uma vez que a amostra foi randomizada pelos grupos (CE) atendendo a *block designs* utilizado no presente estudo (NSE\*KIDI\*STAI-Y\*nº crianças), os resultados são relatados para o grupo como um todo e para cada grupo e/ou *block* somente quando considerados de interesse para a análise.

### **3.1. Influência da Tipologia de Residência, do Número de Irmãos e do Nível Socioeconómico no Conhecimento Materno (KIDI), Ansiedade Materna e Desenvolvimento Infantil**

#### **3.1.1. Efeito do tipo da área residencial no conhecimento materno, ansiedade materna e desenvolvimento infantil.**

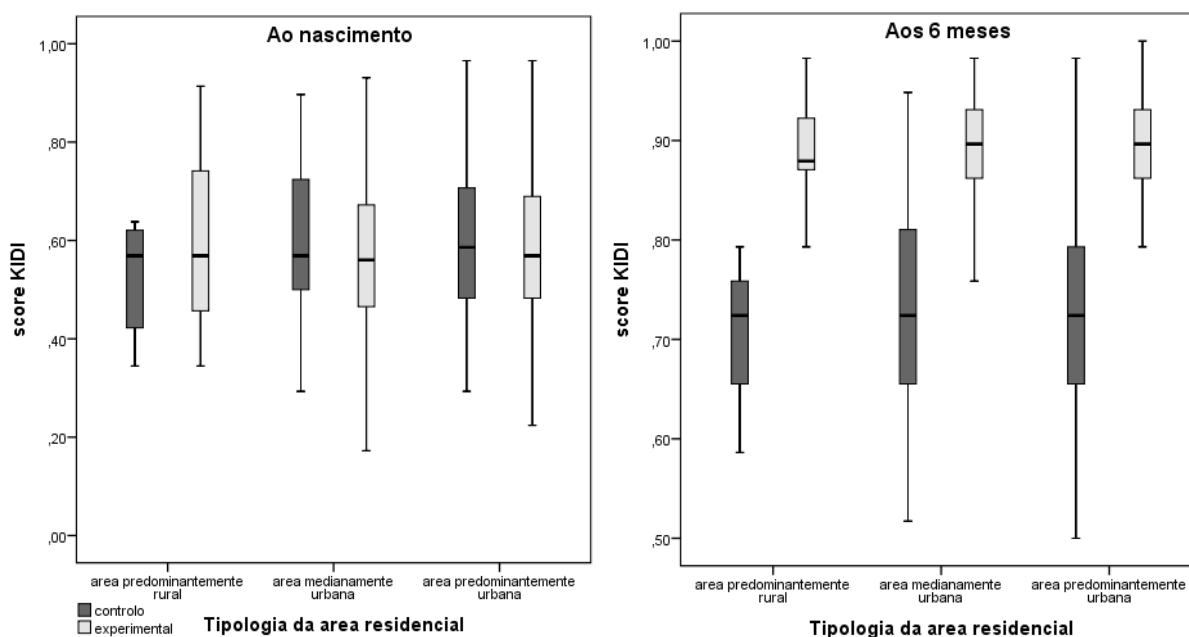
83

A análise dos dados, relativos ao conhecimento materno, desenvolvimento infantil e da ansiedade materna, em função da tipologia da área residencial (APU - área predominantemente urbana, AMU - área medianamente urbana e APR - área predominantemente rural), foram realizados com recurso ao teste de ANOVA *one-way*, para cada grupo do estudo (C - controlo e E - experimental), de forma a identificar eventuais diferenças entre os três tipos de área residencial. Esta análise, para cada grupo do estudo (C e E) permite que a posterior análise da diferença entre estes grupos relativa a outras variáveis não fique mascarada pela eventual influência da tipologia da área residencial.

O pressuposto da normalidade, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, foi verificado e o teste de Levene revelou que o pressuposto da homogeneidade das variâncias estava garantido para as variáveis: conhecimento materno inicial (nascimento) e final (6 meses), desenvolvimento infantil aos 2,4 e 6 meses, ansiedade-estado inicial (nascimento) e final (6 meses), ansiedade-traço inicial (nascimento), testes realizados para cada um dos grupos (C e E).

### 3.1.1.1. Conhecimento materno (KIDI).

As medidas de posição, dispersão e assimetria para a variável conhecimento materno (ao nascimento e aos 6 meses), em função da tipologia da área residencial, para os dois grupos, apresentam-se graficamente na Figura 3.1.1.



84

Figura 3.1.1 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) pela tipologia da área residencial, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controle e experimental.

Para esta variável do conhecimento materno (KIDI), nascimento e 6 meses, em cada grupo de estudo (controle e experimental), as diferenças entre os três tipos de área residencial, não foram significativas ( $p > 0,05$ ), conforme se observa nos resultados do teste de ANOVA *one-way* (Tabela 3.1.1).

Tabela 3.1.1 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função dos 3 tipos de área residencial, para cada grupo de estudo (controle e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controle	Conhecimento materno (nascimento)	2, 202	1,01	0,366
	Conhecimento materno (6 meses)	2, 202	0,15	0,864
Experimental	Conhecimento materno (nascimento)	2, 203	0,23	0,794
	Conhecimento materno (6 meses)	2, 203	0,74	0,479

### 3.1.1.2. Ansiedade materna – estado.

Na Figura 3.1.2 apresentam-se as medidas descritivas da ansiedade-estado, que significa, de um modo geral, as reações emocionais desagradáveis, reproduzidas por sentimentos subjetivos de apreensão, ao nascimento e aos 6 meses, para cada grupo de estudo, controlo e experimental.

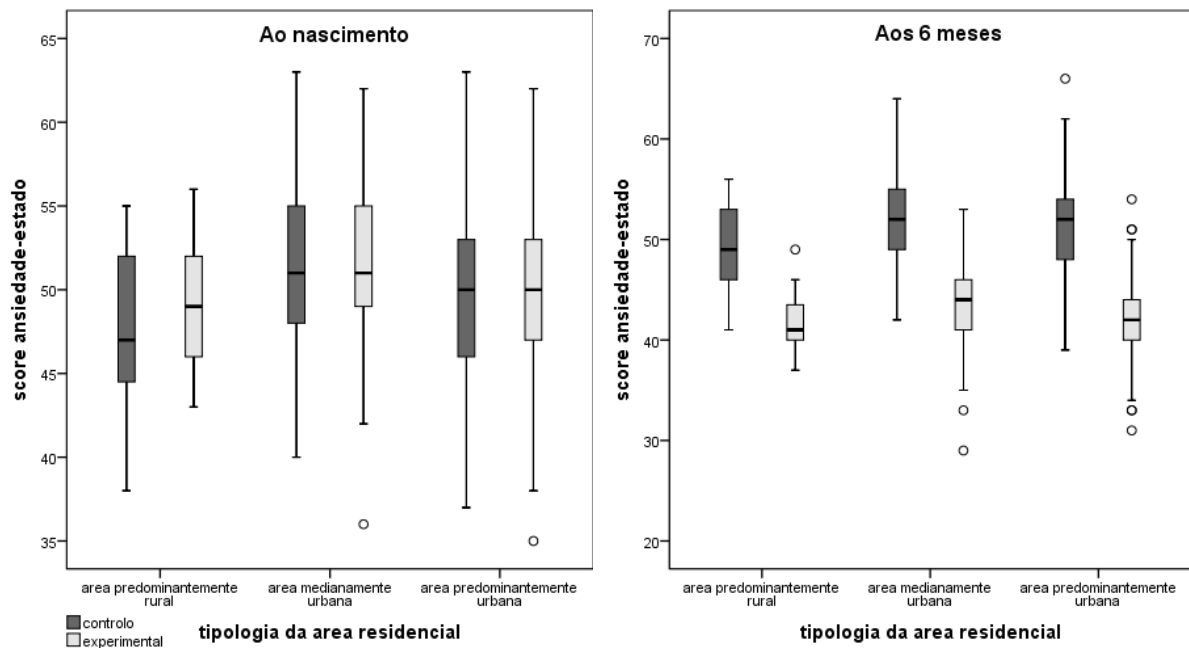


Figura 3.1.2 Boxplot score ansiedade-estado pela tipologia área residencial, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

O teste de ANOVA *one-way*, no grupo de controlo e no experimental, para comparar os três tipos de área residencial relativamente à ansiedade-estado inicial (nascimento) e final (6 meses), não revelou diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) em função dos diferentes tipos de área residencial conforme mostra a Tabela 3.1.2.

Tabela 3.1.2 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função da tipologia da área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controlo	Ansiedade-estado (nascimento)	2, 202	1,31	0,271
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 200	1,16	0,317
Experimental	Ansiedade-estado (nascimento)	4, 201	1,19	0,306
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 201	1,19	0,156

### 3.1.1.3. Ansiedade materna – traço.

Na Figura 3.1.3 apresentam-se as medidas descritivas da ansiedade-traço, isto é sobre tendência para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na propensão para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade, ao nascimento e aos 6 meses, para cada grupo do estudo.

86

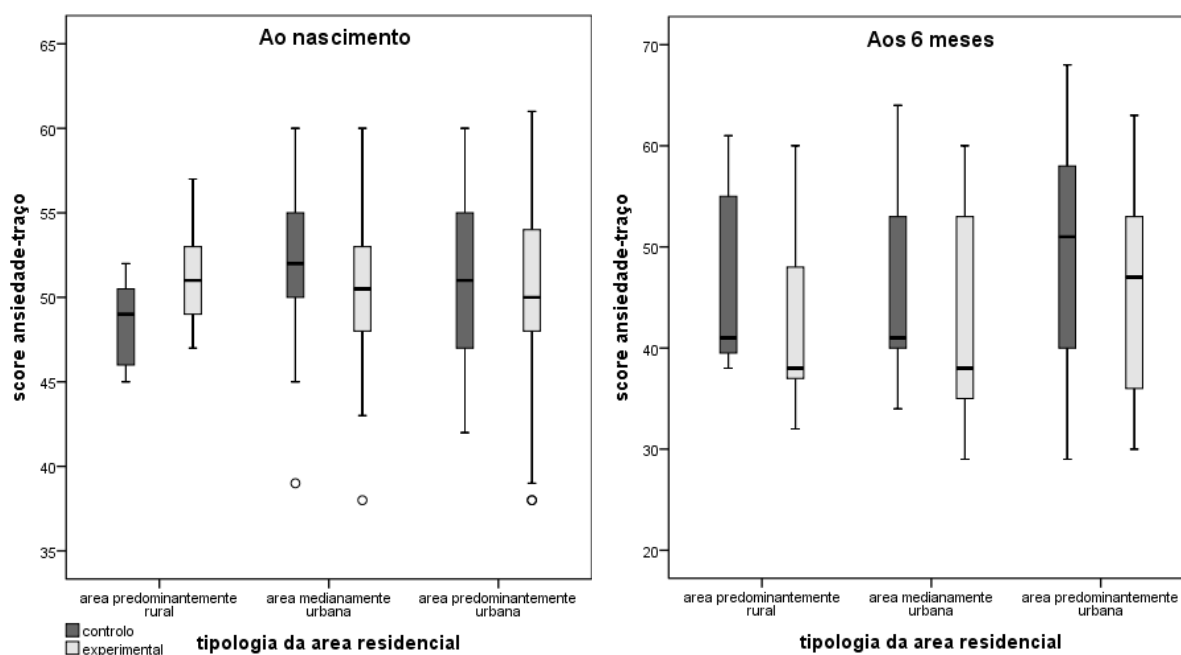


Figura 3.1.3 Boxplot score ansiedade-traço pela tipologia área residencial, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Os resultados do teste ANOVA one-way, apresentados na Tabela 3.1.3, para o score de ansiedade-traço revelaram diferenças estatisticamente significativas, entre os três tipos de área residencial, ao nascimento, no caso do grupo controlo ( $p < 0,05$ ), no grupo experimental, ao nascimento e aos 6 meses as diferenças não foram significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 3.1.3 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço em função da tipologia da área residencial, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controlo	Ansiedade-traço (nascimento)	4, 200	3,08	0,048
	Ansiedade-traço (6 meses)	4, 201	0,18	0,837
Experimental	Ansiedade-traço (6 meses)	4, 201	1,47	0,232



Assim, para identificar quais as tipologias, de área residencial, que diferem entre si, utilizou-se o post-hoc Bonferroni, para o conjunto das comparações entre os tipos de área residencial em função da ansiedade-traço ao nascimento do grupo controlo, cujos resultados se apresentam na Tabela 3.1.4, e que indicam que ao nascimento das crianças, as mães do grupo de controlo, não apresentam diferenças entre si, em função da área residencial ser predominantemente urbana (APU), medianamente urbana (AMU) ou predominantemente rural (APR).

Tabela 3.1.4 Níveis de significância, post-hoc Bonferroni, das diferenças entre os tipos de área residencial, para as mães do grupo de controlo, ao nascimento.

		Tipologia área residencial	
		APU	AMU
Tipologia área residencial	APU		
	AMU	ns	
	APR	ns	ns

ns não significativo ( $p > 0,05$ )

Para a ansiedade-traço aos 6 meses no grupo do grupo controlo, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov indicou que os dados apresentam uma distribuição normal, no entanto o teste de Levene revelou que não se garantia a assunção da homogeneidade da variância ( $p = 0,023$ ). Como tal, para analisar as diferenças entre os três tipos de área residencial para avariável ansiedade-traço aos 6 meses, neste grupo, utilizou-se o teste de Welch,  $W(2; 16,04)^1 = 3,05$ ,  $p = 0,075$ , que apresentou diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ) entre os três tipos de área residencial. 87

Para analisar as comparações entre os três tipos de área residencial, assumindo a não homogeneidade da variância, utilizou-se o post-hoc de Games-Howell, para determinar quais os pares dos três tipos de área residencial diferiram significativamente. A significância das diferenças é apresentada na Tabela 3.1.5 e indicam que aos 6 meses as mães, do grupo de controlo, residentes em área predominantemente urbana (APU) apresentaram uma pontuação média de ansiedade-traço, aos 6 meses, ( $M = 49,03$ ) significativamente maior que as mães residentes em área medianamente urbana (AMU) ( $M = 45,53$ ).

Tabela 3.1.5 Níveis de significância, post-hoc Games-Howell, das diferenças entre os tipos de área residencial, para as mães do grupo de controlo, aos 6 meses.

		Tipologia área residencial	
		APU	AMU
Tipologia área residencial	APU		
	AMU	*	
	APR	ns	ns

\*  $p < 0,05$ ; ns não significativo

<sup>1</sup>  $W$  ("gl between groups", " gl Within groups" ) = "valor"

### 3.1.1.4. Desenvolvimento infantil.

Na Figura 3.1.4 apresentam-se as medidas descritivas do desenvolvimento infantil (SGS) aos 2, 4 e 6 meses, para o grupo controlo e o grupo experimental, em função da área residencial.

88

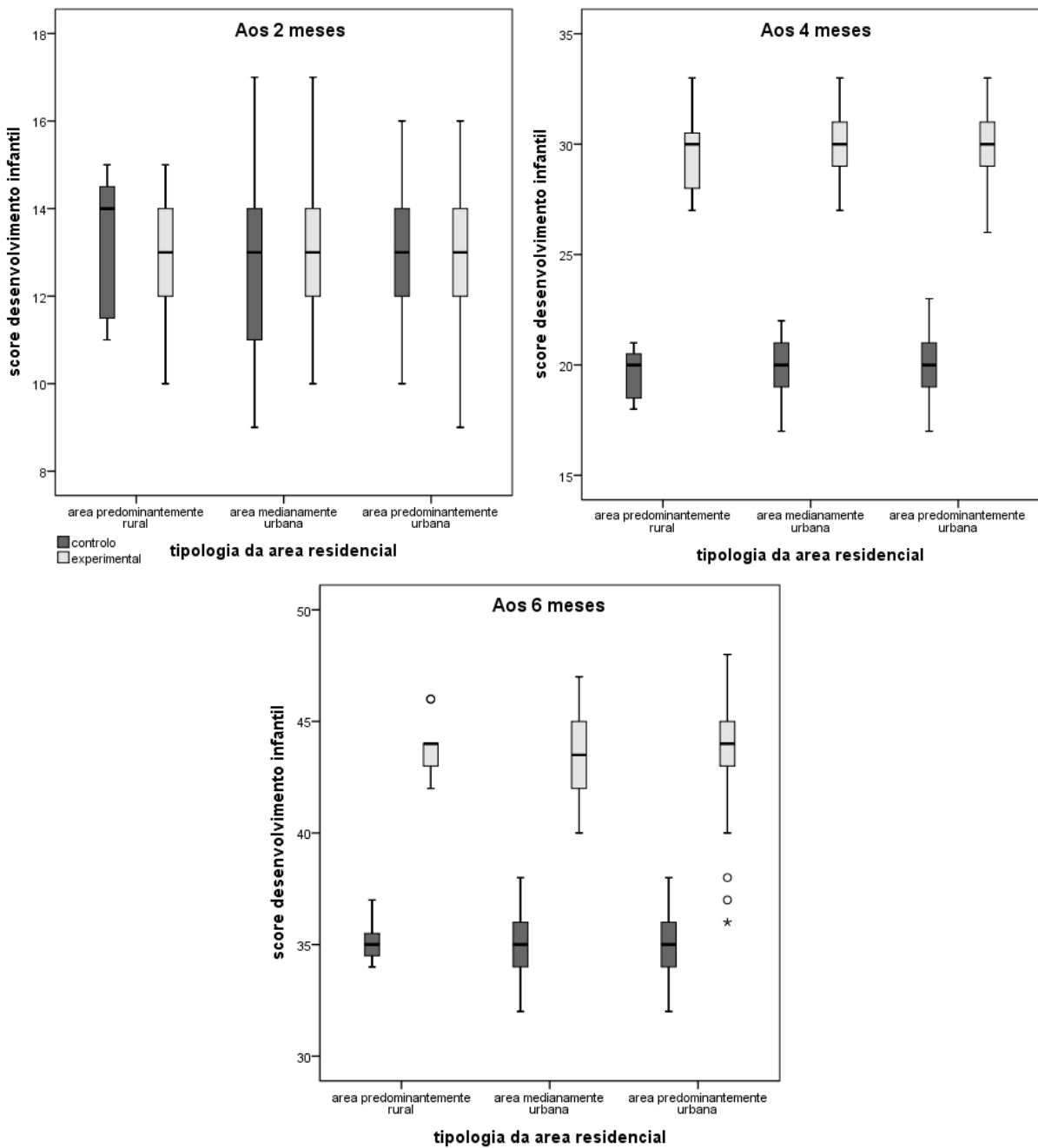


Figura 3.1.4 Boxplot score desenvolvimento infantil pela tipologia da área residencial, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Para o score do desenvolvimento infantil (SGS), aos 2, 4 e 6 meses, em cada grupo de estudo (C e E), as diferenças entre os três tipos de área residencial (APU, AMU, APR) não foram significativas ( $p > 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.6.

