



Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior  
de Saúde



ipb INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BRAGANÇA

utad

UNIVERSIDADE  
DE TRÁS-OS-MONTES  
E ALTO DOURO

# Parentalidade Positiva em Crianças dos 18 aos 36 meses:

Contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar

Joana Laranjo

janeiro, 2026

Escola Superior de Saúde



Joana Lamas de Oliveira Laranjo

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Parentalidade Positiva em Crianças dos 18 aos 36 meses:**

**Contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar**

I Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Mestre Maria Cândida Cracel Viana

Viana do Castelo, janeiro de 2026

## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que colaboraram e apoiaram, de forma direta ou indireta, ao longo de todo este percurso, contribuindo para o atingimento dos objetivos estabelecidos, expresso o meu mais sincero agradecimento.

Um agradecimento muito especial à minha Orientadora, Cândida Cracel, professora adjunta da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), por não me ter “permitido” desistir nos momentos de maior desânimo; pela empatia, disponibilidade e estímulo constantes e pelas palavras de incentivo, conforto e alento que, em tantos momentos, fizeram toda a diferença. Não poderia ter desejado melhor pessoa para me acompanhar nesta jornada.

Um especial reconhecimento ao enfermeiro Luís Faria, pela sua sensatez, sentido prático e disponibilidade, que tantas vezes me fizeram refletir, bem como à enfermeira tutora, Elsa Cerqueira, pela disponibilidade que sempre demonstrou. Agradeço ainda a toda a equipa multidisciplinar da USF Mais Saúde, por toda a colaboração e pelas aprendizagens partilhadas ao longo deste percurso.

Agradeço, com especial carinho, a todos os utentes e famílias que me permitiram prestar cuidados, crescer enquanto profissional e atingir as competências preconizadas para este estágio. Um, ainda mais especial, obrigado aos pais e mães que, generosamente, despenderam do seu tempo para participar no estudo.

Não poderia deixar de mencionar a Florbela, a Liliana e a Carlota, companheiras desta caminhada, cuja companhia tornou este trajeto mais leve.

Por último, mas não menos importante, deixo um profundo agradecimento à minha família, cuja presença foi essencial. Ao Carlos, por nunca me deixar desistir e por tudo fazer para que me sentisse capaz de continuar. Aos meus filhos, Tomás e Margarida, por todos os sorrisos, mimos, beijos e abraços que me deram força e ânimo para continuar. Aos meus pais e sogros por toda a disponibilidade para cuidar dos netos e preparar refeições que nos permitiram usufruir de mais tempo em família.

Todas estas pessoas, aliadas a um esforço pessoal significativo – num período vivido entre licença de maternidade e férias – tornaram possível o alcançar desta meta, que se pretende que seja o início de um novo horizonte.

A todos, o meu sincero OBRIGADA.

## **DEDICATÓRIA**

aos meus filhos,

à minha família,

à equipa da USF Mais Saúde que me acolheu durante este percurso,

a todos aqueles que acreditaram em mim.

“Os primeiros anos de vida são como a fundação de uma casa, e, ao investir na primeira infância, investe-se em toda a sociedade: ao mudar o começo da história, muda-se a história toda” (Moura et al., 2022)

## RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Em conformidade com os requisitos para a obtenção do grau de Mestre e atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF), este relatório apresenta a investigação desenvolvida e uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas em estágio que permitiram o desenvolvimento das competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEECAESF.

O estágio decorreu entre 2 de outubro de 2023 e 28 de março de 2024, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Mais Saúde, tendo como eixo central a promoção da parentalidade positiva. Esta abordagem, centrada no afeto, na comunicação eficaz e na definição de limites consistentes, promove o desenvolvimento saudável da criança (Lopes & Dixe, 2012). Os primeiros anos de vida assumem importância crucial no percurso individual e social das crianças, sendo determinante a qualidade das interações familiares (Moura et al., 2022). Neste contexto, a Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela proximidade e continuidade dos cuidados, desempenha um papel central na promoção de práticas parentais positivas.

A investigação teve como objetivo analisar a influência do sexo, escolaridade e apoio social na perceção parental relativamente ao exercício da parentalidade positiva, em pais e mães de crianças entre os 18 e 36 meses inscritas na USF Mais Saúde. A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e da Escala de Parentalidade Positiva (Lopes, 2012).

Os resultados evidenciaram elevada confiança parental, sobretudo na dimensão ‘comunicação positiva’ e maiores dificuldades e necessidade de conhecimentos associadas à ‘disciplina positiva’. Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo: as mães apresentaram maior necessidade de conhecimentos, particularmente na dimensão ‘disciplina positiva’, em consonância com Demirbağ e Dost (2025). No que concerne à escolaridade, não se observaram diferenças significativas, corroborando Valente (2022), mas divergindo dos resultados de Lopes (2012). Relativamente ao apoio social,

identificou-se impacto em várias dimensões: pais e mães com apoio moderado apresentaram menor confiança em ‘disciplina positiva’ e ‘necessidades físicas’ quando comparados com os de baixo apoio, contrariando os achados de Lopes (2012). Estes últimos reportaram menos dificuldades em ‘comunicação positiva’ e ‘disciplina positiva’, bem como menor necessidade de conhecimentos em ‘desenvolvimento, comportamento e estimulação’, o que diverge da literatura que reconhece o apoio social como fator protetor no exercício da parentalidade (Coltro et al., 2020).

Conclui-se que o sexo e o apoio social exercem impacto significativo na percepção parental sobre a parentalidade positiva, enquanto a escolaridade não se revelou determinante neste contexto. Os resultados reforçam a importância da Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar integrar estas variáveis na sua prática, apoiando uma parentalidade consciente, informada e promotora de resiliência familiar.

**Palavras-Chave:** Enfermagem da Família; Parentalidade; Crianças.

## ABSTRACT

This report was prepared within the curricular unit *Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final* (ENPRF), part of the I Master's Degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing, at the School of Health, Polytechnic Institute of Viana do Castelo (IPVC), in consortium with the Polytechnic Institute of *Bragança* and the University of *Trás-os-Montes e Alto Douro*. In accordance with the requirements for obtaining the Master's degree and the title of Specialist Nurse in Community Nursing in the Area of Family Health Nursing (EEECAESF), this report presents the research developed and a critical reflection on the internship activities that enabled the acquisition of both the common competencies of the Specialist Nurse (EE) and those specific to the EEECAESF.