Tabela 3.1.6 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função dos 3 tipos de área residencial, para cada grupo de estudo (controle e experimental), aos 2,4 e 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	F	<i>p</i>
Controlo	Desenvolvimento infantil 2 meses	2, 202	0,51	0,602
	Desenvolvimento infantil 4 meses	2, 202	0,46	0,629
	Desenvolvimento infantil 6 meses	2, 202	1,02	0,362
Experimental	Desenvolvimento infantil 2 meses	4, 201	0,07	0,932
	Desenvolvimento infantil 4 meses	4, 201	0,45	0,639
	Desenvolvimento infantil 6 meses	4, 201	0,49	0,613

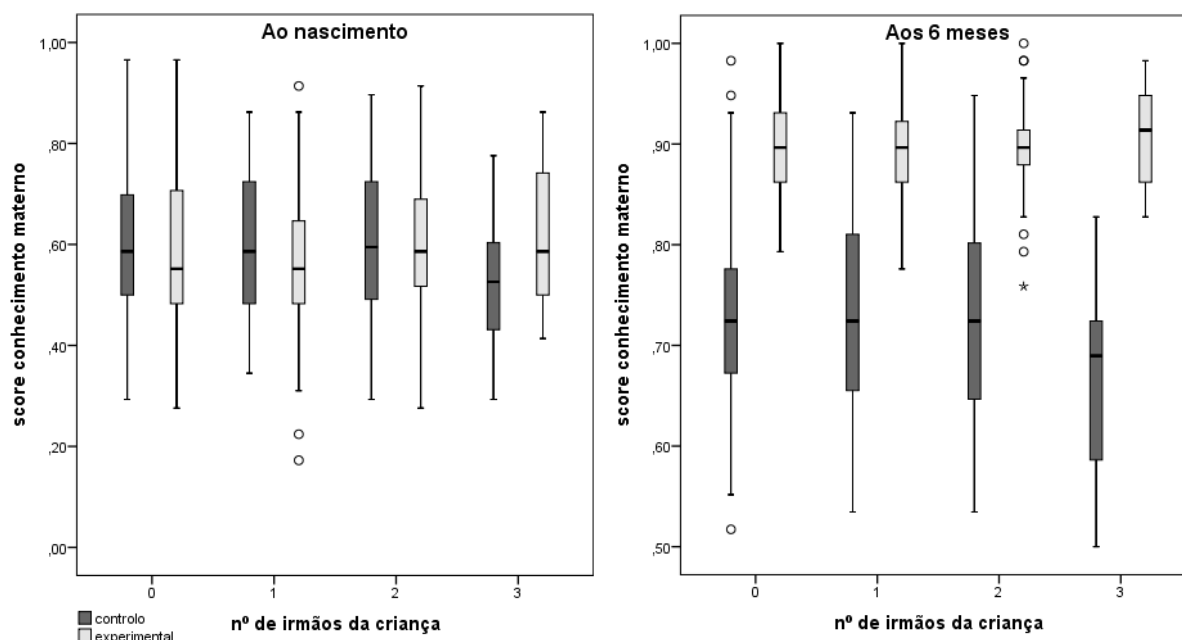
### 3.1.2. Efeito do número de crianças no conhecimento materno, ansiedade materna e desenvolvimento infantil.

Os resultados da análise do conhecimento materno, desenvolvimento infantil e da ansiedade materna em função de irmãos da criança, (*i.e.* crianças que coabitam na mesma casa que a criança em estudo) foram realizados com recurso ao teste de ANOVA *one-way*, para cada grupo do estudo (controle e experimental), de forma a identificar diferenças entre os quatro tipos de famílias (sem outras crianças, para além da do estudo, mais uma, duas ou três), nos grupos controlo e experimental.

O teste de normalidade, Kolmogorov–Smirnov, indicou que os dados apresentam uma distribuição normal, o teste de Levene revelou que a homogeneidade da variância estava garantido para as variáveis: conhecimento materno inicial e final, desenvolvimento infantil aos 2,4 e 6 meses, ansiedade-estado inicial e final, ansiedade traço inicial e final, testes realizados para cada um dos grupos (C e E).

### 3.1.2.1. Conhecimento materno (KIDI).

Apresenta-se graficamente as medidas de posição, dispersão e assimetria para a variável conhecimento materno (nascimento e 6 meses) em função do número de crianças existentes em casa (Figura 3.1.5).



90

Figura 3.1.5 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Para a variável score do conhecimento materno (KIDI), inicial (nascimento) e final (6 meses), em cada grupo de estudo (controlo e experimental), as diferenças entre os quatro conjuntos, referentes à existência de outras crianças em casa, não foram significativas ( $p > 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.7.

Tabela 3.1.7 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controlo e experimental, ao nascimento e 6 meses).

Grupo		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controlo	Conhecimento materno (nascimento)	3, 201	1,10	0,349
	Conhecimento materno (6 meses)	3, 201	1,47	0,225
Experimental	Conhecimento materno (nascimento)	3, 202	1,02	0,381
	Conhecimento materno (6 meses)	3, 202	0,876	0,455

### 3.1.2.2. Ansiedade materna - estado.

Na Figura 3.1.6 apresentam-se as medidas descritivas da ansiedade-estado (nascimento e 6 meses) para cada grupo do estudo, controlo e experimental.

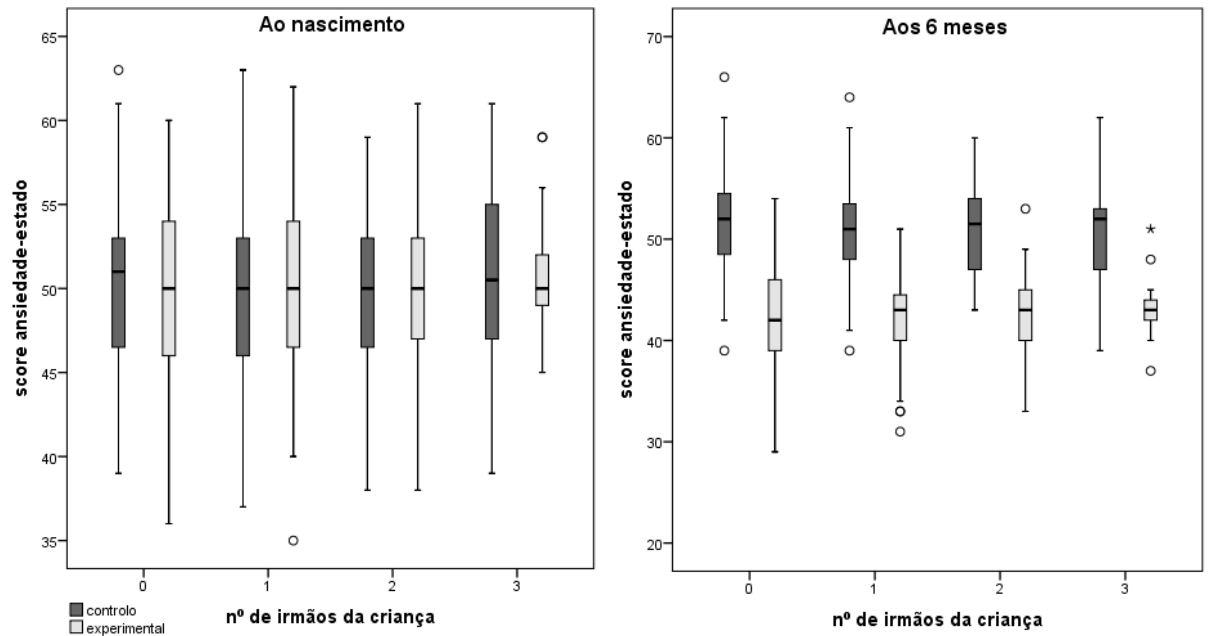


Figura 3.1.6 Boxplot score ansiedade-estado em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

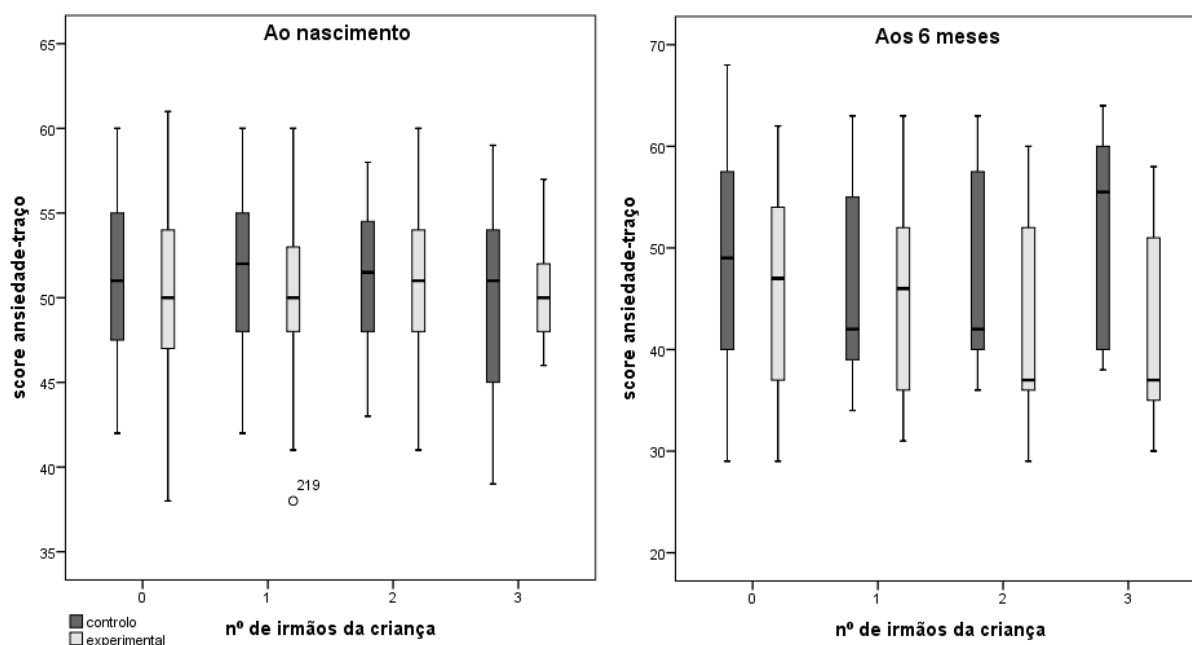
O teste de ANOVA *one-way*, no grupo de controlo e no experimental, para comparar os conjuntos das mães em função da existência de outras crianças em casa, relativamente à ansiedade-estado inicial (nascimento) e final (6 meses), não revelou diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) conforme mostra a Tabela 3.1.8.

Tabela 3.1.8 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Controlo	Ansiedade-estado (nascimento)	4, 200	0,41	0,747
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 200	0,30	0,826
Experimental	Ansiedade-estado (nascimento)	4, 201	0,28	0,844
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 201	0,20	0,898

### 3.1.2.3. Ansiedade materna - traço.

Na Figura 3.1.7 apresentam-se as medidas descritivas da ansiedade-traço, ao nascimento e 6 meses, para cada grupo do estudo, controlo e experimental.



92

Figura 3.1.7 Boxplot score ansiedade-traço em função do número de crianças na habitação, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Os resultados do teste ANOVA *one-way*, apresentados na Tabela 3.1.9, para o score de ansiedade-traço, ao nascimento e 6 meses, em cada grupo de estudo, não revelaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) entre os quatro conjunto de mães relativos ao número de crianças na habitação.

Tabela 3.1.9 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço em função do número de crianças na habitação, para cada grupo do estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	F	<i>p</i>
Controlo	Ansiedade-traço (nascimento)	4, 200	0,56	0,645
	Ansiedade-traço (6 meses)	4, 200	1,50	0,217
Experimental	Ansiedade-traço (nascimento)	4, 201	0,56	0,649
	Ansiedade-traço (6 meses)	4, 201	1,12	0,341

### 3.1.2.4. Desenvolvimento infantil.

Na Figura 3.1.8 apresentam-se as medidas descritivas do desenvolvimento infantil (SGS), aos 2, 4 e 6 meses para cada grupo do estudo, controlo e experimental, referentes à existência de irmãos na família.

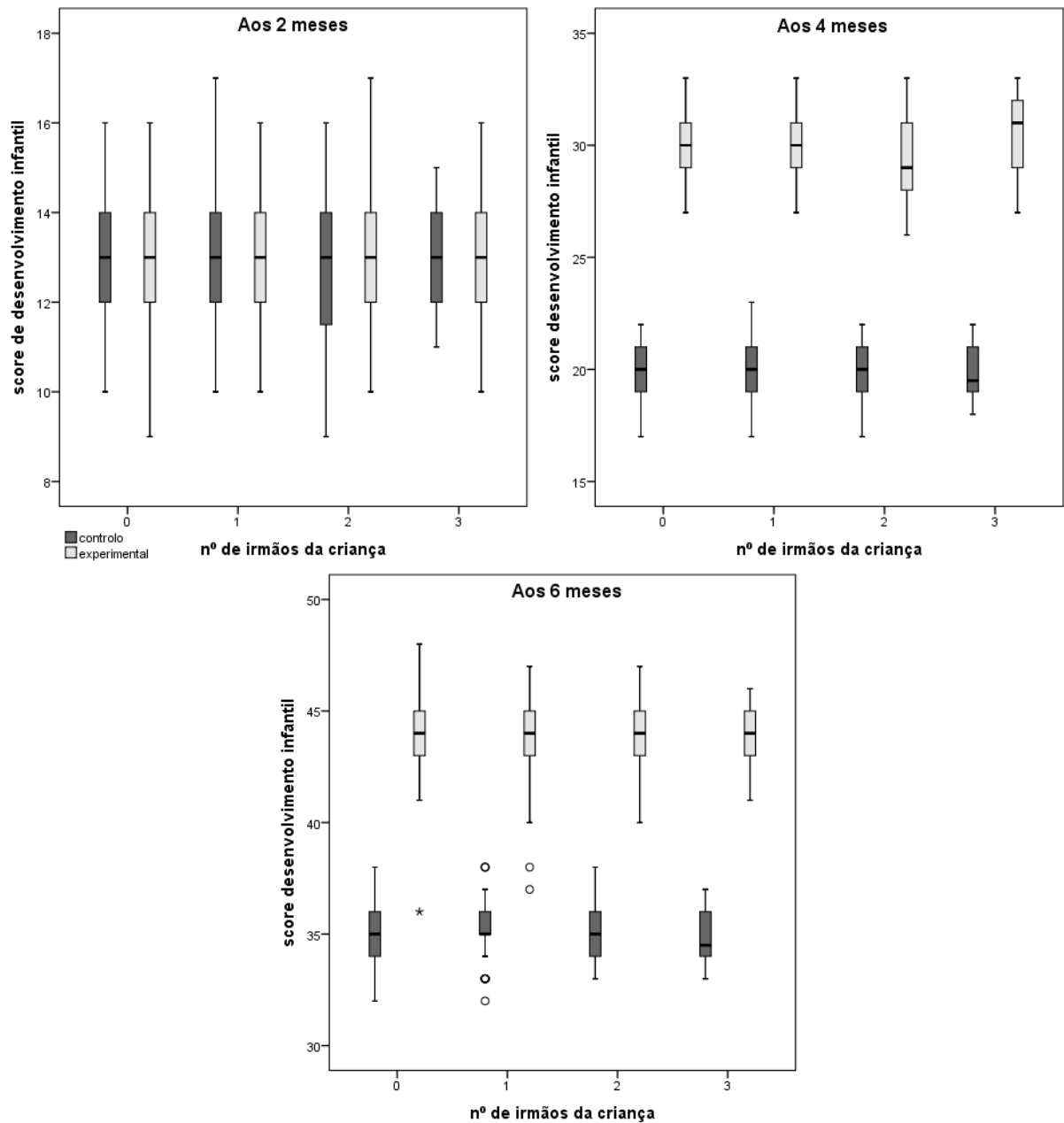


Figura 3.1.8 Boxplot score desenvolvimento infantil em função do número de crianças na habitação, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Para o score do desenvolvimento infantil, aos 2, 4 e 6 meses, em cada grupo de estudo (controle e experimental), as diferenças entre os quatro conjuntos relativos à existência de irmãos não foram significativas ( $p > 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.10.

Tabela 3.1.10 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função do número de crianças na habitação, para cada grupo de estudo (controle e experimental), aos 2, 4 e 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	F	<i>p</i>
Controle	Desenvolvimento infantil 2 meses	4, 200	0,93	0,428
	Desenvolvimento infantil 4 meses	4, 200	0,42	0,738
	Desenvolvimento infantil 6 meses	4, 200	0,56	0,640
Experimental	Desenvolvimento infantil 2 meses	4, 201	0,64	0,593
	Desenvolvimento infantil 4 meses	4, 201	2,57	0,056
	Desenvolvimento infantil 6 meses	4, 201	0,05	0,985

94

### 3.1.3. Efeito do NSE no conhecimento materno, ansiedade materna e desenvolvimento infantil.

Os resultados da análise do conhecimento materno, desenvolvimento infantil e da ansiedade materna em função do NSE, foram realizados com recurso ao teste de ANOVA *one-way*, para cada grupo do estudo (controle e experimental), de forma a identificar eventuais diferenças entre os cinco níveis de classes do NSE para cada um dos grupos. Esta análise, para cada grupo do estudo (C e E) permite que a posterior análise da diferenças entre os grupos não estivesse sob uma eventual influência desproporcionada (ao nível dos grupos C e E) do NSE nas variáveis em estudo.

O teste de normalidade, Kolmogorov–Smirnov, indicou que os dados apresentam uma distribuição normal, o teste de Levene revelou que a homogeneidade da variância estavam garantidos para as variáveis: conhecimento materno inicial e final, desenvolvimento infantil aos 2,4 e 6 meses, ansiedade-estado inicial e final, ansiedade traço inicial, testes realizados para cada um dos grupos (C e E).



### 3.1.3.1. Conhecimento materno (KIDI).

Apresenta-se graficamente as medidas de posição, dispersão e assimetria para a variável conhecimento materno (nascimento e 6 meses) em função da classe do NSE, nos dois grupos, controlo e experimental (Figura 3.1.9).

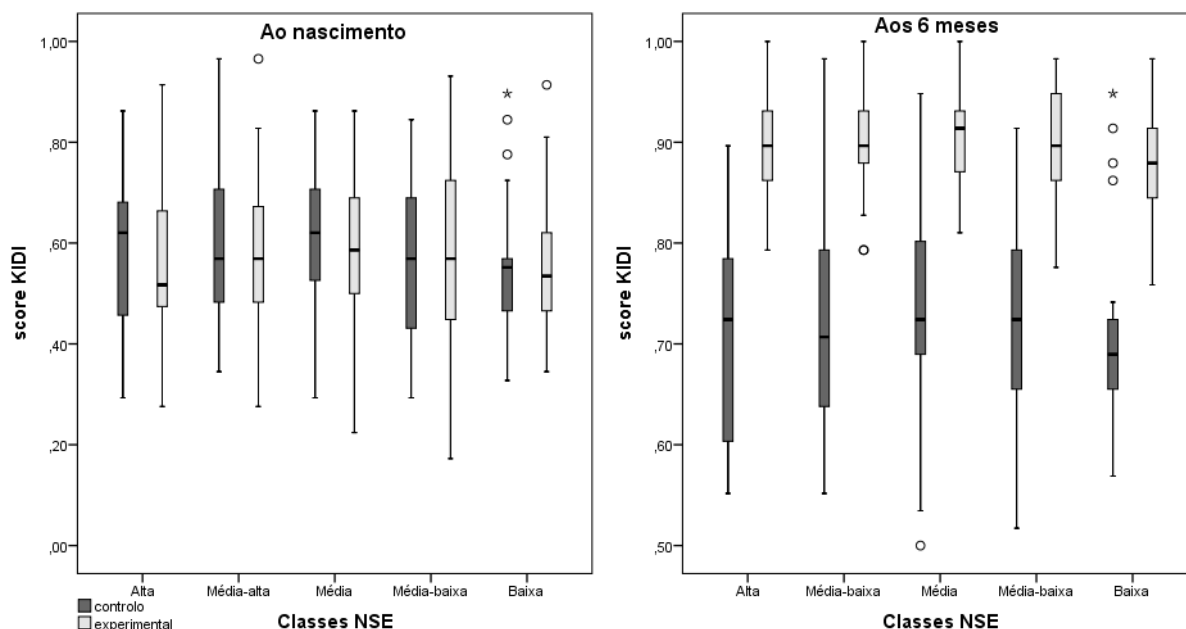


Figura 3.1.9 Boxplot score conhecimento materno (KIDI) pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

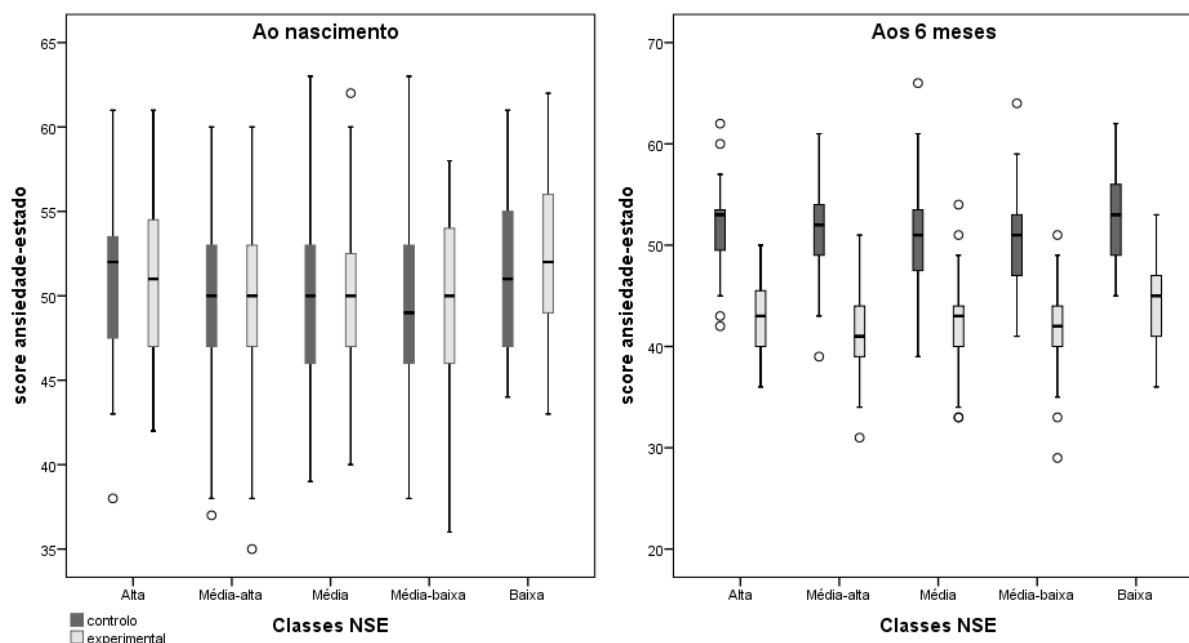
Para a variável score do conhecimento materno (KIDI), inicial e final, em cada grupo de estudo, as diferenças entre os cinco níveis do NSE não foram significativas ( $p < 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.11.

Tabela 3.1.11 Resultados da ANOVA para o conhecimento materno em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo de estudo (controlo e experimental), ao nascimento e 6 meses.

Grupo		df	F	p
Controlo	Conhecimento materno (nascimento)	4, 200	0,87	0,485
	Conhecimento materno (6 meses)	4, 200	0,55	0,700
Experimental	Conhecimento materno (nascimento)	4, 201	0,35	0,847
	Conhecimento materno (6 meses)	4, 201	1,01	0,403

### 3.1.3.2. Ansiedade materna - estado.

Na Figura 3.1.10 observa-se as medidas descritivas da ansiedade-estado (nascimento e 6 meses) para cada grupo do estudo, controlo e experimental.



96

Figura 3.1.10 Boxplot score ansiedade-estado pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

O teste de ANOVA *one-way*, no grupo de controlo e no experimental, para comparar os grupos do NSE (5 níveis) relativamente à ansiedade-estado inicial (nascimento) e final (6 meses), não revelou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) em função dos diferentes níveis do NSE conforme mostra a Tabela 3.1.12.

Tabela 3.1.12 Resultados da ANOVA para a ansiedade-estado em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo do estudo, ao nascimento e 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	F	<i>p</i>
Controlo	Ansiedade-estado (nascimento)	4, 200	0,73	0,571
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 200	0,82	0,517
Experimental	Ansiedade-estado (nascimento)	4, 201	0,81	0,522
	Ansiedade-estado (6 meses)	4, 201	1,79	0,133

### 3.1.3.3. Ansiedade materna - traço.

Na Figura 3.1.11 observa-se as medidas descritivas da ansiedade-traço, ao nascimento, para cada grupo do estudo (controlo e experimental), ao nascimento e aos 6 meses.

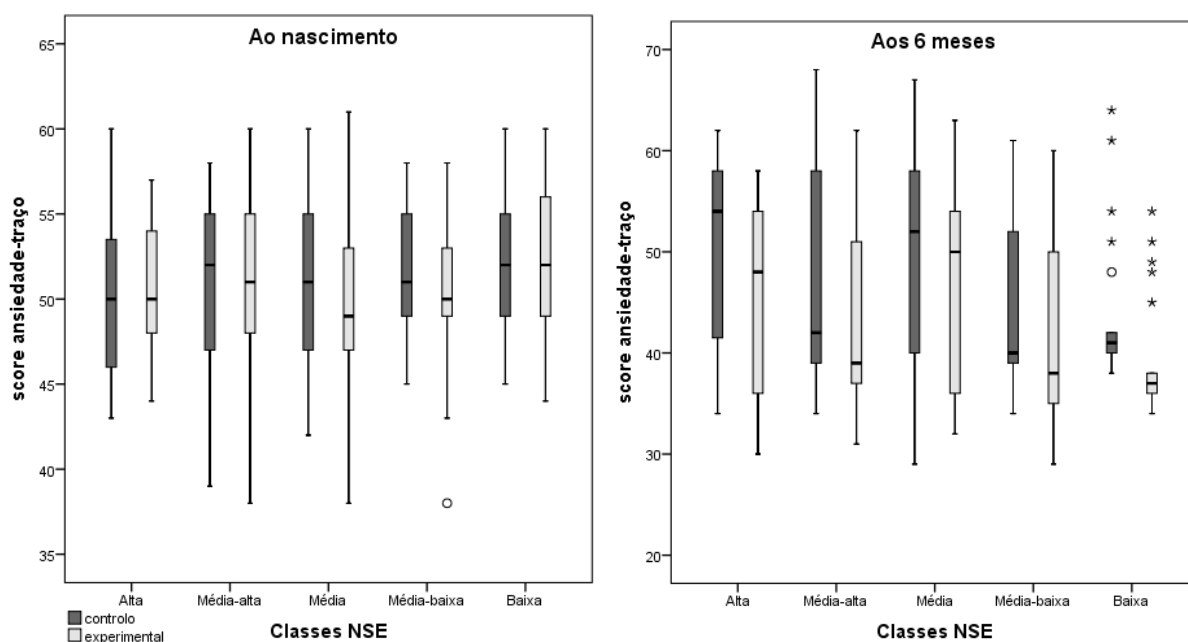


Figura 3.1.11 Boxplot ansiedade-traço pelas classes NSE, ao nascimento e aos 6 meses para os grupos controlo e experimental.

Para o score de ansiedade-traço, ao nascimento, em cada grupo de estudo, as diferenças entre os cinco níveis do NSE não foram significativas ( $p > 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.13.

Tabela 3.1.13 Resultados da ANOVA para a ansiedade-traço, em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo do estudo, ao nascimento.

Grupo	df	F	p
Controlo	4, 200	0,93	0,447
Experimental	4, 201	1,64	0,166

No entanto, para a variável ansiedade-traço final (6 meses), o teste de Levene revelou, quer no grupo de controlo quer no grupo experimental, que a suposição da variância não foi atingida (GC  $p = 0,001$ ; GE  $p = 0,002$ ). Assim, foi utilizado um teste paramétrico robusto para variâncias diferentes, o teste de Welch, com um nível alfa de 0,05 para todas as análises subsequentes. No grupo de controlo, o teste de Welch para o score médio da ansiedade-traço aos 6 meses, em função dos níveis NSE, revelou um efeito estatisticamente significativo,  $W(4; 79,57) = 3,94$ ,  $p = 0,006$ , indicando que os níveis do NSE têm diferenças ao nível da pontuação média na medida de ansiedade-traço aos 6 meses.

Comparações post-hoc, utilizando o procedimento de Games-Howell, foram realizados para determinar quais os pares dos cinco NSE diferiram significativamente. A significância das diferenças é apresentada na Tabela 3.1.14 e indicam que aos 6 meses as mães, do grupo de controlo, de classe média (M = 49,80) apresentaram uma pontuação média significativamente maior na medida de ansiedade-traço que as mães das classes média-baixa (M = 44.70) e baixa (M = 44.05). Embora a média da ansiedade-traço aos 6 meses das mães de classe alta (M = 50,45) do grupo controlo, não seja significativamente diferente ( $p > 0,05$ ) das restantes classes, a comparação post-hoc, utilizando o procedimento de Games-Howell, mostrou que as diferenças são marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ) com as mães da classe média-baixa (M = 44,70) e baixa (M= 44,05).

Tabela 3.1.14 Níveis de significância, post-hoc Games-Howell, das diferenças entre os níveis do NSE para as mães do grupo de controlo aos 6 meses.

		Classes Nível socioeconómico			
		Alta	Média-alta	Média	Média-baixa
Classes Nível socioeconómico	Alta				
	Média-alta	ns			
	Média	ns	ns		
	Média-baixa	†	ns	*	
	Baixa	†	ns	*	ns

\*  $p < 0,05$ ; †  $p < 0,1$ ; ns não significativo

98

No grupo experimental, o teste de Welch para o score médio da ansiedade-traço aos 6 meses, em função dos níveis NSE, revelou um efeito estatisticamente significativo,  $W(4; 81,02) = 4,93$ ,  $p = 0,001$ , indicando que os níveis do NSE têm diferenças ao nível da pontuação média na medida de ansiedade-traço aos 6 meses, para este grupo. A significância das diferenças entre os pares dos cinco níveis do NSE é apresentada na Tabela 3.1.15 e indica que aos 6 meses as mães, do grupo experimental, de classe alta (M = 46,13) apresentaram uma pontuação média significativamente maior na medida de ansiedade-traço que as mães da classe baixa (M = 39,57), bem como as mães de classe média (M = 46,46) relativamente às mães da classe baixa (M = 39,57).

Tabela 3.1.15 Níveis de significância, post-hoc Games-Howell, das diferenças entre os níveis do NSE para as mães do grupo experimental, aos 6 meses.

		Classes Nível socioeconómico			
		Alta	Média-alta	Média	Média-baixa
Classes Nível socioeconómico	Alta				
	Média-alta	ns			
	Média	ns	ns		
	Média-baixa	ns	ns	ns	
	Baixa	*	ns	**	ns

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; ns não significativo

### 3.1.3.4. Desenvolvimento infantil.

Na Figura 3.1.12 apresentam-se as medidas descritivas do desenvolvimento infantil (SGS), aos 2, 4 e 6 meses para cada grupo do estudo, controlo e experimental.

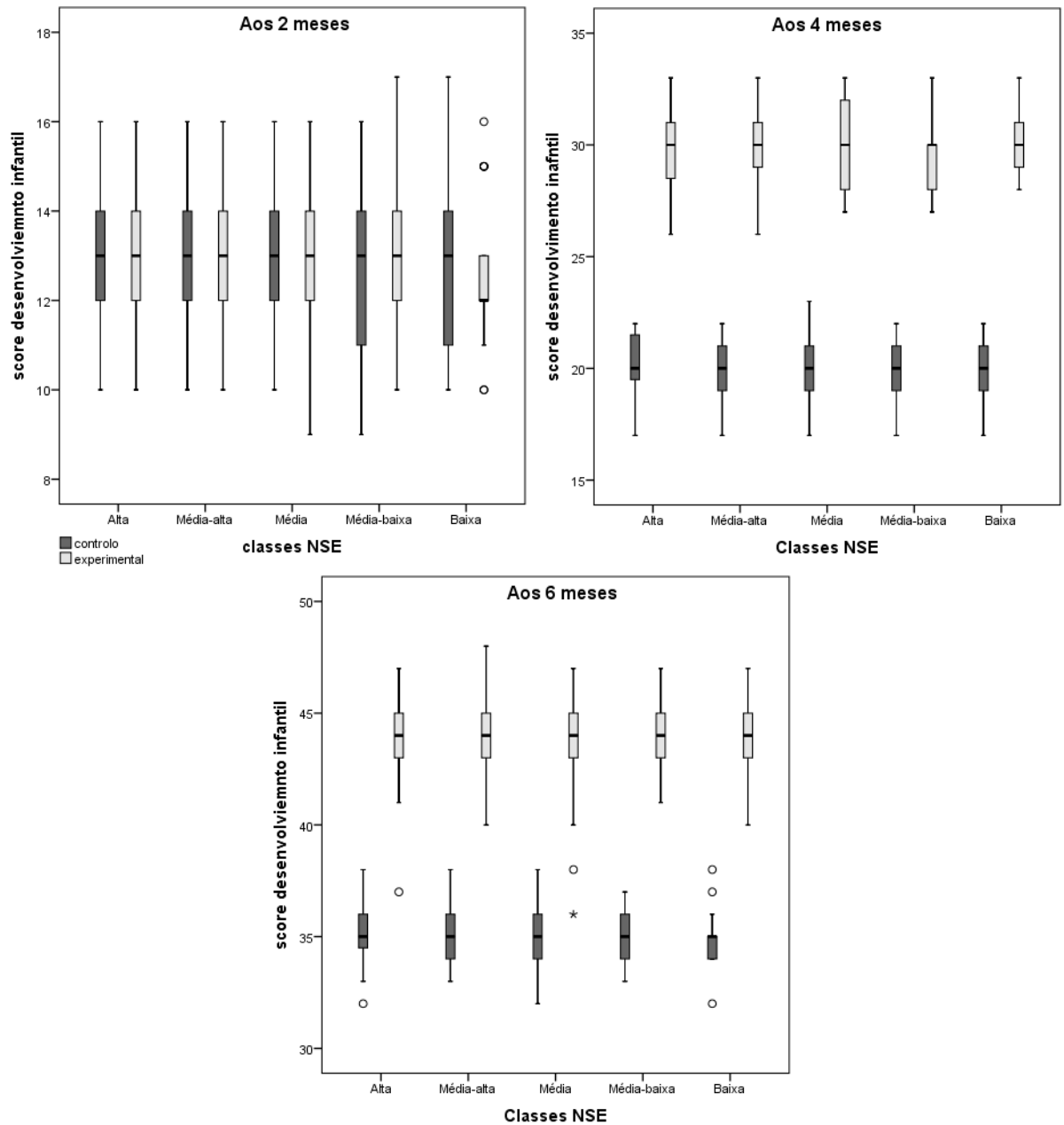


Figura 3.1.12 Boxplot score desenvolvimento infantil pelas classes NSE, aos 2, 4 e 6 meses, para os grupos controlo e experimental.

Para o score do desenvolvimento infantil, aos 2, 4 e 6 meses, em cada grupo de estudo (controlo e experimental), as diferenças entre os cinco níveis do NSE não foram significativas ( $p < 0,05$ ), conforme se observa pelo teste de ANOVA *one-way* apresentado na Tabela 3.1.16.

Tabela 3.1.16 Resultados da ANOVA para o desenvolvimento infantil em função dos 5 níveis do NSE para cada grupo de estudo (controlo e experimental), aos 2, 4 e 6 meses.

Grupo		<i>df</i>	F	<i>p</i>
Controlo	Desenvolvimento infantil 2 meses	4, 200	0,19	<i>0,940</i>
	Desenvolvimento infantil 4 meses	4, 200	0,37	<i>0,830</i>
	Desenvolvimento infantil 6 meses	4, 200	0,44	<i>0,780</i>
Experimental	Desenvolvimento infantil 2 meses	4, 201	0,63	<i>0,639</i>
	Desenvolvimento infantil 4 meses	4, 201	1,18	<i>0,322</i>
	Desenvolvimento infantil 6 meses	4, 201	0,09	<i>0,986</i>

## 100

Em síntese, a análise das diferenças entre os níveis (diferenciados) de cada variável, tipologia área residencial, número de irmãos e NSE, revelaram (i) ao nível da ansiedade-traço aos 6 meses, diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ) entre as mães, do grupo de controlo, residentes na APU, com score de ansiedade médio superior ao das mães residentes na AMU; (ii) bem como diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ) ao nível da ansiedade traço, aos 6 meses do grupo de controlo, entre as mães de NSE alto com média de score ansiedade-traço superior aos das mães de NSE médio-baixo e baixo; neste grupo (controlo) foram ainda identificadas diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) no score médio de ansiedade-traço das mães de NSE médio (score superior) relativamente às mães de NSE médio-baixo e baixo; (iii) foram identificadas diferenças muito significativas ( $p < 0,01$ ), no grupo experimental aos 6 meses, ao nível da ansiedade-traço entre as mães de NSE alto (score superior) e as mães de NSE baixo.

### 3.2. Análise da Evolução da Ansiedade-Estado, da Ansiedade-Traço e do Desenvolvimento Infantil

Procedeu-se à análise da evolução da ansiedade-estado, ansiedade-traço e desenvolvimento infantil em função das variáveis: (i) intervenção (grupo controlo e grupo experimental), (ii) NSE, (iii) conhecimento materno, (iv) número de irmãos, (v) tipologia da área residencial, (vi) antropometria e (vii) género da criança. Para estas análises recorreu-se aos modelos lineares misto (LMM - Linear Mixed Models), considerando como estrutura de covariância a não estruturada e ao método de estimação ao método da máxima verosimilhança restrita (REML). A comparação entre os modelos aninhados (que diferiram apenas nos fatores fixo em análise) foi feita pelo Critério de Informação de Akaike (AIC) e pelo critério de informação Bayesiano de Schwarz (BIC). Valores menores de AIC e BIC indicam o modelo mais ajustado, isto é, o modelo que envolva o mínimo de variáveis possíveis e que explique bem o comportamento da variável resposta, podendo alguns modelos a seguir apresentados não contemplar todas as variáveis enunciadas.

#### 3.2.1. Análise da ansiedade-estado em função das variáveis grupo (C e E), conhecimento materno, NSE número de irmãos e tipologia área residencial.

101

Realizou-se a análise do modelo linear misto para a variável “ansiedade-estado” para comparar os efeitos das variáveis em estudo: intervenção (PEPDI), conhecimento materno, NSE, número de irmãos e tipologia de área residencial. Os padrões de mudança foram comparados ao longo do tempo das avaliações: ao nascimento e aos 6 meses. Os valores médios da ansiedade-estado ao nascimento e 6 meses, nos dois grupos estão apresentados na Tabela 3.2.1.

Tabela 3.2.1 Médias da ansiedade-estado ao nascimento e 6 meses.

	Nascimento		6 meses	
	C n=205	E n=206	C n=205	E n=206
Ansiedade-estado M (SD)	50,00 (5,17)	50,23 (5,10)	51,35 (4,80)	42,43 (4,21)

*SD: standard deviation - Desvio padrão*

Após a análise através de modelos mistos, as variáveis intervenção (grupo controlo e experimental)  $F(1, 461,52)^1 = 249,51; p < 0,001$  e conhecimento materno  $F(1, 448,67) = 519,93; p < 0,001$ , revelaram ter um efeito estatisticamente muito significativo ( $p < 0,001$ ) no score de ansiedade-estado. As restantes variáveis, incluídas no modelo de análise da ansiedade-estado não revelaram, de per si, ter influencia significativa ( $p > 0,05$ ) para a ansiedade-estado (NSE  $F(4, 398,90) = 2,24, p = 0,065$ ; número de irmãos  $F(3, 398,92) = 0,24, p = 0,869$ ). No entanto, os critérios de avaliação do modelo linear misto (AIC e BIC) apresentam estas variáveis como importantes para a análise do modelo ajustado dado que melhoram a interpretação do modelo para o período em análise. Outros modelos que incluíam os fatores género da criança, e antropometria não apresentavam o melhor ajuste de acordo com os critérios de informação AIC e BIC.

Analisando a estimativa de efeitos fixados para a ansiedade-estado (Tabela 3.2.2), a variável intervenção (grupo controlo e experimental), apresentou no modelo um valor de  $p < 0,05$ , constatando-se que o grupo controlo (o que não teve o programa de educação para a saúde) apresenta um valor de estimativa da variável superior ( $\hat{\beta} = 7,67$ ) relativamente ao grupo experimental.

Tabela 3.2.2 Estimativas de efeitos fixos para a ansiedade-estado do nascimento aos 6 meses.

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	gl	t	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Intercetação	55,478047	1,870763	503,777	29,655	0,000	51,802588	59,153506
Grupo controlo	7,565300	0,478940	461,522	15,796	0,000	6,624126	8,506473
Grupo experimental	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
Conhecimento materno	-16,878100	0,740201	448,678	-22,802	0,000	-18,332791	-15,423410
APR	1,216128	1,760092	398,810	0,691	0,490	-2,244091	4,676346
AMU	2,950860	1,306476	398,862	2,259	0,024	0,382420	5,519299
APU	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
n° irmãos = 0	0,464543	0,861948	399,073	0,539	0,590	-1,229983	2,159069
n° irmãos = 1	0,057626	0,859172	399,057	0,067	0,947	-1,631443	1,746694
n° irmãos = 2	0,131034	0,939751	399,131	0,139	0,889	-1,716446	1,978515
n° irmãos = 3	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
NSE Classe alta	1,444862	1,601616	398,868	0,902	0,368	-1,703802	4,593526
NSE Classe média-alta	0,696951	1,529003	398,867	0,456	0,649	-2,308961	3,702863
NSE Classe média	1,132676	1,475672	398,994	0,768	0,443	-1,768387	4,033740
NSE Classe média-baixa	-2,032870	0,898128	398,864	-2,263	0,024	-3,798526	-0,267213
NSE Classe baixa	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.