The internship took place from October 2, 2023, to March 28, 2024, at the Family Health Unit (USF) *Mais Saúde*, focusing on the promotion of positive parenting. This approach—centered on affection, effective communication, and consistent limit-setting—fosters healthy child development (Lopes & Dixe, 2012). The first years of life are crucial for a child's individual and social development, with the quality of family interactions playing a determining role (Moura et al., 2022). In this context, Family Health Nursing, through its proximity and continuity of care, plays a key role in promoting positive parenting practices.

The research aimed to analyze the influence of sex, educational level, and social support on parents' perceptions regarding the exercise of positive parenting, among parents of children aged 18 to 36 months enrolled at USF *Mais Saúde*. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Positive Parenting Scale (Lopes, 2012).

The results revealed high parental confidence, especially in the “positive communication” dimension, and greater difficulties and need for knowledge associated with “positive discipline.” Statistically significant sex differences were identified: mothers expressed a higher need for knowledge, particularly regarding “positive discipline,” consistent with Demirbağ and Dost (2025). Regarding education level, no significant differences were found, supporting Valente (2022) but diverging from Lopes (2012). Concerning social support, an effect was observed across several dimensions: parents with moderate support reported lower confidence in “positive discipline” and “physical needs” compared with those with low support, contradicting Lopes (2012). Parents with low social support reported fewer difficulties in “positive communication” and “positive discipline,” as well as a lower need

for knowledge regarding “development, behavior, and stimulation,” which diverges from the literature recognizing social support as a protective factor in parenting (Coltro et al., 2020).

It is concluded that sex and social support significantly influence parental perceptions of positive parenting, whereas education level did not prove to be a determining factor in this context. The findings reinforce the importance of integrating these variables into Family Health Nursing practice, supporting a conscious, informed, and resilience-promoting approach to parenting.

**Keywords:** Family Nursing; Parenting; Children.



## **ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EE – Enfermeiro Especialista

EEECAESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ENPRF - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

EO – Enfermeiro Orientador

ESS – Escola Superior de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MCAIF – Modelo *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNU – Registo Nacional de Utentes

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UF – Unidade de Formação

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

## SUMÁRIO

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| AGRADECIMENTOS .....                                                                                       | II  |
| DEDICATÓRIA .....                                                                                          | III |
| RESUMO.....                                                                                                | V   |
| ABSTRACT .....                                                                                             | VII |
| ACRÓNIMOS E SIGLAS.....                                                                                    | X   |
| SUMÁRIO.....                                                                                               | XI  |
| ÍNDICE DE FIGURAS .....                                                                                    | XIV |
| ÍNDICE DE TABELAS.....                                                                                     | XV  |
| INTRODUÇÃO .....                                                                                           | 1   |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....                                                      | 5   |
| 1.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MAIS SAÚDE .....                                                            | 6   |
| 1.2. CARATERIZAÇÃO DA LISTA DO ENFERMEIRO ORIENTADOR .....                                                 | 9   |
| 2. ESTUDO EMPÍRICO .....                                                                                   | 12  |
| 2.1. TRANSIÇÕES FAMILIARES E A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....             | 15  |
| 2.1.1. Teoria das Transições Meleis.....                                                                   | 15  |
| 2.1.2. Parentalidade como transição familiar.....                                                          | 17  |
| 2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL ENTRE OS 18 E OS 36 MESES COMO TRANSIÇÃO GERADORA DE DESAFIOS PARENTAIS..... | 19  |
| 2.3. PARENTALIDADE POSITIVA: CONCEITO, RELEVÂNCIA E ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                            | 20  |
| 2.3.1. A Enfermagem de Saúde Familiar no apoio à parentalidade positiva .....                              | 22  |
| 2.3.2. Determinantes parentais e contextuais da parentalidade positiva.....                                | 23  |
| 2.4. METODOLOGIA.....                                                                                      | 25  |
| 2.4.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos do estudo.....                                      | 26  |
| 2.4.2. Tipo de estudo .....                                                                                | 27  |
| 2.4.3. População e amostra.....                                                                            | 28  |
| 2.4.4. Hipóteses.....                                                                                      | 29  |
| 2.4.5. Variáveis em estudo .....                                                                           | 30  |
| 2.4.6. Instrumento de recolha de dados .....                                                               | 31  |
| 2.4.7. Procedimento de recolha e tratamento de dados .....                                                 | 32  |

|                                                                                                                                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4.8. Questões éticas .....                                                                                                                          | 33        |
| 2.5. RESULTADOS .....                                                                                                                                 | 34        |
| 2.5.1. Caracterização dos participantes e dos seus filhos com idades entre 18 e 36 meses .....                                                        | 35        |
| 2.6.2. Perceção parental no exercício da parentalidade positiva .....                                                                                 | 37        |
| 2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                                                                                                                   | 48        |
| 2.7. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....                                                                                                                       | 54        |
| 2.8. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....                                                                                            | 56        |
| <b>3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS .....</b>                                                             | <b>59</b> |
| 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....                                                                                             | 60        |
| 3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....                                                                                  | 61        |
| 3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....                                                                                                | 64        |
| 3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....                                                                                                           | 67        |
| 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....                                                                               | 69        |
| 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....             | 71        |
| 3.2.1. Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção ..... | 72        |
| 3.2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar .....                                                 | 76        |
| CONCLUSÃO .....                                                                                                                                       | 78        |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                                                                                      | 81        |
| ANEXOS .....                                                                                                                                          | 98        |
| ANEXO I – PARECER DO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E CES DA ULSAM .....                                                                     | 99        |
| APÊNDICES .....                                                                                                                                       | 102       |
| APÊNDICE I – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....                                                                                                    | 103       |
| APÊNDICE II – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA USF MAIS SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....                                                                | 106       |

|                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| APÊNDICE III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE PARENTALIDADE POSITIVA .....                                       | 109 |
| APÊNDICE IV – VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS ESTATÍSTICOS (NORMALIDADE DE DISTRIBUIÇÃO, ASSIMETRIA, CURTOSE E HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS ..... | 111 |
| APÊNDICE V – QUADRO RESUMO DE ATIVIDADES POR COMPETÊNCIA.....                                                                                 | 116 |
| APÊNDICE VI – PROCEDIMENTO: PARENTALIDADE POSITIVA EM CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS .....                                                         | 125 |
| APÊNDICE VII – DOCUMENTOS ENVIADOS PARA A UNIDADE DE FORMAÇÃO DA ULSAM.....                                                                   | 171 |
| APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO SOBRE CONTEÚDOS A ABORDAR NA FORMAÇÃO INTERNA .....                                                              | 178 |
| APÊNDICE IX – PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i> .....                                                                                        | 180 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Distribuição dos utentes da USF Mais Saúde por sexo e grupo etário .....                            | 8  |
| Figura 2. Distribuição dos utentes inscritos na lista do enfermeiro orientador por o sexo e grupo etário..... | 10 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas e profissionais (n=40).....                                                                      | 35 |
| Tabela 2. Distribuição das crianças com idades entre os 18 e os 36 meses segundo as características sociodemográficas e assistenciais (n=40) .....                                     | 37 |
| Tabela 3. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo nas escalas do exercício da parentalidade positiva (n=40) .....                                                             | 38 |
| Tabela 4. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autopercepção da confiança dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40).....                     | 38 |
| Tabela 5. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autopercepção das dificuldades dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40) .....                | 39 |
| Tabela 6. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autopercepção da necessidade de conhecimentos dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40) ..... | 40 |
| Tabela 7. Comparação da autopercepção do exercício da parentalidade positiva segundo o sexo parental ( <i>t-Student</i> ) .....                                                        | 41 |
| Tabela 8. Comparação da autopercepção do exercício da parentalidade positiva segundo o sexo dos pais ( <i>t-Student</i> ) .....                                                        | 42 |
| Tabela 9. Comparação da autopercepção o exercício de parentalidade positiva segundo o nível de escolaridade parental ( <i>One-Way ANOVA</i> ) .....                                    | 43 |
| Tabela 10. Comparação da autopercepção o exercício de parentalidade positiva segundo o nível de escolaridade parental ( <i>Kruskal-Wallis</i> ).....                                   | 43 |
| Tabela 11. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo a escolaridade parental ( <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Kruskal-Wallis</i> ).....                                     | 44 |
| Tabela 12. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo o nível de apoio social ( <i>Kruskal-Wallis</i> ) .....                                                           | 46 |
| Tabela 13. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo o nível de apoio social ( <i>Kruskal-Wallis</i> ) .....                                                           | 47 |

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 2.º ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, ministrado pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, integra-se a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF). Neste contexto, e em conformidade com os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017) para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF) e para a obtenção do grau de Mestre, apresenta-se o presente Relatório Final de Estágio.

O ENPRF decorreu entre 2 de outubro de 2023 e 28 de março de 2024, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Mais Saúde, tendo a sua concretização considerado a disponibilidade dos recursos físicos da unidade, a orientação clínica assegurada pelo Enfermeiro Orientador (EO) e a disponibilidade pessoal da mestranda. A orientação do estágio contou com a colaboração da Enfermeira Tutora, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária Elsa Angelina Pereira Cerqueira, do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Comunitária Luís Miguel Clementino Fernandes de Faria, enquanto EO, e da Professora Maria Cândida Cracel Viana, responsável pela orientação pedagógica.

Este relatório tem como finalidade apresentar uma avaliação crítica e reflexiva das atividades realizadas durante o período de estágio, fundamentadas nos princípios teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar. Simultaneamente, inclui um estudo de investigação com o objetivo de analisar fatores que influenciam a perceção parental no exercício da parentalidade positiva, em crianças entre os 18 e os 36 meses de idade. Pretende-se, deste modo, contribuir para a produção de evidência científica que sustente futuras intervenções na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências comuns do Enfermeiro Especialista incluem: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Em consonância, o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, define que o EEECAESF deve: cuidar da família como unidade e de cada um dos seus membros, ao longo de todo o ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção; e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

O estágio foi desenvolvido com o propósito de adquirir e consolidar as referidas competências, articulando-se com os objetivos da unidade curricular:

Concretizar o estágio e relatório final sobre temática pertinente, baseado na evidência, ou sobre aspetos teóricos que levem ao desenvolvimento do conhecimento em ESF; Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e na promoção de respostas adaptativas às transições, aos diferentes níveis da prevenção primária; Estabelecer relação de parceria efetiva com as famílias, baseada fundamentalmente: nos seus pontos fortes em detrimento da centralidade na patologia e na promoção da possibilidade de realidades múltiplas; Documentar o processo de cuidados com recurso à linguagem classificada CIPE; Analisar a tomada decisão clínica, mobilizando os referenciais ético-legais, políticos e epistemológicos da ESF. (Moraes et al., 2023, p.4).

Este documento está organizado em três capítulos. O primeiro apresenta a contextualização do estágio, descrevendo a instituição de acolhimento, assim como a caracterização dos utentes e famílias aos quais foram prestados cuidados. O segundo capítulo corresponde ao estudo empírico intitulado “Parentalidade Positiva em Crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar”, que analisa a perceção dos pais relativamente ao exercício da parentalidade positiva, com particular enfoque nos fatores que a influenciam. A escolha da temática resultou da análise das famílias acompanhadas pelo EO, bem como do reconhecimento crescente da relevância das práticas parentais positivas para o desenvolvimento saudável das crianças e para o bem-estar familiar. O interesse pessoal da mestranda na temática, aliado à pertinência de alinhar a evidência científica sobre a parentalidade positiva com as necessidades efetivas das famílias, reforçou a relevância deste estudo.

Neste âmbito, importa considerar que o exercício da parentalidade ocorre frequentemente em contextos de elevada exigência emocional e adaptativa, particularmente quando estão presentes desafios associados ao desenvolvimento ou à saúde mental da criança. A presença de dificuldades do desenvolvimento ou de problemas de saúde mental na infância pode exercer um impacto significativo na saúde e funcionalidade familiar, contribuindo para níveis elevados de *stress* parental, sentimentos de inadequação, sobrecarga dos cuidadores, aumento de conflitos conjugais e fraternos e, em última instância, comprometimento do

bem-estar e da coesão familiar. A evidência científica confirma a associação entre os desafios do desenvolvimento e da saúde mental infantil, níveis acrescidos de *stress* parental, maior risco de problemas conjugais e diminuição do bem-estar familiar global (Crnic et al., 2020). Neste contexto, torna-se essencial investir em estratégias de apoio às competências parentais, capazes de promover ambientes familiares seguros, afetivos e estruturados, potenciando o desenvolvimento global da criança (Lopes & Dixe, 2012). A promoção da parentalidade positiva deve, assim, ser entendida como uma intervenção de saúde familiar, com impacto não apenas na criança, mas em todo o sistema familiar. Neste domínio, a atuação do EEECAESF, através de estratégias de prevenção, acompanhamento e capacitação das famílias, assume-se como particularmente relevante.