<sup>a</sup> Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

<sup>1</sup> F ("gl between groups", " gl Within groups" ) = "valor"



Também a variável conhecimento materno apresenta um efeito significativo ( $p < 0,05$ ), sendo o valor da estimativa desta variável  $\hat{\beta} = -16,87$ , demonstrando que valores mais elevados de conhecimento materno estão associados a scores de ansiedade-estado mais reduzidos, como se observa na Figura 3.2.1 para os grupos controlo e experimental em separado, sendo mais expressivo o efeito de níveis mais elevados do conhecimento materno na ansiedade-estado (scores mais baixos) para o grupo com a intervenção (experimental).

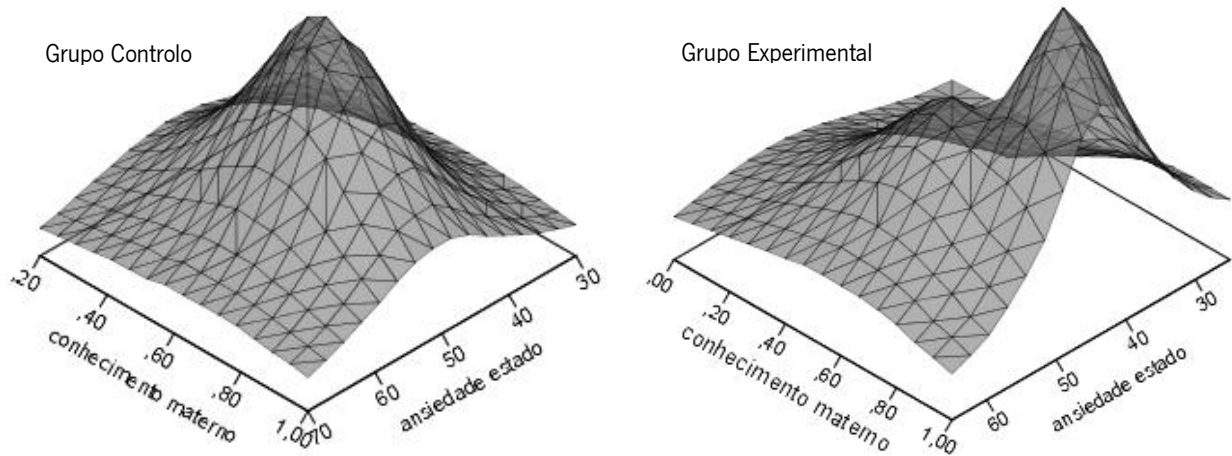


Figura 3.2.1 Relação da evolução da variável ansiedade-estado em função da evolução do conhecimento materno, para os dois grupos, controlo e experimental.

Em síntese, a evolução dos níveis de ansiedade-estado dos 0 aos 6 meses tem uma influência muito significativa ( $p < 0,001$ ) do PEPDI e dos níveis de conhecimento materno, isto é as mães que usufruir do PEPDI diminuíram significativamente os seus níveis de ansiedade-estado até aos 6 meses, e de igual forma, as mães que aumentaram o seu nível de conhecimento também diminuíram significativamente os seus níveis de ansiedade-estado até aos 6 meses.

### 3.2.2. Análise da ansiedade-traço em função das variáveis grupo (C e E), conhecimento materno, NSE número de irmãos e tipologia área residencial.

Realizou-se a análise do modelo linear misto para a variável ansiedade-traço para comparar os efeitos das variáveis em estudo: intervenção (grupo controlo e grupo experimental), conhecimento materno, NSE, número de irmãos e área residencial. Os padrões de mudança foram comparados ao longo do tempo das avaliações, ao nascimento e aos 6 meses. Os valores médios da ansiedade-traço ao nascimento e 6 meses, nos dois grupos estão apresentados na Tabela 3.2.3.

Tabela 3.2.3 Médias da ansiedade-traço ao nascimento e 6 meses.

	Nascimento		6 meses	
	C n=205	E n=206	C n=205	E n=206
Ansiedade-traço M (SD)	51,04 (4,38)	50,50 (4,44)	48,05 (9,44)	44,31 (9,20)

*SD: standard deviation - Desvio padrão*

104

A análise dos modelos lineares mistos para a variável ansiedade-traço revelou que as quatro variáveis (i) intervenção (grupo controlo e grupo experimental)  $F(1, 393,88) = 20,62; p < 0,001$ , (ii) conhecimento materno  $F(1, 539,36) = 21,57, p < 0,001$ ; (iii) NSE  $F(4, 392,15) = 6,68, p = 0,006$ ; e (iv) tipologia de área residencial  $F(2, 391,98) = 3,99; p = 0,019$  têm um efeito significativo ( $p < 0,05$ ) no score de ansiedade-traço.

Por sua vez, apenas a variável número de irmãos, incluída no modelo de análise,  $F(3, 391,89) = 0,81; p = 0,491$  não revelou ter influencia significativa ( $p > 0,05$ ) para o ansiedade-traço. No entanto, de acordo com os critérios de avaliação do modelo linear misto (AIC e BIC) é uma variável importante para a análise do modelo ajustado, outros modelos que incluíam as variáveis género da criança e antropometria não apresentavam o melhor ajuste de acordo com os critérios de informação AIC e BIC.

Analisando as estimativas das variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$  relativamente à variável ansiedade-traço (Tabela 3.2.4), constata-se que (i) a ausência da intervenção (grupo de controlo) apresenta uma estimativa superior ( $\hat{\beta} = 1,29; p < 0,001$ ) ao grupo que usufruiu do programa de educação para a saúde (grupo experimental), (ii) o tipo de área residencial revelou uma estimativa de que as mães de área residencial medianamente urbano (AMU) é significativamente superior ( $\hat{\beta} = 2,30$ ;

$p = 0,005$ ) às mães residentes em área predominantemente urbana (APU); (iii) as estimativas da variável NSE apresentam valores significativos aos níveis das classes do NSE: alta ( $\hat{\beta} = 3,39$ ;  $p = 0,001$ ), média-alta ( $\hat{\beta} = 2,89$ ;  $p = 0,003$ ) e média ( $\hat{\beta} = 2,93$ ;  $p = 0,002$ ) comparativamente à classe baixa; (iv) o conhecimento materno apresenta um valor da estimativa ( $\hat{\beta} = -4,92$ ;  $p < 0,001$ ) que revela que a variação para scores mais elevados de conhecimento materno estão associados à variação de scores de ansiedade-traço mais baixos.

Tabela 3.2.4 Estimativas de efeitos fixos para a ansiedade-traço do nascimento aos 6 meses.

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	gl	t	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Intercetação	48,619773	1,251502	422,986	38,849	,000	46,159835	51,079711
Grupo controlo	1,294614	,285100	393,882	4,541	,000	,734105	1,855123
Grupo experimental	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
Conhecimento materno	-4,921240	1,059688	539,361	-4,644	,000	-7,002861	-2,839618
APR	2,092791	1,103576	391,959	1,896	,059	-,076877	4,262459
AMU	2,306370	,820012	392,278	2,813	,005	,694202	3,918537
APU	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
nº irmãos = 0	,702689	,540399	391,972	1,300	,194	-,359755	1,765133
nº irmãos = 1	,355724	,538264	391,753	,661	,509	-,702523	1,413971
nº irmãos = 2	,673060	,589438	392,112	1,142	,254	-,485794	1,831914
nº irmãos = 3	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
NSE Classe alta	3,390602	1,005584	392,377	3,372	,001	1,413595	5,367610
NSE Classe média-alta	2,891220	,960560	392,556	3,010	,003	1,002733	4,779706
NSE Classe média	2,930184	,928814	393,141	3,155	,002	1,104120	4,756249
NSE Classe média-baixa	-,279436	,562720	391,746	-,497	,620	-1,385765	,826893
NSE Classe baixa	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.

<sup>a</sup> Este parâmetro é definido para zero porque é redundante

A Figura 3.2.2 mostra a evolução para os grupos em separado, sendo que a elevação gráfica ao nível de scores elevados de conhecimento *vs.* scores inferiores de ansiedade-traço é mais expressiva para o grupo com a intervenção de educação para a saúde, isto é, o grupo experimental

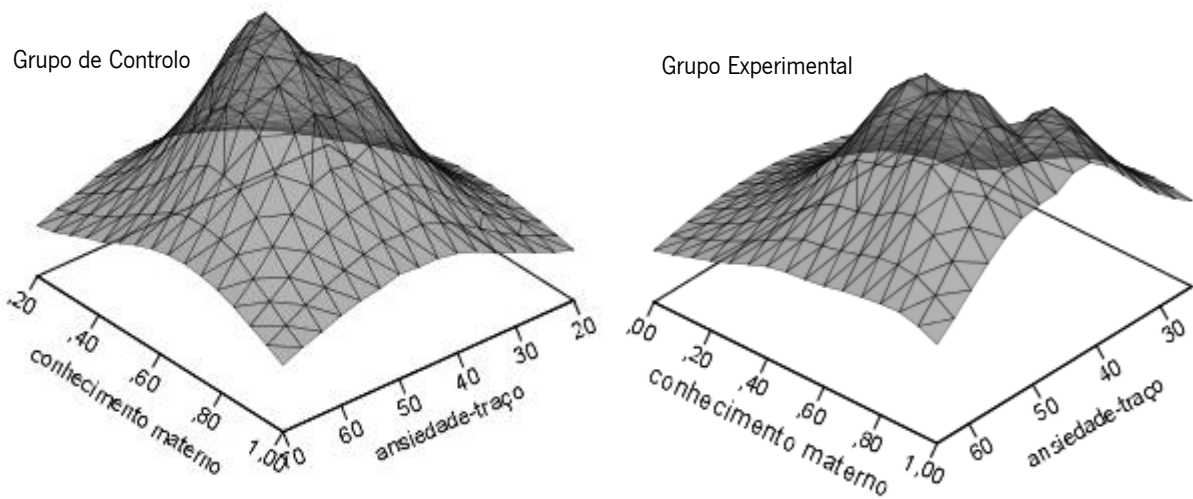


Figura 3.2.2 Relação da evolução da variável ansiedade-traço em função da evolução do conhecimento materno, para os dois grupos, controlo e experimental.

Em resumo, a evolução dos níveis de ansiedade-traço dos 0 aos 6 meses tem uma influência muito significativa ( $p < 0,001$ ) do PEPDI e dos níveis de conhecimento materno, e significativa ( $p < 0.05$ ) do NSE e tipologia área residencial, isto é as mães que usufruir do PEPDI bem como as mães que aumentaram o seu nível de conhecimento diminuíram significativamente os seus níveis de ansiedade-traço até aos 6 meses, no caso do NSE as mães de classe alta, média-alta e média apresentam um aumento significativo da ansiedade-traço até aos 6 meses relativamente às mães de NSE baixo, relativamente á área residencial o aumento, significativo, da ansiedade-traço é nas mães residentes em AMU relativamente ás mães residentes em APU.

### 3.2.3. Análise do desenvolvimento infantil em função das variáveis grupo (C e E), ansiedade-estado, ansiedade-traço, conhecimento materno e NSE.

Foram aplicados os modelos lineares mistos à variável desenvolvimento infantil, para identificar os efeitos das variáveis em estudo: grupos controlo e experimental, ansiedade-estado, ansiedade-traço, conhecimento materno e NSE. De acordo com os critérios de ajustamento (AIC e BIC), a variável número de irmãos não pode integrar o modelo final pois quando incluída não melhora o modelo que tenta explicar o desenvolvimento infantil. Os padrões de mudança foram comparados ao longo do tempo das avaliações (ao nascimento, aos 2, 4 e 6 meses) com a análise da influência das variáveis referidas. Os valores médios do desenvolvimento infantil, desde o nascimento aos 6 meses, nos dois grupos estão apresentados na Tabela 3.2.5.

Tabela 3.2.5 Médias do desenvolvimento infantil ao nascimento, 2, 4 e 6 meses.

	Nascimento		2 meses		4 meses		6 meses	
	C	E	C	E	C	E	C	E
	n=205	n=206	n=205	n=206	n=205	n=206	n=205	n=206
Desenvolvimento infantil M (SD)	3,0 (0,00)	3,0 (0,00)	12,9 (1,48)	13,1 (1,49)	20,1 (1,38)	29,9 (1,71)	35,1 (1,26)	43,9 (1,86)

SD: *standard deviation* - Desvio padrão

107

A análise do modelo linear misto ajustado para a variável desenvolvimento infantil, revelou que a variável intervenção (grupo controlo e grupo experimental) teve um efeito muito significativo ( $p < 0,001$ ) no score de desenvolvimento infantil  $F(1, 388,26) = 2.104,49$ ,  $p < 0,001$ . As outras variáveis incluídas no modelo, não revelaram, de per si, ter influência significativa ( $p > 0,05$ ) no score de desenvolvimento infantil (ansiedade-estado  $F(1, 388,86) = 0,51$ ,  $p = 0,476$ ; ansiedade-traço  $F(1, 396,15) = 3,53$ ,  $p = 0,061$ ; conhecimento materno  $F(1, 389,67) = 0,21$ ,  $p < 0,648$ ; NSE  $F(4, 388,59) = 0,29$ ;  $p < 0,887$ ). No entanto, os critérios de avaliação do modelo linear misto (AIC e BIC) apresentam estas variáveis com fatores importantes para a análise do modelo, pois melhoram a especificação do modelo, para o desenvolvimento infantil nos primeiros 6 meses de vida da criança.

Observando a estimativa das variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$  (Tabela 3.2.6) constata-se que (i) a ausência da intervenção (grupo controlo) apresenta uma estimativa inferior, muito significativa ( $\hat{\beta} = -4,46$ ;  $p < 0,001$ ), relativamente ao grupo da intervenção (grupo experimental).

Tabela 3.2.6 Estimativas de efeitos fixos para o desenvolvimento infantil do nascimento aos 6 meses.

Variável	Estimativa	Erro padrão	df	t	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Intercetação	25,261382	0,715130	,000	35,324	1,000	-704,962625	755,485389
Grupo controlo	-4,463658	0,097301	388,261	-45,875	0,000	-4,654961	-4,272355
Grupo experimental	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
Conhecimento materno	0,183238	0,400639	389,670	0,457	0,648	-0,604447	0,970923
NSE Classe alta	0,128378	0,169104	388,626	0,759	0,448	-0,204096	0,460852
NSE Classe média-alta	0,115999	0,155528	388,590	0,746	0,456	-0,189782	0,421780
NSE Classe média	0,083862	0,149973	388,627	0,559	0,576	-0,210997	0,378721
NSE Classe média-baixa	0,013869	0,165164	388,545	0,084	0,933	-0,310858	0,338595
NSE Classe baixa	0 <sup>a</sup>	0	.	.	.	.	.
Ansiedade-Estado	-0,006356	0,008907	388,861	-0,714	0,476	-0,023867	0,011155
Ansiedade-Traço	-0,019757	0,010517	396,150	-1,879	0,061	-0,040434	0,000919

<sup>a</sup>. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

A Figura 3.2.3 mostra a evolução do desenvolvimento infantil da amostra total (ambos os grupos C e E, com n= 411), visualizando-se uma ramificação em dois grupos de sujeitos entre o 2º e 4º mês de vida,

108 a qual se mantém até aos 6 meses.

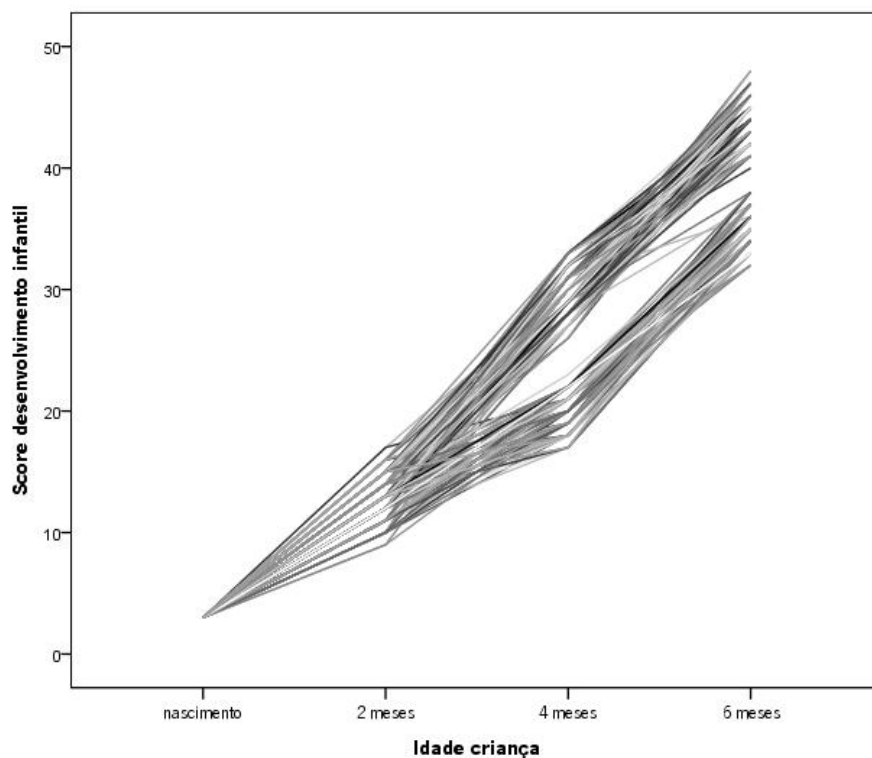


Figura 3.2.3 Evolução do desenvolvimento infantil da amostra total.

Fazendo a análise separada dos grupos controle e experimental (Figura 3.2.4) observa-se que o ramo de scores de desenvolvimento infantil mais elevado pertence ao grupo experimental, tal como revelado pela estimativa do parâmetro no modelo linear misto para a variável desenvolvimento infantil (Tabela 3.2.6). A determinação do *effect size* ( $r$ ), de acordo com Field (2009), foi determinado para a intervenção de educação para a saúde (PEPDI) tendo-se encontrado um valor muito elevado, de acordo com os níveis estipulados por Cohen (1992), de  $r = 0,92$ .

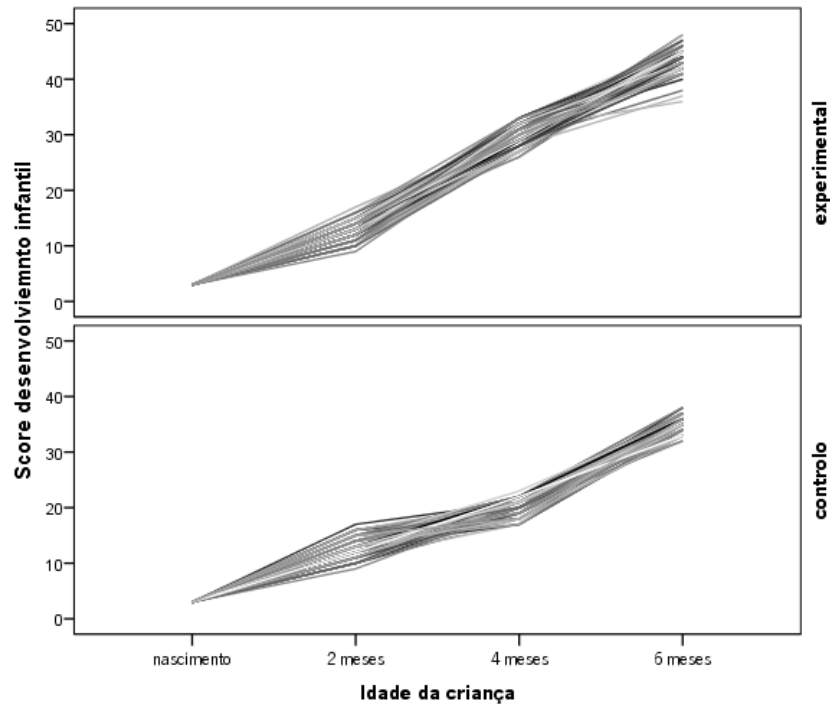


Figura 3.2.4 Evolução do desenvolvimento infantil por grupo (controle e experimental).