Atendendo à proximidade e continuidade dos cuidados prestados às famílias, a Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na promoção de práticas parentais que favoreçam o desenvolvimento saudável das crianças e a qualidade das relações familiares (Lopes & Dixe, 2012). Neste enquadramento, torna-se pertinente analisar a perceção dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva durante a primeira infância, período particularmente sensível para o desenvolvimento da criança e para a adaptação do sistema familiar, bem como identificar de que forma variáveis sociodemográficas e contextuais podem influenciar esse exercício no âmbito da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

A questão de investigação que orienta o estudo é: “Quais os fatores que influenciam a perceção dos pais sobre o exercício da parentalidade positiva em crianças dos 18 aos 36 meses de idade?”. O objetivo geral do estudo é analisar os fatores que influenciam a perceção dos pais no exercício da parentalidade positiva, em crianças entre os 18 e os 36 meses de idade, com particular foco no apoio social, escolaridade e sexo dos pais, analisando de que modo estes aspetos podem ser considerados na prática da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

O terceiro capítulo apresenta uma análise crítica e reflexiva acerca do desempenho da mestranda, centrada no processo formativo e no desenvolvimento de competências comuns do EE e das competências específicas do EEECAESF.

A redação e organização do presente documento segue as diretrizes da ESS-IPVC, para a elaboração e apresentação de trabalhos em conformidade com as normas da *American Psychological Association*, 7.<sup>a</sup> edição (Graça et al., 2021).

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Neste capítulo procede-se à caracterização da USF Mais Saúde, local onde decorreu o estágio, através da descrição e análise do seu funcionamento, método de trabalho, carteira de serviços e caracterização da lista de utentes inscritos. Esta caracterização constitui o enquadramento essencial para a compreensão das atividades desenvolvidas e das competências mobilizadas ao longo do percurso formativo.

A recolha de informação relativa ao contexto da prática clínica baseou-se em múltiplas fontes, incluindo documentos institucionais da USF, elementos fornecidos pela equipa multidisciplinar e dados provenientes dos sistemas de informação Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), SClínico e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

### 1.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MAIS SAÚDE

A USF Mais Saúde, integrada no Centro de Saúde (CS) de Ponte de Lima, iniciou atividade em 2 de novembro de 2009. A equipa é constituída por cinco enfermeiros, cinco médicos e quatro assistentes técnicos. Enquanto USF, dispõe de autonomia técnica, organizacional e funcional, integrando a rede de unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alto Minho, o qual se encontra inserido na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), conforme previsto no Decreto-Lei nº.103/2023.

Desde janeiro de 2013, a USF opera segundo o modelo de desenvolvimento B, caracterizado por uma gestão participada e orientada para objetivos. Este modelo promove a proximidade e a coesão entre os profissionais, fatores considerados determinantes para a eficácia organizacional e qualidade das relações de trabalho. A sua estrutura compreende um coordenador, eleito em Conselho Geral, e um Conselho Técnico com responsabilidades técnico-científicas, composto por representantes de cada grupo profissional, igualmente eleitos pelos pares.

A USF Mais Saúde presta cuidados de saúde personalizados a utentes de uma área geográfica definida, assegurando os princípios da centralidade no utente, acessibilidade, globalidade, continuidade, qualidade e eficiência ao longo do ciclo de vida da pessoa/família (Decreto-Lei nº.103/2023).

A carteira básica de serviços da USF Mais Saúde compreende a execução dos seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de rastreio oncológico; Programa de

vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso; Programa de visitação domiciliária; Consulta de Hipocoagulação; Programa de vacinação; Programa de cuidados em situações de doença aguda. (USF Mais Saúde, 2022, p.13).

A área de influência da USF Mais Saúde corresponde às freguesias do concelho de Ponte de Lima, contudo encontram-se inscritos utentes residentes noutros concelhos, o que poderá representar limitações na prestação de cuidados domiciliários, sobretudo pela menor familiaridade do Enfermeiro de Família com os contextos geográficos e socioculturais mais distantes, podendo comprometer a continuidade e qualidade da intervenção.

A missão da USF consiste em “promover a melhoria contínua da qualidade e eficiência dos seus serviços, para aumentar os ganhos em saúde da população inscrita” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2017). A visão assenta no propósito de “fazer sempre melhor”, ambicionando ser uma unidade de referência nacional ao nível da satisfação de utentes e profissionais, destacando-se pela qualidade, acessibilidade e eficiência. A atuação da unidade pauta-se pelos valores de disponibilidade, lealdade, transparência, respeito pelo utente, dedicação e qualidade (SPMS, 2017).

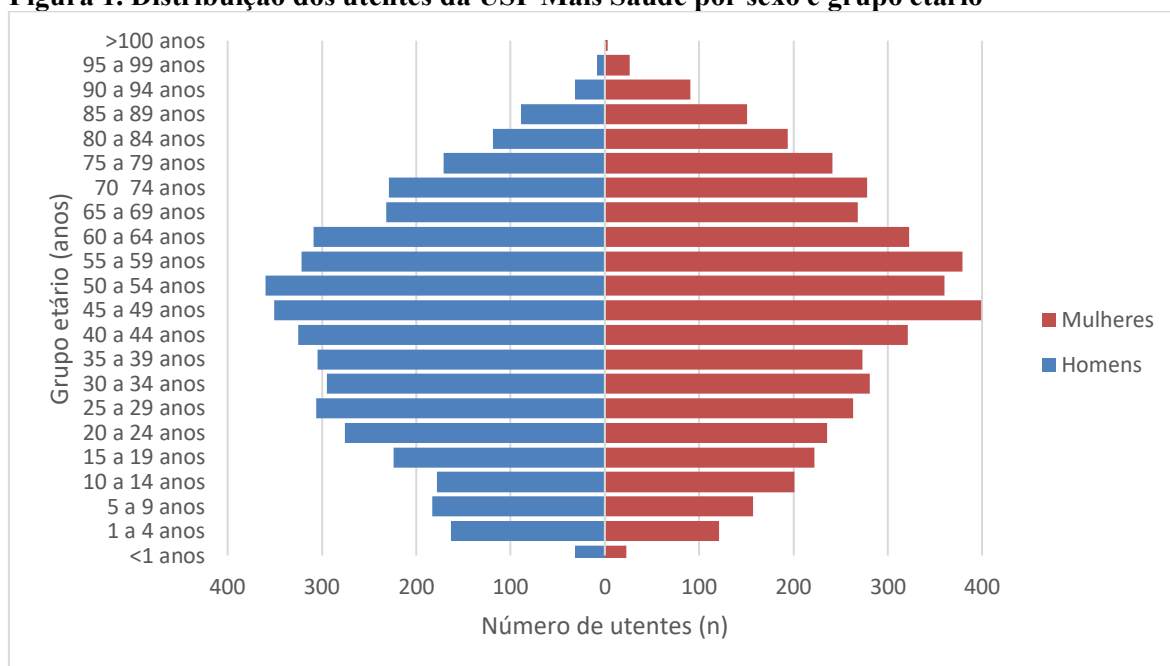
A unidade desenvolve a sua atividade nos dias úteis, das 8:00 às 20:00 horas, funcionando no piso 2 do CS de Ponte de Lima, dispondo ainda, de um polo de saúde, em Moreira do Lima que funciona às segundas e quintas-feiras. Cada Enfermeiro de Família é responsável pela prestação de cuidados aos utentes inscritos na sua lista, privilegiando-se a estrutura familiar; sendo essa lista partilhada com um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF). A equipa de enfermagem é constituída por cinco enfermeiros de família, tal como referido anteriormente, dos quais dois são especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e três são Enfermeiros de Cuidados Gerais.