Em síntese, a evolução do desenvolvimento infantil dos 0 aos 6 meses tem uma influência muito significativa ( $p < 0,001$ ) do PEPDI, isto é as mães que usufruir do PEPDI promoveram condições promotoras do desenvolvimento infantil, detendo os seus filhos uma evolução do seu índice de desenvolvimento significativamente superior aos filhos de mães pertencentes ao grupo de controle.





## **4. Discussão e Conclusão**

111



O presente trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos do programa de educação para a saúde a mães - *PEPDI* - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil. No fundo, determinar o impacto dessa prática avançada na ansiedade materna e no desenvolvimento infantil. Foi realizada uma caracterização inicial da amostra, revelando as características de interesse para o estudo, como a ansiedade-estado, ansiedade-traço, conhecimento materno, desenvolvimento infantil e variáveis atributo. A opção de randomização dos sujeitos pelos dois grupos do estudo, teve como objetivo o de controlar os efeitos de autosseleção. No entanto, dada a evidência científica sobre determinadas variáveis, como o nível socioeconómico, níveis de conhecimento materno e ansiedade materna bem como número de irmãos, optou-se pela randomização que respeitasse as combinações possíveis de todas estas variáveis, obtendo-se assim um total de 40 grupos de sujeitos que partilhavam, internamente, os mesmos níveis relativos dessas variáveis. Os resultados demonstram que os dois grupos, no primeiro momento de avaliação, não apresentaram diferenças significativas relativas às características individuais bem como às variáveis em estudo (Secção 2.2.2). Em suma, os resultados da comparação dos grupos, permitiu-nos concluir que no momento inicial (ao nascimento) o grupo controlo (GC) e o grupo experimental (GE) não diferiram nas características que pudesse interferir *a posteriori* com a inferência dos dados. 113

Assim, nas avaliações subsequentes foi realizada uma análise da evolução das variáveis em estudo, ansiedade-estado, ansiedade-traço e desenvolvimento infantil, (Secção 3.2), comparando, ao longo do tempo os resultados do grupo dos indivíduos sujeitos ao *PEPDI* - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil, com os que não usufruíram dessa intervenção. Serão mencionados pontos fortes, limitações, assim como implicações para a prática clínica e investigação.

#### **4.1. Efeito do PEPDI - Programa de Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil na Ansiedade Materna**

Os resultados da avaliação da ansiedade das mães revelaram que, ao nível do estado emocional, houve um efeito significativo da intervenção ao longo dos 6 meses no que respeita à diminuição dos níveis de ansiedade-estado, referente às reações emocionais desagradáveis, e de ansiedade-traço, referente às diferenças individuais relativamente estáveis quanto à disposição para a ansiedade. O programa (PEPDI), bem como o nível de conhecimento materno, revelaram contribuir para a diminuição da ansiedade-estado no grupo experimental, enquanto no grupo controlo detetou-se mesmo um agravamento do nível de ansiedade aos 6 meses (Tabela 3.2.1).

Assim, a diminuição da ansiedade-estado nas mães do grupo experimental pode ser interpretada como a sua capacitação para a parentalidade ( $p < 0,001$ ) que foi, invariavelmente, acompanhada do aumento do nível de conhecimento materno ( $p < 0,001$ ), sendo ambos os fatores bons indicadores do resultado positivo do Programa de *Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)*.

114 Ao nível da ansiedade-traço, que descreve o perfil genérico da pessoa relativo à ansiedade, verificou-se um padrão semelhante à ansiedade-estado, embora os resultados tenham apontado, para além dos efeitos significativos ao nível da intervenção ( $p < 0,001$ ) e do conhecimento materno ( $p < 0,001$ ), outros fatores como o NSE (nível socioeconómico) ( $p = 0,006$ ), o tipo de área residencial ( $p < 0,019$ ) afetaram significativamente a ansiedade-traço. Assim, as mães de classe alta, média-alta e média, apresentam diferenças significativas (médias superiores) relativamente à evolução do seu estado de ansiedade-traço ao longo dos 6 meses, relativamente às mães de classe baixa.

Também no que concerne à área residencial, as mães residentes em área medianamente urbana apresentam diferenças significativas (médias superiores) comparativamente às mães residentes em área predominantemente urbana ao nível da evolução da ansiedade-traço. Estes resultados indicam que um nível socioeconómico elevado e a residência em área medianamente urbana são fatores favoráveis ao desenvolvimento de um perfil ansiedade-traço elevado.

Igualmente outros estudos (Winter, Morawska, & Sanders, 2012) têm demonstrado que o nível de ansiedade dos pais está inversamente relacionada com o conhecimento materno (e paterno) e as competências parentais para cuidar dos filhos. Na verdade, os níveis de conhecimento maternos associados aos cuidados à criança colocam as mães em estados de ansiedade que muitas vezes dificultam o desempenho do seu papel parental, pelo que conseguir através do *PEPDI* - Programa de

*Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil, capacitar os pais com competências para o desempenho do papel parental, promove o incremento do seu conhecimento e por consequência diminui os seus níveis de ansiedade, naquela fase da vida. Em conclusão, os resultados confirmam, assim, as hipóteses H3 e H4 (Secção 2.1) do presente estudo: “H3 – O nível de ansiedade materno é influenciado pelo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;” e “H4 – O programa de educação para a saúde materno reduz a ansiedade materna relativo á maternidade”.

Além da sua relevância clínica, os dados obtidos no presente estudo, apontam para um efeito positivo do PEPDI, na diminuição da ansiedade relacionada com a transição para a parentalidade. Como tivemos oportunidade de verificar na revisão da literatura realizada na primeira parte deste estudo, estados de ansiedade associados ao papel parental constitui um denominador importante, que influenciam significativamente o desenvolvimento da criança.

A associação da ansiedade materna com o desenvolvimento e comportamentos da criança, encontra-se bem documentada na literatura científica deste domínio (Brouwers et al., 2001; Davids et al., 1963; Van den Bergh, 2010). O impacto positivo da intervenção (PEPDI) em termos de ansiedade-estado é extremamente relevante do ponto de vista funcional, tendo em conta o efeito preditor da ansiedade no desenvolvimento infantil. 115

#### **4.2. Efeito do PEPDI - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil no Desenvolvimento Infantil**

As hipóteses do estudo H1, H2 e H5, (Secção 2.1) afirmam que o desenvolvimento infantil é influenciado pelo conhecimento materno, NSE e programa de educação para a saúde, respetivamente. Para testar estas hipóteses, foram efetuados alguns modelos lineares mistos, tendo sido exposto o modelo mais ajustado (Secção 3.2.3) para testar os efeitos sobre o score do desenvolvimento infantil. Nesse modelo foram considerados as variáveis intervenção (grupo controlo e grupo experimental), o NSE e o número de irmãos. Foram ainda consideradas, como covariáveis, a ansiedade-estado, a ansiedade-traço e o conhecimento materno, realizando assim a análise entre-sujeitos. Por sua vez, a idade de avaliação à criança foi o fator de análise intra-sujeitos.

A hipótese “H5 – O programa de educação para a saúde materno influencia o desempenho da criança”, relativa ao programa de educação para a saúde (PEPDI), revelou ter um efeito significativo ( $p < 0,001$ ) no desempenho das crianças bem como uma magnitude de grande efeito ( $r = 0,92$ ) de acordo com os níveis de *effect size* estipulados por Cohen (1992), mesmo atendendo às variáveis descritas na literatura como influentes para o desempenho da criança, como: o NSE que é apresentado nalguns estudos como influente para o desenvolvimento infantil, tal como crianças de classe alta demonstrarem respostas sociais de forma mais expressiva (Marc H. Bornstein et al., 2007), ou as crianças de classe mais baixas apresentarem com maior frequência suspeita de atraso de desenvolvimento (Paiva et al., 2010).

116 No presente estudo a variável NSE revelou não ser considerada determinante para o desenvolvimento infantil, mas ficou demonstrado ser um importante fator a incluir na análise, dado que o *PEPDI* - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil, também atende às necessidades individuais, e no fundo é mais bem ajustado quando tido em conta o NSE. Assim a hipótese “H2 – O desenvolvimento infantil é determinado pelas condições socioeconómicas da família”, não foi confirmada, no entanto os resultados revelaram que o NSE é um fator a atender na análise do fenómeno do desenvolvimento infantil, ainda que esteja implementado o PEPDI.

O conhecimento materno, que mostrou diferenças significativas entre os dois grupos (controlo e experimental) no final da intervenção (Tabela 2.4.1), também foi tido em consideração na análise do desenvolvimento infantil, a par do efeito do *PEPDI*, mesmo não sendo um fator com efeito significativo, ou seja, não foi comprovada a hipótese “H1 – O desenvolvimento infantil é determinado pelo conhecimento materno”. O Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (*PEPDI*) promoveu um aumento significativa do conhecimento materno mas, na verdade, foram as competências desenvolvidas para o papel parental (bem para além da aquisição do conhecimento) que causaram o efeito favorecedor o desenvolvimento infantil.

Tal como no presente estudo, também já outros autores (Winter et al., 2012) demonstraram que o aumento do conhecimento sobre os processos de desenvolvimento infantil não é tão benéfico como o aumento do conhecimento sobre estratégias parentais.

Nesta investigação pretendeu-se verificar como o Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil (*PEPDI*), estruturado em função das necessidades específicas de cada fase da diada criança/mãe, atendendo ao ambiente, estimulando a função parental, promovendo o *empowerment* das competências parentais para com a criança, consegue regular o desenvolvimento infantil mesmo que existam condicionantes como o NSE da família, o contexto residencial e a ansiedade materna.

Outros estudos com programas de formação parental têm sido documentados com indicadores de sucesso, mas dirigidos para populações com algum grau de risco ou vulnerabilidade, como crianças com alterações do comportamento, maltratadas, ou de NSE específico (Belsky & de Haan, 2011). O desenvolvimento de um programa dirigido para as famílias/crianças de contextos regulares, pretendeu demonstrar que o potencial humano de cada criança, especificamente o seu desenvolvimento infantil, mesmo que inscrito no seu material genético, é potenciado pelo ambiente em que está inserido. Para além disso, as competências parentais catalisarão esse potencial, sendo possível criar um *empowerment* parental, criando capacidades parentais conducentes à obtenção de ganhos em saúde.

117

### **4.3. Implicações para a Prática Clínica**

O presente estudo demonstrou o impacto da intervenção no desenvolvimento infantil, isto é, o *PEPDI* - Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil, dirigido para a transição da parentalidade, que revelou ter efeitos significativos ao nível do desempenho da criança. Esta evidência espelha a relevância clínica das intervenções de enfermagem ao nível da transição para a parentalidade. O Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil tem na sua essência, e plasmada em cada tema, o modelo de promoção para a Saúde de Nola Pender (2011), o que o torna único, pois conjuga a perspetiva salutogénica com o *know how* necessário sobre as capacidades do papel parental essenciais para capacitar os pais nesta transição.

Neste estudo também foi possível produzir a versão portuguesa do inventário para avaliação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, (KIDI) de David MacPhee (2002), contribuindo assim para os recursos necessários aquando da avaliação das competências parentais, sendo possível obter níveis relativos ao conhecimento materno bem como índices de sobrestimação, subestimação e

de incerteza relativos ao desenvolvimento da criança, atribuindo assim objetividade aos critérios de diagnóstico relacionados com o fenómeno da parentalidade.

#### **4.4. Pontos Fortes e Limitações**

De acordo com o levantamento da literatura, este é o primeiro estudo a examinar o efeito no desenvolvimento infantil de um programa de promoção para a saúde a mães sobre o desenvolvimento infantil, que atendeu às diversas variáveis descritas na literatura como condicionadores do desenvolvimento infantil. Tanto quanto sabemos, este também é o primeiro estudo a medir a ansiedade materna durante 6 meses da transição para a parentalidade. As diferenças entre os grupos controlo e experimental foram encontradas ao nível do conhecimento materno, da ansiedade materna e do desenvolvimento das crianças. Não identificámos a ocorrência de efeitos adversos, o que indica que o programa (PEPDI) pode ser usado com segurança.

No que diz respeito ao tipo do estudo, foi considerado o ensaio clínico randomizado para fornecer as evidências mais confiáveis sobre a eficácia da intervenção atendendo ao controlo de potenciais fatores (Portney & Watkins, 2009). O tamanho da amostra foi calculado para que os resultados tivessem poder estatístico, utilizaram-se rigorosos critérios de inclusão e exclusão, que foram definidos para garantir que as crianças nos dois grupos (controlo e experimental) estivessem em condições semelhantes em relação ao seu potencial de desenvolvimento. Pese embora a qualidade do desenho não foi possível garantir a condição de avaliador “cego”, pois que foi o mesmo que implementou o Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil e como tal conhecia quais os elementos pertencentes a cada um dos grupos.

#### **4.5. Conclusão**

O estudo de fenómenos, como os que se associam à capacitação para a parentalidade, com enfoque para a promoção do desenvolvimento infantil, tal como o proposto neste estudo, é complexo. Como tal, propôs-se um processo metodológico cuidadoso com carácter experimental, com intenção de verificar como a intervenção proposta (Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil) funcionaria em condições reais, tendo por isso um cariz mais pragmático.

Nesse sentido, julgamos também de extrema relevância a prossecução desta investigação no domínio do desenvolvimento do instrumento de avaliação, aferido para a população portuguesa, para a avaliação do programa de promoção da saúde, no estudo apresentado demos conta do inventário



sobre os conhecimentos maternos sobre o desenvolvimento infantil, inventário esse que permite ser utilizado como um indicador ou um instrumento de diagnóstico para os pais de alto risco, bem como para avaliar os programas de educação parental

A prática baseada na evidência apresenta inúmeros desafios para os enfermeiros, que são responsáveis pelo desenvolvimento de intervenções e de ampliar a base de conhecimento associada. Neste estudo propõem-se uma intervenção de promoção para a saúde dirigida a mães com enfoque nas competências para a parentalidade, que pretende, para além de contribuir para a sustentação da prática, incrementar o nível de qualidade de cuidados às crianças/famílias.

Consideramos que o programa proposto neste estudo reúne condições para ser implementado na prática clínica e assim contribuir para a efetivação das responsabilidades parentais, assim como evidenciar o alcance das intervenções de enfermagem que produzem ganhos em saúde significativos, com os benefícios que advém quer para as crianças quer para as mães. Destaca-se de uma forma genérica que o programa – PEPDI - parece produzir os efeitos desejados mesmo que em contextos, à partida, condicionadores como NSE, entre outros.

119

Os resultados deste estudo demonstram que a intervenção para a capacitação da parentalidade (Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil), dirigida a mães, no âmbito da promoção para a saúde, com foco no desenvolvimento infantil, pode contribuir para níveis mais baixos de ansiedade materna e assim criar condições para haver um empowerment materno com vista a um melhor desenvolvimento da criança. Dada a importância dos primeiros anos da criança e do número limitado de estudos controlados sobre intervenções dirigidas para a promoção da parentalidade, este resultado torna-se de grande relevância para a investigação, o ensino a prática clínica e a comunidade.



## Referências Bibliográficas

- Abbott, P. A., & Coenen, A. (2008). Globalization and advances in information and communication technologies: the impact on nursing and health. *Nursing Outlook*, 56(5), 238-246.e232.
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., . . . van Goudoever, J. (2008). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 46(1), 99-110.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). AN ETHOLOGICAL APPROACH TO PERSONALITY-DEVELOPMENT. *American Psychologist*, 46(4). doi: 10.1037//0003-066x.46.4.333
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). ATTITUDE-BEHAVIOR RELATIONS - THEORETICAL-ANALYSIS AND REVIEW OF EMPIRICAL-RESEARCH. *Psychological Bulletin*, 84(5). doi: 10.1037//0033-2909.84.5.888
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. *Handbook of Attitudes*.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Amaro, F. (2010). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Fundação N.S. Bom Sucesso. Lisboa.
- Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current researches in anesthesia & analgesia*, 32(4), 260-267.
- Apgar, V. (2007). Infant resuscitation. 1957. *Connecticut Medicine*, 71(9), 553-555.
- Appelbaum, M., Batten, D. A., Belsky, J., Booth, C., Bradley, R., Brownell, C. A., . . . Network, N. E. C. C. R. (1999). Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology*, 35(6), 1399-1413.
- Association, W. M. (2008). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved 2010/08/01, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Bandura, A. (1977). SELF-EFFICACY - TOWARD A UNIFYING THEORY OF BEHAVIORAL CHANGE. *Psychological Review*, 84(2). doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191
- Barba, E., & Selder, F. (1995). Life transitions theory. *Nursing Leadership Forum*, 1(1), 4-11.
- Baumrind, D. (1966). EFFECTS OF AUTHORITATIVE PARENTAL CONTROL ON CHILD BEHAVIOR. *Child Development*, 37(4). doi: 10.1111/j.1467-8624.1966.tb05416.x
- Baumrind, D. (1967). ROOM TO GROW - STUDY OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS - DAVIS,C. *Contemporary Psychology*, 12(9), 475-475.
- Beeghly, M., Brazelton, T. B., Flannery, K. A., Nugent, J. K., Barrett, D. E., & Tronick, E. Z. (1995). SPECIFICITY OF PREVENTATIVE PEDIATRIC INTERVENTION EFFECTS IN EARLY INFANCY. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(3), 158-166.
- Behrman, R. E. (2008). The future of pediatric education. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1). doi: 10.1016/j.ambp.2007.09.002
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *SGS II- Escala de Avaliação das competências no Desenvolviemnto Infantil II, dos 0 aos 5 anos*, (Edição Portuguesa, CEGOC-TEA ed.). Lisboa: Cegoc.
- Belsky, J., & de Haan, M. (2011). Parenting and children's brain development: the end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 409-428. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02281.x

- Benasich, A. A., & BrooksGunn, J. (1996). Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: Associations with family and child outcomes. *Child Development*, 67(3), 1186-1205. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01790.x
- Bennett, C., Perry, J., & Lawrence, Z. (2009). Promoting health in primary care. *Nursing Standard*, 23(47), 48-56.
- Blum, A. (1984). THE EVOLVING SELF - PROBLEM AND PROCESS IN HUMAN-DEVELOPMENT - KEGAN,R. *Canadian Journal of Sociology-Cahiers Canadiens De Sociologie*, 9(3). doi: 10.2307/3340163
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*.
- Bornstein, M. H., Hendricks, C., Haynes, O. M., & Painter, K. M. (2007). Maternal sensitivity and child responsiveness: Associations with social context, maternal characteristics, and child characteristics in a multivariate analysis. *Infancy*, 12(2).
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. *New directions for child development*(43).
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1997). Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior & Development*, 20(3). doi: 10.1016/s0163-6383(97)90001-1
- Bowlby, J. (1957). THE CONTRIBUTION OF ETHOLOGY TO RESEARCH IN CHILD-DEVELOPMENT. *Bulletin of the British Psychological Society*(32), 6-6.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M., & Rock, S. L. (1988). HOME-ENVIRONMENT AND SCHOOL PERFORMANCE - A 10-YEAR FOLLOW-UP AND EXAMINATION OF 3 MODELS OF ENVIRONMENTAL ACTION. *Child Development*, 59(4). doi: 10.1111/j.1467-8624.1988.tb03239.x
- 122 Brazelton, T. B. (1995). WORKING WITH FAMILIES - OPPORTUNITIES FOR EARLY INTERVENTION. *Pediatric Clinics of North America*, 42(1).
- Brazelton, T. B. (1999). How to help parents of young children: the touchpoints model. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 19(6 Pt 2), S6-7. doi: 10.1038/sj.jp.7200248
- Brazelton, T. B. (2006). *O grande livro da Criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (9ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1978). SOCIAL-ROLE OF CHILD IN ECOLOGICAL PERSPECTIVE. *Zeitschrift Fur Soziologie*, 7(1), 4-20.
- Bronfenbrenner, U. (1986). ECOLOGY OF THE FAMILY AS A CONTEXT FOR HUMAN-DEVELOPMENT - RESEARCH PERSPECTIVES. *Developmental Psychology*, 22(6). doi: 10.1037//0012-1649.22.6.723
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). NATURE-NURTURE RECONCEPTUALIZED IN DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE - A BIOECOLOGICAL MODEL. *Psychological Review*, 101(4). doi: 10.1037/0033-295x.101.4.568
- Brouwers, E. P. M., van Baar, A. L., & Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior & Development*, 24(1). doi: 10.1016/s0163-6383(01)00062-5
- Bruner, J. S. (1975). FROM COMMUNICATION TO LANGUAGE - PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE. *Cognition*, 3(3). doi: 10.1016/0010-0277(74)90012-2
- Bruner, J. S. (1978). COGNITIVE-DEVELOPMENT - ITS CULTURAL AND SOCIAL FOUNDATIONS - LURIA,AR. *Human Nature*, 1(1).
- Burke, R. V., & Herron, R. W. (1992). *Common Sense Parenting: A Practical Approach from Boys Town*. Flanagan Blvd: Boys Town Press.
- Callaghan, L. (2008). Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 205-213. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01881.x
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and Quasi-experimental designs for research*. USA: Houghton Mifflin Company.