A USF Mais Saúde articula-se com diversos profissionais, nomeadamente assistentes operacionais, nutricionista, podologista, assistente social e telefonista, os quais são partilhados com as restantes unidades funcionais do CS e integram a Unidade de Recursos Assistências Partilhados. Para além disso, mantém articulação com outras unidades funcionais, designadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde Mais Perto, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Serviços de Apoio Geral e o Gabinete do Cidadão.

Assume ainda um papel relevante na formação, acolhendo internos de MGF, internos do ano comum, estudantes de Medicina e de Enfermagem, bem como enfermeiros em estágio no âmbito de cursos de mestrado (USF Mais Saúde, 2022).

De acordo com o Registo Nacional de Utentes, consultado através do BI-CSP (SPMS, 2017), em dezembro de 2023, a USF Mais Saúde tinha 9 320 utentes inscritos, correspondendo a 12 250 unidades ponderadas, distribuídos por sexo e grupo etário, conforme representado na figura 1.

**Figura 1. Distribuição dos utentes da USF Mais Saúde por sexo e grupo etário**



A distribuição dos utentes inscritos na USF Mais Saúde apresentava valores semelhantes entre os sexos, com 4 509 do sexo masculino e 4 811 do feminino. A população em idade ativa (15-64 anos) constituía o grupo etário mais representado (65,77%), seguida da população idosa (22,88%) e das crianças e jovens até aos 14 anos (11,35%). O índice de envelhecimento era de 201,4 (SPMS, 2017), o que evidencia uma população tendencialmente envelhecida.

Apesar do compromisso da USF Mais Saúde com a qualidade dos cuidados, a análise do rácio de utentes por enfermeiro evidencia um desafio relevante. De acordo com os dados recolhidos através do *software* Mim@UF, em dezembro de 2023, cada enfermeiro acompanhava, em média, um número de utentes e famílias superior aos referenciais preconizados pela OE. Em concreto, o Regulamento n.º 743/2019 estabelece como rácio ideal 350 famílias, 1 550 utentes ou 1 917 unidades ponderadas por enfermeiro. No entanto,

na USF Mais Saúde, o rácio médio foi de 1 864 utentes e 2 450 unidades ponderadas, valores que podem comprometer a personalização e qualidade dos cuidados centrados na família.

Com o objetivo de mitigar este desequilíbrio, e reconhecendo o impacto que pode ter na continuidade e na efetividade dos cuidados, sobretudo no que diz respeito à abordagem centrada na família como unidade de intervenção, foi deliberado em Conselho Geral o aumento do horário dos profissionais, ajustado em função das unidades ponderadas atribuídas. Assim, os enfermeiros trabalham 40 horas semanais, o que permite uma maior capacidade de resposta e organização da atividade assistencial. Todavia, a sobrecarga assistencial permanece como um fator a monitorizar e reavaliar periodicamente, sobretudo face ao envelhecimento progressivo da população inscrita e à crescente complexidade das suas necessidades de saúde.

A adequação dos rácios constitui, portanto, uma dimensão crítica da gestão de recursos humanos em cuidados de saúde primários (CSP), devendo ser considerada em futuras decisões organizacionais, de modo a garantir cuidados de enfermagem centrados na família, eficazes e sustentáveis.

## 1.2. CARATERIZAÇÃO DA LISTA DO ENFERMEIRO ORIENTADOR

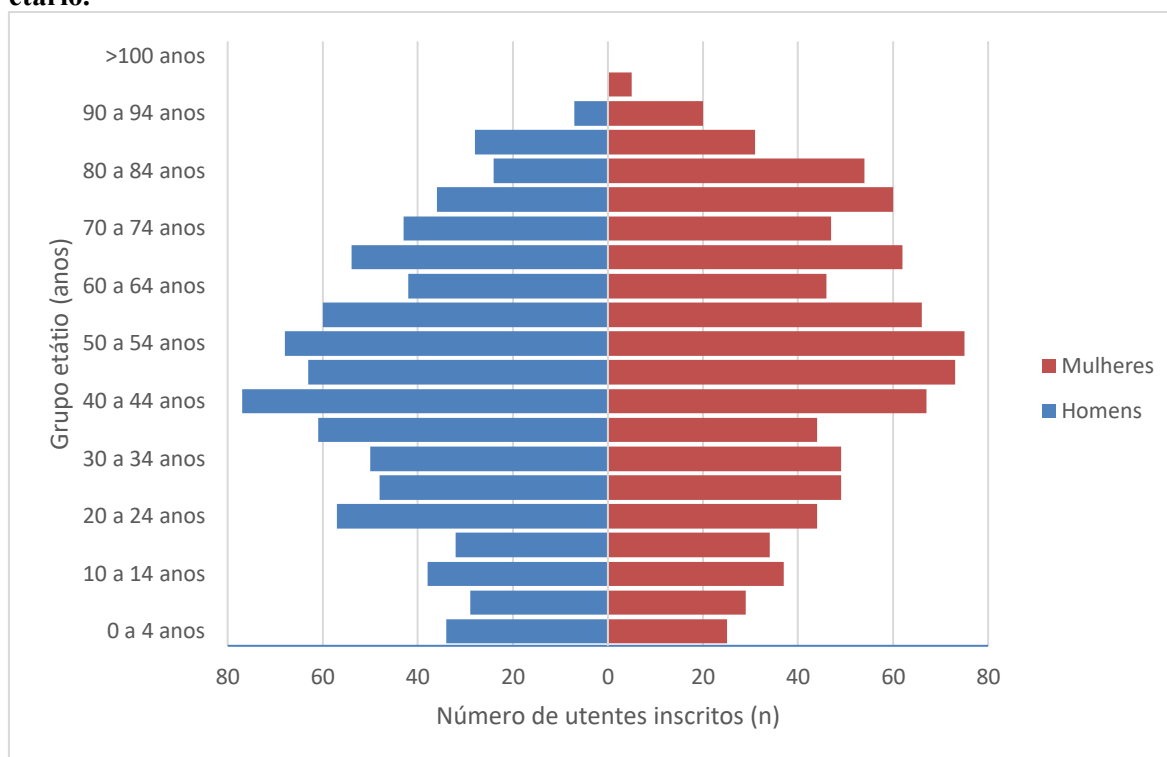
A prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar exige um conhecimento aprofundado das famílias acompanhadas, das suas dinâmicas e necessidades específicas ao longo do ciclo vital. A interação regular com as famílias, aliada à atualização sistemática dos registos clínicos, constitui uma estratégia fundamental para ajustar as intervenções, garantir a continuidade dos cuidados e adequar a prática clínica às características, contextos e motivações de cada família (Rebelo, 2018).