- Capik, L. K. (1998). The health promotion model applied to family-centered perinatal education. *Journal of Perinatal Education*, 7(1), 9-17.
- Cappa, C., & Khan, S. M. (2011). Understanding caregivers' attitudes towards physical punishment of children: Evidence from 34 low- and middle-income countries. *Child Abuse & Neglect*, 35(12), 1009-1021. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.10.003
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação, Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1162-1172. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01600.x
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Cattell, R. B. (1957). The conceptual and test distinction of neuroticism and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 13(3), 221-233.
- Christophersen, E. R. (1992). DISCIPLINE. *Pediatric Clinics of North America*, 39(3), 395-411.
- Clearfield, M. W. (2011). Learning to walk changes infants' social interactions. *Infant Behavior & Development*, 34(1), 15-25. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.04.008
- Coch, D., Fischer, K. W., & Dawson, G. (2010). *Human Behavior, Learning, and the Developing Brain: Typical Development*: Guilford Publications.
- Cohen, J. (1992). A POWER PRIMER. *Psychological Bulletin*, 112(1). doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- CONSORT. (2010). The CONSORT Statement. Retrieved 2010/03/03
- Cooklin, A. R., Giallo, R., & Rose, N. (2012). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child Care Health and Development*, 38(5), 654-664.
- Davids, A., Holden, R. H., & Gray, G. B. (1963). MATERNAL ANXIETY DURING PREGNANCY AND ADEQUACY OF MOTHER AND CHILD ADJUSTMENT 8 MONTHS FOLLOWING CHILDBIRTH. *Child Development*, 34(4). doi: 10.1111/j.1467-8624.1963.tb05169.x
- Decasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). PRENATAL MATERNAL SPEECH INFLUENCES NEWBORNS PERCEPTION OF SPEECH SOUNDS. *Infant Behavior & Development*, 9(2). doi: 10.1016/0163-6383(86)90025-1
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 625-640. doi: 10.1037//0893-3200.14.4.625
- Deutsch, F. M., Brooksgunn, J., Fleming, A., Ruble, D. N., & Stangor, C. (1988). INFORMATION-SEEKING AND MATERNAL SELF-DEFINITION DURING THE TRANSITION TO MOTHERHOOD. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3). doi: 10.1037/0022-3514.55.3.420
- Dias, M. d. R., Duque, A. F., Silva, M. G., & Dura, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, 22(3).
- Dilworth-Bart, J. E., Poehlmann, J. A., Miller, K. E., & Hilgendorf, A. E. (2011). Do Mothers' Play Behaviors Moderate the Associations between Socioeconomic Status and 24-Month Neurocognitive Outcomes of Toddlers Born Preterm or with Low Birth Weight? *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 289-300. doi: 10.1093/jpepsy/jsq064
- DiPietro, J. A. (2012). Maternal Stress in Pregnancy: Considerations for Fetal Development. *Journal of Adolescent Health*, 51(2). doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.04.008
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Bywater, T., Jones, K., & Hughes, J. C. (2010). The impact of group leaders' behaviour on parents acquisition of key parenting skills during parent training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1221-1226. doi: 10.1016/j.brat.2010.07.011
- Engel, G. L. (1977). NEED FOR A NEW MEDICAL MODEL - CHALLENGE FOR BIOMEDICINE. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Erikson, E. H. (1946). Ego development and historical change; clinical notes. *The Psychoanalytic study of the child*, 2.

- Eshach, H. (2011). Science for Young Children: A New Frontier for Science Education. *Journal of Science Education and Technology*, 20(5). doi: 10.1007/s10956-011-9324-1
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS : (and sex and drugs and rock 'n' roll)* ( 3rd ed . ed.). Los Angeles: Sage.
- Forsyth, C. J., & MacDonald, H. M. (1993). When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples (Book). *Social Science Quarterly (University of Texas Press)*, 74(3), 700-701.
- Frauman, A. C., & Nettles-Carlson, B. (1991). Predictors of a health-promoting life-style among well adult clients in a nursing practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 3(4). doi: 10.1111/j.1745-7599.1991.tb01097.x
- Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. *American Journal of Psychology*, 21. doi: 10.2307/1413001
- Freud, S. (1987). THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF PSYCHOANALYSIS (REPRINTED FROM AMERICAN-JOURNAL OF PSYCHOLOGY, VOL 21, PG 181-196, 1910). *American Journal of Psychology*, 100(3-4). doi: 10.2307/1422690
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 56-62.
- Goodnow, J. J. (1988). PARENTS IDEAS, ACTIONS, AND FEELINGS - MODELS AND METHODS FROM DEVELOPMENTAL AND SOCIAL-PSYCHOLOGY. *Child Development*, 59(2). doi: 10.1111/j.1467-8624.1988.tb01468.x
- Graffar, M. (1956). Une Méthode de Classification Sociale D'echantillons de Population. *Courrier*, VI(8), 5.
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994). IMPACT OF PARENTAL DISCIPLINE METHODS ON THE CHILDS INTERNALIZATION OF VALUES - A RECONCEPTUALIZATION OF CURRENT POINTS-OF-VIEW. *Developmental Psychology*, 30(1). doi: 10.1037/0012-1649.30.1.4
- Harwood, R. L., Schoelmerich, A., VenturaCook, E., Schulze, P. A., & Wilson, S. P. (1996). Culture and class influences on angle and Puerto Rican mothers' beliefs regarding long-term socialization goals and child behavior. *Child Development*, 67(5). doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01867.x
- Higgins, A., Callaghan, P., deVries, J., Keogh, B., Morrissey, J., Nash, M., . . . Carter, T. (2012). Evaluation of mental health recovery and Wellness Recovery Action Planning education in Ireland: a mixed methods pre-postevaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2418-2428. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05937.x
- Ho, A. Y. K., Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: a meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 259-267. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00517.x
- Holden, G. W., & Edwards, L. A. (1989). PARENTAL ATTITUDES TOWARD CHILD-REARING - INSTRUMENTS, ISSUES, AND IMPLICATIONS. *Psychological Bulletin*, 106(1). doi: 10.1037/0033-2909.106.1.29
- Howard, B. J. (1991). DISCIPLINE IN EARLY-CHILDHOOD. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1351-1369.
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- ICN. (2011). *CIPE versão2, Classificação internacional para a prática de enfermagem* Santa maria da Feira: Lusodidacta Lda.
- Isaacs, C. D., Embry, L. H., & Baer, D. M. (1982). TRAINING FAMILY THERAPISTS - AN EXPERIMENTAL-ANALYSIS. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(4), 505-520. doi: 10.1901/jaba.1982.15-505
- Johnson, S. B., & Blum, R. W. (2012). Stress and the Brain: How Experiences and Exposures Across the Life Span Shape Health, Development, and Learning in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), S1-S2. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.001
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3). doi: 10.1093/heapro/16.3.289
- Kohlberg, L. (1958). DEVELOPMENT OF MORAL JUDGMENT AND OF THE SENSE OF JUSTICE IN THE YEARS 10 TO 16. *American Psychologist*, 13(7).

- Krueger, C., & Tian, L. (2004). A comparison of the general linear mixed model and repeated measures ANOVA using a dataset with multiple missing data points. *Biological research for nursing, 6*(2). doi: 10.1177/1099800404267682
- Laffrey, S. C. (1986). DEVELOPMENT OF A HEALTH CONCEPTION SCALE. *Research in Nursing & Health, 9*(2). doi: 10.1002/nur.4770090205
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). The patient physician relationship - Patient-centered medicine - A professional evolution. *Jama-Journal of the American Medical Association, 275*(2). doi: 10.1001/jama.275.2.152
- Landry, S. H., Smith, K. E., MillerLoncar, C. L., & Swank, P. R. (1997). Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology, 33*(6). doi: 10.1037//0012-1649.33.6.1040
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2003). The importance of parenting during early childhood for school-age development. *Developmental Neuropsychology, 24*(2-3), 559-591.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental Psychology, 37*(3). doi: 10.1037//0012-1649.37.3.387
- Lederman, R. P., & Lederman, E. (1987). DIMENSIONS OF POSTPARTUM ADAPTATION - COMPARISONS OF MULTIPARAS 3 DAYS AND 6 WEEKS AFTER DELIVERY. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 7*(3), 193-203. doi: 10.3109/01674828709040279
- Lenneber.Eh. (1969). ON EXPLAINING LANGUAGE. *Science, 164*(3880), 635-&. doi: 10.1126/science.164.3880.635
- Lenneber.Eh. (1973). NEUROLOGY OF LANGUAGE. *Daedalus*.
- Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 253-261. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.06.003
- Long, A., McCarney, S., Smyth, G., Magorrian, N., & Dillon, A. (2001). The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing, 34*(5), 611-620. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01790.x
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., & Kerr, M. J. (1995). Predictors of hearing protection use among workers: Implications for training programs. *Human Factors, 37*(3). doi: 10.1518/001872095779049390
- Maccoby, E. E. (1992). THE ROLE OF PARENTS IN THE SOCIALIZATION OF CHILDREN - AN HISTORICAL OVERVIEW. *Developmental Psychology, 28*(6). doi: 10.1037//0012-1649.28.6.1006
- MacPhee, D. (2002). *Knowledge of infant Development Inventory, Survey of Child Care Experiences - Manual*. Colorado State University.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). PROTECTION MOTIVATION AND SELF-EFFICACY - A REVISED THEORY OF FEAR APPEALS AND ATTITUDE-CHANGE. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*(5). doi: 10.1016/0022-1031(83)90023-9
- McAllister, G., & Farquhar, M. (1992). Cultural variance in health beliefs. *Nursing times, 88*(14), 51.
- McCrae, N. (2012). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing, 68*(1), 222-229. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x
- McLoyd, V. C. (1990). THE IMPACT OF ECONOMIC HARDSHIP ON BLACK-FAMILIES AND CHILDREN - PSYCHOLOGICAL DISTRESS, PARENTING, AND SOCIOEMOTIONAL DEVELOPMENT. *Child Development, 61*(2). doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02781.x
- Mejia, A., Calam, R., & Sanders, M. R. (2012). A Review of Parenting Programs in Developing Countries: Opportunities and Challenges for Preventing Emotional and Behavioral Difficulties in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(2), 163-175. doi: 10.1007/s10567-012-0116-9
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). FACILITATING TRANSITIONS - REDEFINITION OF THE NURSING MISSION. *Nursing Outlook, 42*(6), 255-259. doi: 10.1016/0029-6554(94)90045-0

- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3). doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). EXPERIENCED AND INEXPERIENCED MOTHERS MATERNAL COMPETENCE DURING INFANCY. *Research in Nursing & Health*, 18(4), 333-343. doi: 10.1002/nur.4770180407
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). PREDICTORS OF PARTNER RELATIONSHIPS DURING PREGNANCY AND INFANCY. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 45-56. doi: 10.1002/nur.4770160107
- Miller, S. A. (1986). PARENTS BELIEFS ABOUT THEIR CHILDRENS COGNITIVE-ABILITIES. *Developmental Psychology*, 22(2). doi: 10.1037/0012-1649.22.2.276
- Miller, S. A. (1988). PARENTS BELIEFS ABOUT CHILDRENS COGNITIVE-DEVELOPMENT. *Child Development*, 59(2). doi: 10.1111/j.1467-8624.1988.tb01467.x
- Mohamadian, H., Eftekhar, H., Rahimi, A., Mohamad, H. T., Shojaiezade, D., & Montazeri, A. (2011). Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 141-148. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00591.x
- Moura, M. L. S. d., Ribas Jr, R. d. C., Piccinini, C. A. A. C. d. S. B., Magalhães, C. M. C. M. L. V., Salomão, N. M. R., Silva, A. M. P. M. d., & Silva, A. K. d. (2004). Primiparous mothers' knowledge about child development of different Brazilian urban centers. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 421-429. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300004.
- Murphy, S., & Bennett, P. (2004). Health psychology and public health: theoretical possibilities. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 13-27.
- Muscat, T., Thorpe, K., & Obst, P. (2012). Disconfirmed expectations of infant behaviours and postnatal depressive symptoms among parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 51-61. doi: 10.1080/02646838.2012.670804
- Ninio, A. (1979). NAIVE THEORY OF THE INFANT AND OTHER MATERNAL ATTITUDES IN 2 SUBGROUPS IN ISRAEL. *Child Development*, 50(4). doi: 10.1111/j.1467-8624.1979.tb02457.x
- Nobre, J. S., & Singer, J. M. (2011). Leverage analysis for linear mixed models. *Journal of Applied Statistics*, 38(5). doi: 10.1080/02664761003759016
- Nugent, J. K., & Brazelton, T. B. (1989). PREVENTIVE INTERVENTION WITH INFANTS AND FAMILIES - THE NBAS MODEL. *Infant Mental Health Journal*, 10(2). doi: 10.1002/1097-0355(198922)10:2<84::aid-imhj2280100203>3.0.co;2-k
- Oxman, A. D., Lavis, J. N., & Fretheim, A. (2007). Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet*, 369(9576), 1883-1889. doi: 10.1016/s01406736(07)60675-8
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 23(1), 121-130.
- Paiva, G. S. d., Lima, A. C. V. M. d. S., Lima, M. d. C., & Eickmann, S. H. (2010). The effect of poverty on developmental screening scores among infants. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 128(5). doi: 10.1590/s1516-31802010000500007
- Pally, R. (1997). How brain development is shaped by genetic and environmental factors .1. *International Journal of Psychoanalysis*, 78.
- Pally, R. (2002). The neurobiology of borderline personality disorder: the synergy of "nature and nurture". *Journal of psychiatric practice*, 8(3). doi: 10.1097/00131746-200205000-00002
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7ª ed.). São Paulo: Artmed editora.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Amadora: McGraw-Hill.
- Patrick, R. B., & Gibbs, J. C. (2012). Inductive discipline, parental expression of disappointed expectations, and moral identity in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 41(8), 973-983.
- Pavlov, I. P. (1951). Conditioned reflex. [Uslovnyi refleks.]. *Fel'dsher i akusherka*, 10.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (3ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Pender, N. J. (2000). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.



- Pender, N. J., Barkauskas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION - TOWARD EXCELLENCE IN NURSING PRACTICE AND EDUCATION. *Nursing Outlook*, 40(3).
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.
- Perlman, S., Cowan, B., Gewirtz, A., Haskett, M., & Stokes, L. (2012). Promoting Positive Parenting in the Context of Homelessness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 402-412.
- Pestalozzibriddel, A. (1995). WHEN PARTNERS BECOME PARENTS - THE BIG CHANGE IN THE LIFE OF A COUPLE - GERMAN - COWAN,CP, COWAN,P. *System Familie-Forschung Und Therapie*, 8(3).
- Piaget, J. (1962). THE STAGES OF THE INTELLECTUAL-DEVELOPMENT OF THE CHILD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26(3).
- Pocock, S. J. (1983). *Clinical Trials, A Practical Approach*. London: Wiley.
- Porter, S., & O'Halloran, P. (2012). The use and limitation of realistic evaluation as a tool for evidence-based practice: a critical realist perspective. *Nursing Inquiry*, 19(1), 18-28. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00551.x
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of clinical research : applications to practice* (3ed ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Practihc. (n.d.). Practihc home. Retrieved Janeiro de 2011, from <http://www.practihc.org/>
- Preteur, Y., Lescarret, O., & de Leonardis, M. (1998). Family education, child-parent interactions and child development. *European Journal of Psychology of Education*, 13(4), 461-474.
- Raudino, A., Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2012). Childhood Conduct Problems Are Associated with Increased Partnership and Parenting Difficulties in Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 251-263. doi: 10.1007/s10802-011-9565-8
- Reich, W. A., Harber, K. D., & Siegel, H. I. (2008). Self-structure and well-being in life transitions. *Self and Identity*, 7(2), 129-150. doi: 10.1080/15298860601119940
- Ribas Jr, R. d. C., Moura, M. L. S. d., & Bornstein, M. H. (2003). Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II. socioeconomic status and parenting knowledge. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 385-392.
- Richards, D. A., & Hamers, J. P. (2009). The importance of RCTs and laboratory experimental studies for nursing Reply to the commentary by Rolfe (2009) on Richards and Hamers (2009)... Richards DA et al. 2009. Experimental research in nursing: RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. *International Journal of Nursing Studies* 46 (4), 588-592. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1159-1160.
- Richards, D. A., & Hamers, J. P. H. (2009a). RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 588-592. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.002
- Richards, D. A., & Hamers, J. P. H. (2009b). The importance of RCTs and laboratory experimental studies for nursing Reply to the commentary by Rolfe (2009) on Richards and Hamers (2009)... Richards DA et al. 2009. Experimental research in nursing: RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. *International Journal of Nursing Studies* 46 (4), 588-592. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1159-1160.
- Rolfe, G. (2009). Complexity and uniqueness in nursing practice: commentary on Richards and Hamers (2009). *International Journal Of Nursing Studies*, 46(8), 1156-1158.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). SOCIAL-LEARNING THEORY AND THE HEALTH BELIEF MODEL. *Health Education Quarterly*, 15(2). doi: 10.1177/109019818801500203
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-child nursing journal*, 4(3).
- Rupp, R., & Rosenthal, S. L. (2007). Parental influences on adolescent sexual behaviors. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 18(3).
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista portuguesa de psicologia*(32), 85-98.
- Centros de Saúde e Unidades Hospitalares, Recursos e produção do SNS (2009).

- Scheier, I. H., Cattell, R. B., & Horn, J. L. (1960). Objective test factor its. 23: its measurement and its relation to clinically judged neuroticism. *Journal of Clinical Psychology, 16*(2), 135-145.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Clinical Trials, 7*(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pmed.1000251
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image--the journal of nursing scholarship, 26*(2).
- Schwartz, D., & Lellouch, J. (2009). Explanatory and Pragmatic Attitudes in Therapeutic Trials (Reprinted from *J Chron Dis*, vol 20, pg 637-648, 1967). *Journal of Clinical Epidemiology, 62*(5), 499-505. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.01.012
- Scott, S. (2012). Parenting quality and children's mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(4). doi: 10.1097/YCO.0b013e328354a1c5
- Sheldon, L. K., & Ellington, L. (2008). Application of a model of social information processing to nursing theory: how nurses respond to patients. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 388-398. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04795.x
- Sheridan, M. D. (1997). *From Birth to Five Years, Children's Developmental Progress*. Cornwall: Routledge.
- Shi, R. S., Werker, J. F., & Morgan, J. L. (1999). Newborn infants' sensitivity to perceptual cues to lexical and grammatical words. *Cognition, 72*(2), B11-B21. doi: 10.1016/S0010-0277(99)00047-5
- Silva, D. R. (2003). O Inventário de estado-traço de ansiedade (S.T.A.I). In Qu (Ed.), *Avaliação Psicológica, Instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol. I, pp. 45-63). Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista portuguesa de psicologia*(33), 71-89.
- Silva, D. R., Silva, J. A., Rodrigues, A., & Luís, R. (1999/2000). Estudo de adaptação e estabelecimento de normas do inventário de Estado-Traço de ansiedade (STAI) -Forma Y de Spielberger para a população militar Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*(12), 20.
- Skinner, B. F. (1986). THE EVOLUTION OF VERBAL-BEHAVIOR. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 45*(1). doi: 10.1901/jeab.1986.45-115
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1984). BEHAVIORAL DECISION-THEORY PERSPECTIVES ON RISK AND SAFETY. *Acta Psychologica, 56*(1-3). doi: 10.1016/0001-6918(84)90018-0
- Smith, B. A., Lee, H. J., Lee, J. H., Choi, M., Jones, D. E., Bausell, R. B., & Broome, M. E. (2008). Quality of reporting randomized controlled trials (RCTs) in the nursing literature: application of the consolidated standards of reporting trials (CONSORT) *Nurs Outlook* (Vol. 56, pp. 31-37). United States.
- Solem, M. B., Christophersen, K. A., & Martinussen, M. (2011). Predicting Parenting Stress: Children's Behavioural Problems and Parents' Coping. *Infant and Child Development, 20*(2), 162-180. doi: 10.1002/icd.681
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Spielberger, C. D., & Diaz-Guerrero, R. (1986). *Cross-Cultural Anxiety* (Vol. 3): Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, C. D., Goruch, R. L., & Lushene, R. (1970). *Test Manual for the State-trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting psychologists in press.
- Spielberger, C. D., Goruch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory, (form Y), Self Evaluation Questionnaire*. Palo Alto: Consulting psychologists in press.
- SPSS. (2012). IBM SPSS Statistics.
- Sroufe, L. A., Cooper, R. G., & DeArt, G. B. (1996). *Child development, Its Nature and Course* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.

- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). THE FATE OF EARLY EXPERIENCE FOLLOWING DEVELOPMENTAL-CHANGE - LONGITUDINAL APPROACHES TO INDIVIDUAL ADAPTATION IN CHILDHOOD. *Child Development*, 61(5), 1363-1373. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02867.x
- Stacy, A. W., Bentler, P. M., & Flay, B. R. (1994). ATTITUDES AND HEALTH BEHAVIOR IN DIVERSE POPULATIONS - DRUNK DRIVING, ALCOHOL-USE, BINGE-EATING, MARIJUANA USE, AND CIGARETTE USE. *Health Psychology*, 13(1). doi: 10.1037/0278-6133.13.1.73
- Stern, D. (2008). The clinical relevance of infancy: A progress report. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 177-188. doi: 10.1002/imhj.20179
- Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (2002). Maternal responsiveness and early language acquisition. In R. V. Kail & H. W. Reese (Eds.), *Advances in Child Development and Behavior*, Vol 29 (Vol. 29).
- Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, 72(3). doi: 10.1111/1467-8624.00313
- Thompson, R. A. (2001). Development in the first years of life. *Future of Children*, 11(1).
- Thompson, R. A. (2005). Multiple Relationships Multiply Considered. *Human Development* (0018716X), 48(1/2), 102-107. doi: 10.1159/000083221
- Thompson, R. W., Grow, C. R., Ruma, P. R., Daly, D. L., & Burke, R. V. (1993). EVALUATION OF A PRACTICAL PARENTING PROGRAM WITH MIDDLE-INCOME AND LOW-INCOME FAMILIES. *Family Relations*, 42(1), 21-25. doi: 10.2307/584916
- Thorpe, K. E., Zwarenstein, M., Oxman, A. D., Treweek, S., Furberg, C. D., Altman, D. G., . . . Chalkidou, K. (2009). A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 180(10), E47-57. doi: 10.1503/cmaj.090523
- Treweek, S., & Zwarenstein, M. (2009). Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials*, 10, 37-45.
- UN. (1989). Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989. *Annual review of population law*, 16, 95, 485-501.
- UN. (2000). United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations.
- Valentine, G., Jayne, M., & Gould, M. (2012). Do as I say, not as I do: the affective space of family life and the generational transmission of drinking cultures. *Environment and Planning A*, 44(4), 776-792. doi: 10.1068/a44446
- van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., van Aken, M. A. G., & Dekovic, M. (2007). The interactive effects of temperament and maternal parenting on toddlers externalizing behaviours. *Infant and Child Development*, 16(5), 553-572. doi: 10.1002/icd.529
- Van den Bergh, B. R. H. (2010). Some Societal and Historical Scientific Considerations Regarding the Mother-Fetus Relationship and Parenthood. *Infant and Child Development*, 19(1). doi: 10.1002/icd.652
- Victor, J. F., Lopes, M. V. d. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista Enfermagem*, 235-240.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação, O Processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Vygotsky, L. S. (1965). PSYCHOLOGY AND LOCALIZATION OF FUNCTIONS. *Neuropsychologia*, 3(4). doi: 10.1016/0028-3932(65)90011-4
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2). doi: 10.1037/h0074428
- Weitzel, M. H. (1989). A TEST OF THE HEALTH PROMOTION MODEL WITH BLUE COLLAR WORKERS. *Nursing Research*, 38(2), 99-104.
- Wertsch, J. V. (1979). FROM SOCIAL-INTERACTION TO HIGHER PSYCHOLOGICAL PROCESSES - CLARIFICATION AND APPLICATION OF VYGOTSKY THEORY. *Human Development*, 22(1).
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x
- WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion *Canadian journal of public health. Revue canadienne de sante publique* (Vol. 77).

- WHO. (2006). The Bangkok charter for health promotion in a globalized world *Health Promotion International* (Vol. 21, pp. 10-14).
- WHO. (2008). The world health report 2008 : primary health care now more than ever.
- WHO. (2009). Milestones in Health Promotion, Statements from Global Conferences. In WHO (Ed.). Geneva: World Health Organization.
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. *The International journal of psychoanalysis*, 26(3-4).
- Winnicott, D. W. (1960). On emotional development in the first year of life. *Psyche*, 14.
- Winter, L., Morawska, A., & Sanders, M. (2012). The Knowledge of Effective Parenting Scale (KEPS): A Tool for Public Health Approaches to Universal Parenting Programs. *Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 85-97. doi: 10.1007/s10935-012-0268-x
- Wolchik, S. A., Wilcox, K. L., Tein, J. Y., & Sandler, I. N. (2000). Maternal acceptance and consistency of discipline as buffers of divorce stressors on children's psychological adjustment problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 87-102. doi: 10.1023/a:1005178203702
- Woods, N. F., Lentz, M., & Mitchell, E. (1993). The new woman: health-promoting and health-damaging behaviors. *Health care for women international*, 14(5), 389-405.
- Zwarenstein, M., & Treweek, S. (2009). What kind of randomised trials do patients and clinicians need? *Evidence Based Medicine*, 14(4), 101-103. doi: 10.1136/ebm.14.4.101
- Zwarenstein, M., Treweek, S., Gagnier, J. J., Altman, D. G., Tunis, S., Haynes, B., . . . Moher, D. (2008). Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 337(7680), 1223-1226.

## **ANEXOS**



ANEXO A Protocolos experimentais

Protocolo experimental 1: seleção da amostra

Protocolo experimental 2: recolha de dados

Protocolo experimental 3: plano das sessões (PEPDI)





## Protocolo 1

### Seleção da amostra

	<b>Procedimento</b>	<b>Executante</b>
1	Em cada criança nascida, proceder à verificação junto da enfermeira chefe, dos critérios inclusão/exclusão	Investigador
2	Explicar o estudo oralmente à mãe, fornecer a carta explicativa, pedir resposta num prazo de 24 horas, sem ultrapassar a hora da alta clínica.	Investigador
3	Se a mãe der consentimento, esclarecer alguma dúvida, nomeadamente à testemunha, entregar a declaração a assinar pela mãe e testemunha. Se não houver consentimento perguntar, sem intimidar, se tem algum motivo que queira verbalizar, registar a resposta.	Investigador
4	Recolher informação sobre contactos para agendar avaliações.	Investigador
5	Administrar os instrumentos para categorização dos sujeitos por estratos (NSE, SATI-Y, KIDI)	Investigador
7	Determinar o bloco/estrato a que a díade pertence.	Investigador
8	Determinar o grupo a que pertence (E ou C) utilizando a tabela de randomização.	Investigador
9	Proceder à aplicação dos protocolos de colheita de dados	Investigador

## Protocolo 2

### Colheita de dados

	<b>Procedimento</b>	<b>Executante</b>
10	Avaliar a criança, na 1ª semana de vida, relativamente aos itens da escala SGS-II, nas diferentes dimensões de acordo com a idade da criança, e <i>guidelines</i> da escala	Investigador
11	Contactar a mãe 7 a 15 dias antes da criança completar 2,4,6,9 e 12 meses de vida, lembrando do estudo e agendar a avaliação	
12	Interagir com a mãe e criança.	Investigador
13	Avaliar a criança relativamente aos itens da escala SGS-II, nas diferentes dimensões de acordo com a idade da criança, e <i>guidelines</i> da escala.	Investigador
13	Entregar um formulário do STAI-Y e do KIDI, na avaliação dos 4 e 9 meses, para ser preenchido na semana que a criança completa 6 e 12 meses, respetivamente, no contacto para agendamento dos 6 e 12 meses, lembrar destes formulários	Investigador

*Plano das sessões de formação parental para mães do grupo experimental*

**Designação:** Programa de *Empowerment* Parental para o Desenvolvimento Infantil

**Realização das sessões (datas):** 1º(até 7 dia), 2º, 4º,6º mês (vida da criança)

**Tema das sessões:** Desenvolvimento infantil

**Duração:** 40 Minutos

**Horário:** A definir pelos participantes do estudo

**Finalidade:** Promover o *empowerment* da mãe para comportamentos associados à otimização do potencial de desenvolvimento infantil, atendendo ao seu ambiente natural apoiando e estimulando a função parental. No final de cada sessão, os participantes deverão apresentar conhecimentos para desenvolver competências que promovam o desenvolvimento infantil do seu filho.

136

**Objetivos gerais:** Estas sessões têm por objetivo capacitar os participantes para enfrentarem os surtos previsíveis do desenvolvimento, identificando os pontos de referência, pelos quais os pais podem observar a grande capacidade de desenvolvimento dos seus filhos. Desenvolver a capacidade de interpretar as potencialidades e vulnerabilidades particulares da criança, assim como o seu tipo de temperamento e reações, compreendendo a criança como um indivíduo e promover o seu desenvolvimento e crescimento.

Sessão/ timing de execução	Temas	Objetivos específicos	Resultados de aprendizagem
Nº1 (até ao 7º dia de vida)	Comportamento do RN	<p>Avaliar:</p> <p>(i).Reflexos RN (babinski, moro, tónus muscular e cervical, marcha, autodefesa, sucção, tonicidade pescoço-braço, visão), (ii) Postura e desenvolvimento motor; (iii) Desenvolvimento sensorial (visão, audição)</p> <p>Avaliar e apresentar o estilo e temperamento RN (autorregulação, como se acalma, sono, choro, interação social)</p>	<p>Identificar as competências do RN</p> <p>Consciencialização da similaridade vs. dissimilitude, entre o filho imaginário e o seu RN.</p> <p>Mostrar o processo de comunicação e relação com o RN.</p> <p>Entender os ciclos do sono do seu RN</p>
	Amamentação/ alimentação	<p>Avaliar as características individuais e experiência com amamentação/alimentação.</p> <p>Avaliar as influências interpessoais e situacionais relativas à amamentação/alimentação. Avaliar os benefícios, barreiras, autoeficácia e sentimentos relativos à amamentação/alimentação.</p> <p>Apresentar/demonstrar a técnica de amamentação/alimentação</p>	<p>Identificar as características/sinais da criança relativas à sua nutrição (e.g percepção da satisfação da criança, período de sono, frequência da urina e dejeções, a recuperação de peso).</p> <p>Demonstrar a técnica de amamentação/alimentação</p>
	Desenvolvimento infantil até aos 2 meses	<p>Avaliar as características individuais e experiência com crianças RN e até 2meses.</p> <p>Avaliar as influências interpessoais e situacionais relativas à promoção do desenvolvimento infantil até aos 2 meses de idade. Avaliar os benefícios, barreiras, autoeficácia e sentimentos relativos à promoção do desenvolvimento infantil, comum aos 2 meses de idade.</p> <p>Avaliar o DI.</p> <p>Demonstrar e adequar das atividades promotoras do DI.</p>	<p>Identificar e as atividades que promovem o desenvolvimento infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postura e desenvolvimento motor grosso e fino.</li> <li>2. Visão, audição e fala</li> <li>3. Interação social</li> </ol>
	Situações potencialmente previsíveis	<p>Falar de situações que possam ocorrer durante as semanas seguintes, até 2 meses, como utilização chupeta Vs. dedo; períodos de agitação final do dia.</p>	<p>Consciencializar a necessidade autorregulação da criança através da utilização do dedo ou chupeta</p> <p>Saber lidar com possíveis períodos de agitação nos finais do dia</p>
	Preocupações da mãe.	<p>Permitir expressão das preocupações, nomeadamente: sequelas do trabalho de parto (e.g cefalohematoma, olhos edemaciados), manchas na pele, marcas de punções, icterícia,</p>	<p>Esclarecer as dúvidas</p>

Sessão/ timing de execução	Temas	Objetivos específicos	Resultados de aprendizagem
Nº2 (2º mês de vida, variação máx:7 dias)	Vivências dos últimos 2 meses	<p>Promover a manifestação do que vivenciou nos últimos dois meses.</p> <p>Refletir o modo como lida com o choro da criança</p> <p>Refletir o modo promove os ciclos de sono da criança.</p> <p>Analisar a interação/ comunicação mãe/criança (e.g. resposta ao sorriso do bebé, reação do bebé à face humana)</p> <p>Reforçar comportamentos desejados.</p>	Consolidar autoestima e parentalidade.
	Amamentação/ alimentação	<p>Avaliar o estado-ponderal</p> <p>Avaliar o padrão alimentar</p> <p>Explicar o processo do sistema gastrointestinal (referir: eructação, características das dejeções).</p>	<p>Conhecer a evolução esto-ponderal da criança.</p> <p>Conhecer o tempo médio de cada período de amamentação e/ou quantidade de leite a ingerir.</p> <p>Promover um processo gastro intestinal adequado, bem como o padrão alimentar adequado.</p>
	Desenvolvimento infantil até aos 4 meses	<p>Avaliar as características individuais e experiência com crianças até aos 4 meses. Avaliar as influências interpessoais e situacionais relativas à promoção do desenvolvimento infantil até aos 4 meses de idade. Avaliar os benefícios, barreiras, autoeficácia e sentimentos relativos à promoção do desenvolvimento infantil, comum aos 4 meses de idade.</p> <p>Avaliar o DI, e respostas da criança à avaliação (temperamento da criança)</p> <p>Demonstrar e adequar as atividades promotoras do DI.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar sobre massagem infantil.</p>	<p>Reconhecer as competências da criança.</p> <p>Adaptar-se às características da criança</p> <p>Identificar e as atividades que promovem o desenvolvimento infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postura e desenvolvimento motor grosso e fino.</li> <li>2. Visão, audição e fala</li> <li>3. Interação social</li> </ol> <p>Demonstrar habilidades na massagem infantil</p>
	Situações potencialmente previsíveis	Falar de situações que possam ocorrer durante as semanas seguintes, até 4 meses, regresso ao trabalho e seus efeitos.	Identificar as necessidades da criança/mãe, e a resposta mais adequada para a situação
	Preocupações da mãe.	Permitir expressão das preocupações.	Dúvidas esclarecidas

Sessão/ timing de execução	Temas	Objetivos específicos	Resultados de aprendizagem
Nº3 (4º mês de vida, variação máx:7 dias)	Vivências dos últimos 2 meses (2º ao 4º mês de vida)	<p>Promover a manifestação do que vivenciou nos últimos dois meses.</p> <p>Analisar a coesão familiar, laços afetivos.</p> <p>Analisar a organização de papéis.</p> <p>Analisar estratégias de coping utilizadas nas situações novas.</p> <p>Analisar os padrões de ajustamento do comportamento materno aos ciclos de sono.</p> <p>Reforçar comportamentos desejados.</p>	Consolidar autoestima e parentalidade.
	Amamentação/ alimentação	<p>Avaliar estado-ponderal e do padrão alimentar</p> <p>Ensinar e instruir sobre a regularização entre as refeições/mamadas.</p> <p>Ensinar e instruir sobre transição alimentar (se aplicável) e socialização na refeição</p>	<p>Conhecer a evolução esto-ponderal da criança.</p> <p>Conhecer o tempo médio de cada período de amamentação e/ou quantidade de leite a ingerir.</p> <p>Promover um processo gastro intestinal adequado, bem como o padrão alimentar adequado.</p>
	Desenvolvimento infantil até aos 4 meses	<p>Avaliar as características individuais e experiência com crianças até aos 4 meses. Avaliar as influências interpessoais e situacionais relativas à promoção do desenvolvimento infantil até aos 4 meses de idade. Avaliar os benefícios, barreiras, autoeficácia e sentimentos relativos à promoção do desenvolvimento infantil, comum aos 4 meses de idade.</p> <p>Avaliar o DI, e respostas da criança à avaliação (temperamento da criança)</p> <p>Demonstrar e adequar as atividades promotoras do DI.</p>	<p>Reconhecer as competências da criança.</p> <p>Adaptar-se às características da criança</p> <p>Identificar e as atividades que promovem o desenvolvimento infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postura e desenvolvimento motor grosso e fino.</li> <li>2. Visão, audição e fala</li> <li>3. Interação social</li> </ol>
	Situações potencialmente previsíveis	Falar de situações que possam ocorrer durante as semanas seguintes, até aos 4 meses (e.g. dentição, sono-agitação-aprendizagem, regresso ao trabalho e seus efeitos).	Identificar as necessidades da criança/mãe, e a atitude mais adequada para a situação
	Preocupações da mãe.	Permitir expressão das preocupações.	Dúvidas esclarecidas

Sessão/ timing de execução	Temas	Objetivos específicos	Resultados de aprendizagem
Nº4 (6º mês de vida, variação máx:7 dias)	Vivências dos últimos 2 meses (4º ao 6º mês de vida)	<p>Promover a manifestação do que vivenciou nos últimos dois meses.</p> <p>Analisar a manifestação relativas aos progressos da criança.</p> <p>Analisar estratégias de coping utilizadas nas situações novas.</p> <p>Analisar as manifestações referentes: às rotinas diárias, regresso ao trabalho, outros cuidadores da criança.</p> <p>Reforçar comportamentos desejados.</p>	Consolidar autoestima e parentalidade.
	Temperamento da criança	Explorar e analisar os níveis de: atividade, perturbação, persistência, aproximação-afastamento, intensidade, adaptação, regularidade sensorial e humor.	
	Desenvolvimento infantil até aos 4 meses	<p>Avaliar as características individuais e experiência com crianças até aos 6 meses. Avaliar as influências interpessoais e situacionais relativas à promoção do desenvolvimento infantil até aos 6 meses de idade. Avaliar os benefícios, barreiras, autoeficácia e sentimentos relativos à promoção do desenvolvimento infantil, comum aos 6 meses de idade.</p> <p>Avaliar o DI, e respostas da criança à avaliação (temperamento da criança)</p> <p>Demonstrar e adequar as atividades promotoras do DI.</p>	<p>Reconhecer as competências da criança.</p> <p>Adaptar-se às características da criança</p> <p>Identificar e as atividades que promovem o desenvolvimento infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postura e desenvolvimento motor grosso e fino.</li> <li>2. Visão, audição e fala</li> <li>3. Interação social</li> </ol>
	Situações potencialmente previsíveis	Falar de situações que possam ocorrer durante as semanas seguintes, até aos 9 meses (e.g. alimentação (e sua adaptação), sono-agitação-aprendizagem, segurança, manifestação de afetos para com a criança).	Identificar as necessidades da criança/mãe, e a atitude mais adequada para a situação
	Preocupações da mãe.	Permitir expressão das preocupações.	Dúvidas esclarecidas

ANEXO B Tabela de distribuição aleatória













## QUESTIONÁRIO STAI-Y

(Spielberger, 1983; Validação Portuguesa: Silva, 1998; 2000; 2003)

Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **preencha o**  **à direita para indicar como se sente** **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase dê a resposta que melhor parece descrever como se sente **agora**.

	DE MODO NEHUM	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
1. Sinto-me calma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto-me segura ou livre de perigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sinto-me tensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sinto-me sob pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sinto-me a vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto-me irritada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Presentemente estou preocupada, com coisas más que possam acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sinto-me satisfeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto-me assustada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sinto-me confortável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sinto-me confiante em mim própria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sinto-me nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sinto-me agitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estou indecisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sinto-me relaxada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sinto-me contente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estou preocupada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sinto-me confusa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sinto-me estável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sinto-me bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

147

Abaixo encontra várias informações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **preencha o**  á direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase de a resposta que melhor parece descrever como se sente **geralmente**.