Com base nos dados extraídos do *software* Mim@UF, em dezembro de 2023, procedeu-se à caracterização da lista de utentes e famílias inscritos na lista do EO, aos quais foram, maioritariamente, prestados cuidados durante o estágio. A lista integra 688 famílias, correspondendo a 1 768 utentes inscritos, totalizando 2412 unidades ponderadas. Assim, e tal como verificado nas restantes equipas da USF, o rácio de famílias por enfermeiro não cumpre os referenciais definidos pela OE (Regulamento n.º 743/2019).

A população inscrita nesta lista apresenta um perfil marcadamente envelhecido (figura 2), com um índice de envelhecimento de 245, valor superior ao da própria USF Mais Saúde

(201,4). Identificaram-se, ainda, 34 utentes dependentes com necessidade de cuidados domiciliários, informação recolhida com base em registo atualizado pelo EO.

**Figura 2. Distribuição dos utentes inscritos na lista do enfermeiro orientador por o sexo e grupo etário.**



No que respeita à morbilidade da população inscrita, verificou-se que 535 utentes (30,26%) apresentavam hipertensão arterial e 199 (11,26%) diabetes *mellitus*. Identificaram-se 360 mulheres em idade fértil (20,36%) e 238 crianças e jovens (13,46%), havendo registo do nascimento de 12 crianças em 2023. Os diagnósticos mais prevalentes incluíram as alterações do metabolismo dos lípidos, o excesso de peso e a hipertensão arterial, em consonância com os principais diagnósticos a nível dos CSP da ULSAM (ULSAM, 2020). A obesidade e o distúrbio ansioso figuravam igualmente entre os cinco diagnósticos mais frequentes, sendo este último identificado em 18,34% dos utentes da lista.

Na população infantil, o excesso de peso e a obesidade afetavam 45 utentes (18,9%), seguindo-se as infeções agudas do aparelho respiratório superior (10,5%) e as dificuldades específicas da aprendizagem (10,5%). Estas últimas, embora frequentemente reconhecidas em contexto escolar, podem refletir fatores associados ao desenvolvimento infantil e às competências socioemocionais adquiridas nas primeiras etapas de vida.

Como já referido anteriormente, a USF Mais Saúde funciona num edifício-sede e num polo, sendo a caracterização apresentada anteriormente referente a ambos, uma vez que no estágio houve a oportunidade de prestar cuidados nos dois locais.

A prestação de cuidados de Enfermagem no polo de saúde da USF oferece uma vantagem crucial: a proximidade estabelecida com a população e o conhecimento da realidade local. Esta imersão na comunidade, possibilitada pela relação de proximidade com os utentes, permite que o EEECAESF desenvolva um cuidado mais humanizado, eficaz e resolutivo, ajustado às necessidades específicas de cada indivíduo e família. A experiência em ambos os contextos permitiu a vivência de situações muito diversas e enriquecedoras, constituindo um contributo significativo para o desenvolvimento de competências inerentes ao exercício futuro como EEECAESF, as quais serão aprofundadas neste relatório.

## **2. ESTUDO EMPÍRICO**

A investigação científica constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem, sustentando práticas clínicas baseadas na melhor evidência disponível e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). No domínio da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, a produção de conhecimento assume particular relevância, uma vez que apoia o desenvolvimento de intervenções eficazes, orientadas para o fortalecimento de competências e para a promoção do bem-estar familiar, enquanto unidade de cuidados.

A investigação em Enfermagem deve responder a problemáticas emergentes e complexas do quotidiano dos profissionais sendo simultaneamente capaz de gerar conhecimento transponível para a prática clínica, de forma a promover cuidados de saúde mais seguros, eficientes e ajustados às necessidades das famílias (Fortin, 2009). A articulação entre produção científica, desafios epistemológicos contemporâneos e exigências da prática constitui, assim, uma condição essencial para o avanço disciplinar. Este alinhamento favorece a produção de evidência aplicável à realidade local, permitindo a adaptação contínua de políticas e práticas de cuidados, num ciclo permanente de melhoria e inovação (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009, p. 58), questão de investigação deve ser “apropriada às questões do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter o potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos. Além disso, deve apresentar um interesse para o investigador e o seu meio” (Fortin, 2009, p. 58). Neste enquadramento, o presente estudo surge da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre fatores que influenciam a perceção parental no exercício da parentalidade positiva em crianças entre 18 e 36 meses de idade, uma fase de desenvolvimento marcada por mudanças físicas, cognitivas e emocionais significativas, com impacto direto no bem-estar da criança e da família.

A relevância do tema encontra suporte no crescente reconhecimento da parentalidade positiva como uma estratégia promotora da resiliência infantil, do bem-estar familiar e do *empowerment* parental, em consonância com as orientações internacionais e com os paradigmas contemporâneos da Enfermagem centrada na família (Muniz et al., 2025; World Health Organization, 2022). Este período específico do desenvolvimento infantil caracteriza-se por elevada plasticidade cerebral e por uma intensificação das aquisições nas áreas da linguagem, autonomia, comunicação e regulação socioemocional. A qualidade das interações parentais desempenha um papel determinante na formação de padrões de apego, na regulação emocional e no desenvolvimento cognitivo, constituindo um fator crítico para

a saúde mental futura (Bornstein, 2014; Osofsky & Thompson, 2000; Shonkoff & Garner, 2012).

A pertinência do estudo é reforçada pela realidade observada na USF em análise, onde se identifica uma prevalência significativa de distúrbios ansiosos e dificuldades de aprendizagem na população infantil inscrita na lista do EO. Este cenário evidencia a necessidade de estratégias consistentes de promoção da parentalidade positiva, visando prevenir dificuldades no desenvolvimento infantil e fortalecer fatores de proteção familiares (Lopes & Dixe, 2012; Moura et al., 2022).

A Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar desempenha, neste contexto, um papel central na capacitação dos cuidadores, sobretudo em momentos de transição relevantes do ciclo de vida. A adoção da Teoria das Transições de Meleis (2000) como referencial confere ao estudo uma perspectiva sistémica e holística, permitindo compreender as mudanças experienciadas pelas famílias e orientar práticas de Enfermagem ajustadas às suas necessidades.

A escolha da faixa etária entre os 18 e os 36 meses revela-se, assim, particularmente adequada, quer pelo seu impacto no desenvolvimento infantil, quer pela complementaridade que estabelece com outro estudo desenvolvido na mesma USF, centrado no período dos 0 aos 18 meses. Em conjunto, estes trabalhos oferecem uma visão mais integrada da parentalidade positiva ao longo dos primeiros anos de vida.

Este estudo procura responder à questão: “Quais os fatores que influenciam a perceção parental no exercício da parentalidade positiva em crianças dos 18 aos 36 meses?”.

A investigação nesta área é essencial para sustentar intervenções de Enfermagem que promovam práticas parentais ajustadas e eficazes, alinhadas com os objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013). A evidência produzida contribui para o avanço das práticas clínicas e para o reforço das políticas públicas de apoio à parentalidade, potenciando um ciclo contínuo de melhoria na promoção da saúde familiar.

Este relatório de investigação divide-se em três partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico, onde será discutido o referencial conceptual que sustenta o estudo, com análise dos conceitos relevantes para a temática abordada, como a Teoria das Transições de Meleis (2000) e a parentalidade positiva. A segunda parte pormenoriza a abordagem metodológica utilizada, incluindo a questão de investigação, os objetivos do estudo, o tipo de investigação, a população e amostra utilizadas, as hipóteses e variáveis em análise, assim

como o instrumento de colheita de dados e os procedimentos utilizados para a recolha e tratamento de dados. Serão também discutidas as questões éticas que orientaram o processo de investigação. Na terceira e última parte, são apresentados e discutidos os resultados, as conclusões do estudo e aquelas que se consideram ser as dificuldades e limitações do mesmo. Por fim, é realizada uma reflexão sobre os resultados e os contributos deste estudo de investigação para a prática clínica da Enfermagem de Saúde Familiar.

## 2.1. TRANSIÇÕES FAMILIARES E A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem de Saúde Familiar assenta no pensamento sistémico, valorizando simultaneamente, as dinâmicas do sistema familiar e das suas partes constituintes, bem como a interação recíproca que influencia a saúde e o bem-estar de todos os seus membros (Wright & Leahey, 2018). A família, enquanto foco de cuidados, é entendida como um conjunto de pessoas ligadas por vínculos emocionais e relacionais, que desempenham papéis sociais definidos e interagem continuamente com o meio envolvente, num contexto específico de organização, estrutura e funcionamento (Figueiredo, 2009). Esta visão é essencial para orientar a prática do EEESCAESF, permitindo compreender de que forma pode apoiar as famílias ao longo das diversas fases do ciclo vital.

Sendo um sistema dinâmico, a família atravessa múltiplas transições, previsíveis ou inesperadas, que exigem reorganizações internas e ajustamentos às novas exigências e necessidades emergentes dos seus membros. Estas transições constituem momentos críticos para a manutenção do equilíbrio familiar, podendo representar tanto oportunidades de crescimento como fontes de vulnerabilidade (Wright & Leahey, 2018).

### 2.1.1. Teoria das Transições Meleis

As transições representam oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem, podendo também acarretar desafios e instabilidade. Para muitas famílias, a antecipação da transição e a necessidade de adaptação podem ser fontes de desconforto e desajuste. A forma como a família enfrenta esses períodos de transformação influencia diretamente a sua saúde e o seu funcionamento global.

A Teoria das Transições de Meleis (2000), classificada como uma teoria de médio alcance, oferece um constructo teórico essencial para compreender como é que as famílias vivenciam e se adaptam às mudanças significativas na sua estrutura e dinâmica. Segundo a autora, a transição é um processo que implica a passagem de um estado de equilíbrio para outro, envolvendo instabilidade, mas também potencial para desenvolvimento e adaptação positiva (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Esta teoria estrutura-se em três conceitos centrais: natureza das transições, condições em que ocorrem e padrões de resposta à transição. A natureza das transições contempla diferentes dimensões, nomeadamente, o tipo, o padrão e as propriedades da transição. O tipo de transição pode assumir carácter desenvolvimental, situacional, saúde/doença ou organizacional, enquanto o padrão se refere à forma como as transições ocorrem, podendo ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas. As propriedades da transição incluem aspetos como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, tempo e pontos críticos, que influenciam a forma como o processo é experienciado (Meleis, 2010).

As transições desenvolvimentais estão associadas ao ciclo vital dos indivíduos e das famílias, sendo previsíveis e decorrentes do desenvolvimento humano. As transições situacionais resultam de acontecimentos específicos da vida, podendo ocorrer de forma inesperada e exigir ajustamentos significativos. As transições relacionadas com saúde/doença emergem em contextos de doença, incapacidade ou alteração do estado de saúde, enquanto as transições organizacionais dizem respeito a mudanças nos sistemas de cuidados de saúde ou nos contextos institucionais, com impacto no acesso a recursos e na continuidade dos cuidados (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

As condições em que as transições ocorrem podem atuar como fatores facilitadores ou inibidores da adaptação, incluindo fatores pessoais, sociais e contextuais, como experiências prévias, recursos socioeconómicos, crenças, valores culturais e suporte social (Meleis et al., 2000). A identificação destas variáveis é fundamental para a compreensão dos processos adaptativos e para o planeamento de intervenções de Enfermagem mais ajustadas às necessidades e contexto de cada família.