148

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Sinto-me nervosa e inquieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Sinto-me satisfeita comigo própria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sinto que sou um fracasso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Sinto-me descansada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Sinto-me calma e bem comigo mesma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Preocupo-me demasiado com as coisas que na realidade não tem importância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Sou feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tenho pensamentos que me incomodam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Tenho falta de confiança em mim própria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sinto-me segura ou livre de perigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tomo decisões com facilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sinto-me incapaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Sinto-me contente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Vem-me a cabeça pensamentos que não são importantes e que me incomodam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Sou uma pessoa estável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Fico tensa ou transtornada quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO D Escala de avaliação do nível socioeconómico de Graffar





### NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gr.industriais e Comerciantes</li> <li>- Gestores de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>- Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>- Brigadeiro/General/Marechal</li> <li>- Profissões liberais de topo</li> <li>- Altos dirigentes políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucros de empresas, de propriedades</li> <li>- Heranças</li> <li>- Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona residencial elegante</li> </ul>	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médios Industriais e Comerciantes</li> <li>- Dirigentes de médias empresas</li> <li>- Agricultores / Proprietários</li> <li>- Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado</li> <li>- Oficiais das Forças Armadas</li> <li>- Profissões liberais</li> <li>- Professores Ens.Básico</li> <li>- Professores Ens.Secundário</li> <li>- Professores Universitários (s/ Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom local</li> </ul>	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. Industriais e Comerciantes</li> <li>- Quadros médios; Chefes de Secção</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↑)</li> <li>- Médios agricultores</li> <li>- Sargentos e equiparados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12º Ano</li> <li>- Nove ou mais anos de escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vencimentos certos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona intermédia</li> </ul>	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peq. Agricultores/Rendeiros</li> <li>- Emp. Escritório (grau ↓)</li> <li>- Operários semi-qualificados</li> <li>- Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolaridade ≥ 4 anos e &lt; 9 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>- Pensionistas ou Reformados</li> <li>- Vencimentos incertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro social / operário</li> <li>- Zona antiga</li> </ul>	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assalariados agrícolas</li> <li>- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não sabe ler ou escrever</li> <li>- Escolaridade &lt; 4 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência (subsídios)</li> <li>- RMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impróprio (barraca, andar ou outro)</li> <li>- Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bairro de lata ou equivalente</li> </ul>	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .







**Knowledge of Infant Development Inventory**  
**David MacPhee** – (adaptação Portuguesa Vilaça, S.)

As questões seguintes referem-se ao comportamento normal dos bebés. Cada item descreve como poderá ser uma criança típica, ou o que poderia afetar o crescimento e comportamento da criança.

Responda a cada item com base no seu conhecimento das crianças em geral. Queremos saber como considera que a maioria dos bebés agem, como eles cresceram e como cuidar deles.

Depois de ler cada item, decida se você concorda, discorda, ou não tem certeza. Em seguida, marque a sua resposta dentro do .

		Concordo	Discordo	Não tenho Certeza
1.	Quando as crianças estão fortemente ligadas aos seus pais, elas são mais “pegajosas”, e tendem a ficar mais perto do pai ou mãe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Uma criança aos 2 anos de idade, com 2 ou 3 meses mais nova que outra criança de 2 anos é <i>menos desenvolvido</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	As crianças muitas vezes continuam a usar palavras erradas, por algum tempo, mesmo depois de ensinar a maneira correta de dizê-la (p.ex: “pés e não peses”)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Não se deve responder aos bebés quando choram, porque vai fazer com que queiram respostas sempre que choram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Se um bebé (com menos de 1 ano) quiser “petiscar”, damos-lhe, nozes, pipocas ou uvas passas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Os bebés fazem algumas coisas para chatear os pais, como chorar o tempo todo ou fazer cocó nas fraldas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Se tiver de castigar as crianças por ter sido malcriada, não há problema em dar uma guloseima para parar o choro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Você deve ficar na casa de banho enquanto a criança está na banheira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Os bebés não conseguem ver ou ouvir quando nascem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	As crianças só compreendem as palavras que elas conseguem dizer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Concordo	Discordo	Não tenho Certeza
11.	Se as crianças mostram-se tímidas ou agitadas perante novas situações, significa que tem problemas emocionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Conversar com as crianças sobre as coisas que ela faz, ajuda-a no seu desenvolvimento mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Uma criança de 2 anos que diz "Não!" a tudo e tenta mandar em si, está a tentar chateá-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	A maneira como a criança é educada tem pouca influência na inteligência que terá.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Os bebés podem chorar durante um período 20-30 minutos, independentemente quanto tempo tenta confortá-lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Quando as crianças rondam os 3 ou mais anos, tornam-se menos desafiantes e negativas - "Não. Eu não quero!"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Uma criança que está sempre em movimento, energética, precisa de medicação (ritalina) ou dieta com pouco açúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Até ficarem mais velhos, os bebés tem pouco efeito no modo como os pais cuidam deles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Quando se deitam os bebés no berço, deita-se de costas e não de barriga (para Baixo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Um menino com 3anos e meio que faça xixi na cama precisa de ser visto por um médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Um irmão ou irmã, pode começar a fazer xixi na cama com a chegada de um novo bebé á família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Os novos alimentos devem ser introduzidos com um intervalo de 4 a 5 dias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	A noção de tempo aos 2 anos de idade é diferente da do adulto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	A maioria dos bebés prematuros acabam por ser abusados, negligenciados ou com atraso mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Se os bebés forem alimentados com leite de vaca, precisam de doses extra de vitaminas e ferro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Concordo	Discordo	Não tenho Certeza
26.	Alguns bebês saudáveis cospem quase todos os alimentos novos até se habituarem a eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	A personalidade ou temperamento dos bebês é definido por volta dos 6 meses de idade, não mudando muito depois disso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Alguns pais não se vinculam até o bebê sorrir ou olhar para eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	A maneira como o pai trata o bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança vai ser bem ajustada ou rabugenta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	As crianças aprendem tudo sobre a sua linguagem copiando o que ouvem os adultos dizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Quando um bebê com menos de 12 meses está com diarreia, você deve parar de dar alimentos sólidos e dar-lhe uma <i>coca-cola</i> sem gás ou <i>miltina</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Os bebês podem parar de prestar atenção ao que está acontecer à sua volta se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Algumas crianças normais não gostam de ser abraçadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Se um bebê tiver problemas de fazer cocó, dá-se leite morno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Quanto mais tentar acalmar um bebê a chorar, segurando e falando com ele, mais mimado ele fica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Uma causa comum de acidentes em crianças é puxar uma frigideira, uma toalha ou uma lâmpada por cima deles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Os recém-nascidos reconhecem histórias e músicas que ouviram antes de nascer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Uma boa maneira de ensinar o seu filho a não morder é morde-lo de volta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Perante uma asneira nalguns dias precisa de disciplinar o seu filho, noutros pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende do seu humor nesse dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Cada uma das seguintes perguntas, refere-se á idade em que as crianças podem fazer determinada coisa. Se concordar com a afirmação preencha o círculo «concordo». Se não concorda, então, decida se uma criança mais jovem ou mais velha iria mostrar o comportamento.

		Concordo	Mais novo	Mais velho	Não tenho Certeza
40.	A maioria dos bebés aos 7 meses pode-se sentar no chão sem cair.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Aos 6 meses de idade, a criança responde de maneira diferente para alguém, caso a pessoa se apresente feliz ou chateado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	A maioria das crianças aos 2 anos sabe a diferença entre as histórias verdadeiras e não verdadeiras da televisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Geralmente as crianças começam a andar por volta dos 12 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Aos oito meses de idade, a criança age de maneira diferente com as pessoas com que está familiarizada e aquelas que nunca viu antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	Os bebés aos 7 meses de idade conseguem alcançar e pegar nas coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Aos dois anos de idade são capazes de raciocinar logicamente como um adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Ao ano de idade conhecem o certo e o errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Aos 3 meses de idade sorri quando vê a face de um adulto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Ao ano de idade, a maioria das crianças, estão prontas para treinar os cuidados de higiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	As crianças começam a responder pelo nome aos 10 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Concordo	Mais novo	Mais velho	Não tenho Certeza
51.	Os bebés começam a rir das coisas por volta dos 4 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Aos 6 meses de idade já sabe o que significa "Não".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Aos 4 meses de idade, deitado de barriga para baixo, começa a levantar a cabeça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Começa a balbuciar (a-gah-gah) por volta dos 5 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	Aos 18 meses, quando brincam com outras crianças, muitas vezes partilha e coopera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Aos 12 meses os bebés conseguem-se lembrar de um objeto que tenha sido escondido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	Os bebés conseguem dizer a primeira palavra perceptível (entendida) aos 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Devem-se evitar lugares altos, como escadas, nas crianças de 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO F Formulário experiência em cuidados infantis SCCE



## Experiências em Cuidados Infantis

David MacPhee – (adaptação portuguesa Vilaça, S.)

Q1 - Listados abaixo estão várias situações em que você pode ter passado um tempo com as crianças. Quantas vezes você fez isso? (Circunde o número da sua resposta)

		Nunca	Uma vez por mês ou menos	Várias vezes por mês	Uma vez por semana	Todos os dias
A	Babysitting de um(a) irmã(o) em crescimento	0	1	2	3	4
B	Babysitting de outras crianças, quando era mais jovem	0	1	2	3	4
C	Babysitting de outras crianças, em adulto	0	1	2	3	4
D	Voluntariado numa creche ou catequese (escuteiros)	0	1	2	3	4
E	Em ambiente profissional (enfermagem, creche, trabalho social, saúde pública, ou psicologia)	0	1	2	3	4

163

Q2 - Considerando as crianças que contactou, quanto gostou de estar com eles? (Circunde o número da sua resposta)

		De modo nenhum		Neutro				Muitíssimo
A	Seu irmão (s) / irmã (s)	0	1	2	3	4	5	6
B	As crianças que tomou conta ainda como adolescente	0	1	2	3	4	5	6
C	As crianças que tomou conta como adulto	0	1	2	3	4	5	6
D	As crianças de creche ou catequese (escuteiros)	0	1	2	3	4	5	6
E	As crianças que tomou conta em contexto profissional	0	1	2	3	4	5	6

Q3 - Quantas aulas ou workshops de cuidados à criança ou a educação para pais você teve, não incluindo aulas da faculdade?	
Q4 - Quantas aulas (faculdade) de psicologia da criança ou de pais você já teve?	
Q5 - Quantas crianças você conhece bem ( babysitting ou conviver de perto na família por vários meses)?	

Q6 - As pessoas aprendem sobre crianças e cuidados parentais pais de muitas formas. Quanto considera ter aprendido sobre as crianças das seguintes fontes? (Circunde o número da sua resposta).

164

	Fonte	Muito pouco	Alguma	Quantidade razoável	Muito
A	Mass mídia - rádio, televisão, jornais	1	2	3	4
B	Leitura de artigos de revistas ou livros sobre crianças	1	2	3	4
C	Observando as crianças e seus pais quando era mais jovem	1	2	3	4
D	Conversando com a sua família (pais, irmãos, avós)	1	2	3	4
E	Conversando com amigos ou outros adultos que têm filhos	1	2	3	4

Q7 - Quem teve mais influência sobre as suas atitudes e sentimentos sobre ser um pai?

Mãe teve a maior influência	
Pai teve a maior influência	
Ambos foram influentes	
Nenhum foi influente	

Q8 - Muitas pessoas têm uma imagem mental do pai ideal com base nas suas experiências pessoais, TV e leitura. Em termos das suas capacidades como pai/mãe, como classificaria as seguintes pessoas em relação ao seu "pai ideal"?

Quem		Muito fraca							Média							Muito bom						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
A	A sua mãe	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
B	O seu pai	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
C	O seu melhor amigo (pai)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
D	O seu 2º melhor amigo (pai)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q9 - Quanto aos pais que você conhece, apreciam ser pais?

Quem		Não aprecia							Neutro							Aprecia muito						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
A	A sua mãe	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
B	O seu pai	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
C	O seu melhor amigo (pai)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
D	O seu 2º melhor amigo (pai)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7





ANEXO G autorização para adaptação e validação do inventário KIDI



October 21, 2009

Simão Vilaça  
Praceta Beato Inácio de Azevedo No. 4  
2ºesquerdo- 4700-366  
Braga, Portugal

Dear Simão Vilaça:

As you requested, I have enclosed a copy of the KIDI and its manual. You will find copies of the KIDI for ages birth-3 and a preschool version in the back of the manual, along with directions for scoring the KIDI. The manual was updated to include information from recent studies and program evaluations. Norms based on several large samples will be included later.

I hope you find the KIDI to be useful in your project. If you do use it, you may make copies from the originals provided in the manual. Some folks have used abbreviated versions, such as the milestone items, which is fine. If you do adopt it, I only ask that you inform me of the results so that I may refer to them in future revisions of the manual. An abstract or copy of the pertinent sections of the results would be great. If you are willing to share your data, so that I can include them in the norms, I would be most appreciative. Best of luck with your research project. If you need further information, you can e-mail me at [macphee@cchs.colostate.edu](mailto:macphee@cchs.colostate.edu).

Sincerely,



David MacPhee, Ph.D.  
Professor



ANEXO H Autorização da comissão de Ética Hospital de Braga

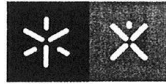


Contactar o requerente  
para informar que  
o Estudo está autorizado.  
14/02/2011

Antónia Correia

tel.: +351 253 601 307  
tm.: +351 916 235 514

svilaca@ese.uminho.pt



Universidade do Minho  
Instituto de Educação

A Comissão de Ética em  
Saúde  
2010.12.13

A Dr. Catarina Correia  
Analisa junto de si a possibilidade  
de o estudo ser efectuado sem  
prejuizo para o mesmo.  
Exmº Presidente do Conselho Executivo do Hospital de Braga  
Dr. Hugo Meireles

2011.01.15

Nada a opor.  
Dr. J. J. A. S.

Nada a opor  
9/2/2011

Dr. Dr. J. J. A. S. Pereira  
solicita parecer sobre a possibilidade  
de as mães parturientes do Serviço  
de Ginecologia - Obstetrícia  
podem participar no estudo.

nossa referência:  
phD - 01.2010

data  
07/12/2010

assunto  
Pedido de autorização para  
recolha de dados

mensagem

31/01/2011

Antónia Correia

Simão Pedro Pereira Vilaça, com CC nº 11840652 3zz5, aluno de Doutoramento em Estudos da Criança, na área de Saúde Infantil, na Universidade do Minho. Vem por este meio solicitar a autorização de recolha de dados prevista no seu projecto de doutoramento com o título:

*Desenvolvimento infantil: Efeito de um programa específico de formação a mães em Educação para a Saúde*

Este projecto tem como objectivo avaliar os efeitos de um programa de educação para a saúde, organizado para as famílias, sobre o desenvolvimento infantil, nas crianças no seu 1º ano de vida, conforme projecto aprovado em Conselho Científico do Instituto Estudos da Criança em 2008.

Para tal o doutorando solicita a autorização para contactar com as mães parturientes desse hospital no sentido de seleccionar a amostra de acordo com os seguintes pressupostos:

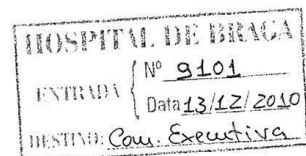
1. Será entregue uma carta de explicação do estudo (Anexo I) e um consentimento informado (Anexo II)
2. A gravidez deverá ter decorrido sem problemas de risco.

Após a selecção da amostra do estudo, o contacto será directamente com as mães que decidirem participar no estudo.

Disponível para qualquer esclarecimento.

Certo que este assunto merecerá a vossa maior atenção.  
Com os melhores cumprimentos,

Simão Pedro Pereira Vilaça  
(Simão Vilaça)  
(Doutorando em Estudos da Criança)



Falta incluir:  
- local de trabalho  
- tipo de trabalho  
- instrumentos de avaliação.  
- Eventuais custos para os envolvidos, de os haver.

Antónia Correia  
24/12/2010

Elementos incl.  
a 01/01, após análise  
Antónia Correia  
11/1/2011





ANEXO I Carta de explicação do estudo





Universidade do Minho  
Instituto de Psicologia

## CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

*Título:* *Desenvolvimento infantil: Efeito de um programa específico de formação a mães em Educação para a Saúde*

*Investigador:* Simão Vilaça, Doutorando Estudos da Criança tlm: 916235514

### *Objectivo*

O presente estudo visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na vigilância de saúde infantil da criança até aos 2 anos de vida. Pretende-se assim avaliar no 1º e 2º ano da criança os efeitos, ou eficácia de um programa de educação para a saúde, estruturado para a família sobre o desenvolvimento infantil durante 1º ano de vida.

Este projecto de investigação pretende, além de verificar se a criança possui um desenvolvimento global "normal", monitorizar e recolher alguns fenómenos que possam ocorrer após a aplicação do programa experimental. Pretendemos, ainda, comparar os scores de desenvolvimento entre as crianças das famílias às quais foi aplicado o programa de educação em saúde (programa experimental), e o desenvolvimento da criança onde não houve intervenção.

### *Método*

Para tal poderá participar juntamente com o seu bebé num dos dois grupos de investigação. O primeiro receberá através do investigador um programa de ensino de promoção da saúde sobre o desenvolvimento infantil. O segundo, tal como o primeiro, receberá o acompanhamento preconizado pelo programa de saúde infantil português na unidade de saúde em que está inscrita. Ao participar no estudo será avaliado o nível de ansiedade materno (mãe), o nível de conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil (mãe) e o desenvolvimento infantil (bebé).

### *Riscos e desconfortos potenciais*

Não existem riscos nas avaliações propostas (nível de ansiedade materno, nível de conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, desenvolvimento infantil) bem como na promoção em saúde a realizar. Serão avaliadas todas as crianças relativamente ao seu desenvolvimento, toda e qualquer alteração do normal desenvolvimento detectado no decorrer da investigação será comunicado ao responsável parental, e informado/encaminhado para os serviços de saúde competentes, será acompanhado de igual forma ao longo do trabalho de investigação, desde que o responsável pela criança ainda mantenha esta intenção. Não haverá custos para os participantes deste estudo.

### *Outra possibilidade*

Se não participar neste estudo, o acompanhamento do desenvolvimento da criança será realizado apenas pelas instituições de saúde escolhidas por si (Centro saúde e/ou pediatra).

### *Confidencialidade*

Todos os dados recolhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todo o material será codificado, e uma lista central contendo o nome do bebé/mãe e o seu código será conservado num local seguro á responsabilidade de Simão Pedro Pereira Vilaça. Os resultados de grupo poderão ser apresentados mais tarde, mas os bebés não serão nunca identificados de forma individual.

### *Participação*

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir fazer parte do estudo, poderá sair em qualquer momento.

(Simão Vilaça)



ANEXO J Consentimento Informado





### Consentimento Informado

Declaro que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo, igualmente as vantagens que há da participação neste estudo. As possibilidades de desconforto foram-me igualmente explicadas. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que dizem respeito a mim e ao meu filho serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será comunicada ou publicada, incluindo a minha identidade pessoal e do meu filho, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar deste estudo, bem como o meu bebé.

Pelo presente documento, eu consinto, que eu e o meu bebé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ possamos participar plenamente neste estudo.

Nome \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_

Data: 20\_\_/\_\_/\_\_

Para qualquer questão, contactar o investigador cujo número de telemóvel são fornecidos na carta de explicação.



### Consentimento Informado

Declaro que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo, igualmente as vantagens que há da participação neste estudo. As possibilidades de desconforto foram-me igualmente explicadas. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que dizem respeito a mim e ao meu filho serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será comunicada ou publicada, incluindo a minha identidade pessoal e do meu filho, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar deste estudo, bem como o meu bebé.

Pelo presente documento, eu consinto, que eu e o meu bebé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ possamos participar plenamente neste estudo.

Nome \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_

Data: 20\_\_/\_\_/\_\_

Para qualquer questão, contactar o investigador cujo número de telemóvel são fornecidos na carta de explicação.