Os padrões de resposta à transição incluem indicadores de processo e de resultado que permitem avaliar a forma como indivíduos e famílias se adaptam às mudanças ao longo do tempo. Entre os indicadores de resultado, destaca-se a mestria, entendida como a capacidade

de lidar autonomamente e de forma eficaz com a nova realidade, refletindo uma adaptação bem sucedida ao processo de transição (Meleis, 2010).

A teoria das transições de Meleis (2000) fornece, assim, um enquadramento essencial para compreender a forma como as famílias vivenciam e se adaptam a mudanças significativas na sua estrutura e dinâmica. No contexto da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, esse conceito é particularmente relevante, uma vez que a prática da Enfermagem é centrada no apoio às famílias durante diferentes momentos do ciclo de vida, promovendo processos adaptativos saudáveis face a novas realidades e desafios.

### **2.1.2. Parentalidade como transição familiar**

As transições familiares envolvem mudanças em múltiplas dimensões da vida familiar e podem ser desencadeadas tanto por eventos previsíveis como inesperados, como a chegada de um novo filho ou a passagem das crianças para uma nova fase de desenvolvimento. O conceito de transição assume, assim, um papel central, pois descreve o processo de adaptação da família a essas mudanças e a forma como estas influenciam o seu funcionamento e bem-estar.

Neste contexto, o foco da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar é precisamente facilitar estas transições, promovendo práticas que minimizem os impactos negativos e reforcem mecanismos de adaptação positiva. O EEECAESF desempenha um papel fundamental como facilitador em todas as etapas do processo de transição, apoiando a promoção, manutenção e recuperação do bem-estar familiar e intervindo de forma ativa e intencional nas transições complexas (Regulamento n.º 428/2018).

Deste modo, centrar a intervenção de Enfermagem no fortalecimento da família torna-se uma prioridade, exigindo um trabalho específico sobre dimensões como a conjugalidade, a parentalidade, a fratria, a família de origem e a adequação da vida social (Andrade, 2023). A parentalidade, em particular, constitui um marco significativo no ciclo vital da família. O nascimento do primeiro filho representa um momento crucial deste processo, dando origem a novos níveis de parentesco, à criação de subsistemas familiares adicionais e à redefinição das fronteiras familiares, tanto na família nuclear como na família alargada (Andrade, 2023).

Desempenhar eficazmente o papel parental requer a aplicação prática de conhecimentos no quotidiano, implicando o envolvimento dos restantes membros da família, da rede social e dos profissionais que intervêm no cuidado. Envolve ainda a aquisição de novas competências essenciais para responder às responsabilidades emergentes (Figueiredo, 2012). A família assume, neste processo, um papel determinante no crescimento saudável da criança, sendo pais e cuidadores figuras-chave na criação de experiências de vida que promovam o desenvolvimento global e o bem-estar infantil.

Nesta linha, o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, o apoio à aprendizagem parental e a compreensão do potencial de desenvolvimento da criança constituem domínios nos quais os pais frequentemente necessitam de suporte, sobretudo quando também enfrentam necessidades próprias (Lopes, 2012). A transição para a parentalidade revela-se, assim, especialmente desafiante quando não existe experiência prévia ou suporte social adequado. Neste cenário, o EEESCAESF assume um papel essencial, oferecendo orientação, apoio emocional e práticas educativas que favorecem a adaptação da família à nova realidade, garantindo que pais e mães estejam preparados para assumir as suas responsabilidades de forma positiva e eficaz.

Importa ainda destacar que o conceito de parentalidade tem evoluído ao longo do tempo, refletindo mudanças sociais, culturais e económicas da sociedade contemporânea. Como referem Reticena et al. (2019), o termo parentalidade, derivado do inglês *parenting*, descreve um conjunto de atividades destinadas a promover a sobrevivência e o desenvolvimento pleno da criança, realizadas pelos adultos de referência. “Estes são responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites, promover autonomia e preparar a criança para os desafios da vida presente e adulta (p. 2).

O *International Council of Nurses* (ICN, 2019), define parentalidade como “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; (...)” (p. 94).

Neste sentido, o exercício da parentalidade é amplamente reconhecido como uma das tarefas mais complexas e exigentes da vida humana (Detoni et al., 2021). Ser pai ou mãe não garante, só por si, o cumprimento de todos os aspetos da parentalidade, uma vez que este é um processo dinâmico e contínuo que ultrapassa a dimensão biológica e integra componentes sociais, psicológicos e culturais.

Evidências recentes reforçam que a parentalidade exige uma adaptação constante, moldada por fatores socioculturais e pela trajetória pessoal dos cuidadores, requerendo um envolvimento ativo e progressivo que é fundamental para a construção de uma parentalidade positiva (Bornstein & Lansford, 2020; Markoulaki et al., 2025).

## 2.2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL ENTRE OS 18 E OS 36 MESES COMO TRANSIÇÃO GERADORA DE DESAFIOS PARENTAIS

O investimento parental precoce e contínuo nos cuidados e na educação da criança constitui um elemento central para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil (Valente, 2022). As diferentes fases do desenvolvimento, marcadas por aquisições motoras, cognitivas e emocionais, exigem da família ajustamentos constantes, podendo introduzir momentos de instabilidade no sistema familiar. Neste contexto, o EEESCAESF desempenha um papel relevante, apoiando a família e facilitando a adaptação a um exercício mais positivo da parentalidade (Soares et al., 2016).

O período compreendido entre os 18 e os 36 meses, designado por *toddlerhood*, caracteriza-se por rápidas transformações no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social da criança. Segundo Sprinthall e Sprinthall (1993), nesta fase de desenvolvimento ocorre uma significativa aquisição de competências motoras, com a criança a desenvolver maior controlo sobre os movimentos, como correr, saltar e manipular objetos com mais precisão. Paralelamente, a linguagem evolui de palavras isoladas para frases simples, favorecendo uma comunicação mais eficaz e a expressão de necessidades e desejos.

Para muitos pais e outros cuidadores de crianças pequenas, as transformações que acontecem neste período podem ser desafiadoras. São necessários não só ajustes emocionais por parte da criança, mas também da mãe que precisa de lidar com a perda de uma relação de maior dependência da criança em relação a si e ajustar-se a uma criança mais independente (Lopes et al., 2009). Para estes autores, “Essas mudanças e o modo como a criança e a família lidam podem vir a configurar os seus relacionamentos com o mundo externo.” (Lopes et al., 2009).

No domínio emocional e social, a criança começa a afirmar a sua autonomia e independência, enquanto mantém a necessidade de segurança e de proximidade com os cuidadores. Este processo, embora natural, pode gerar momentos de tensão e reorganização familiar, uma vez que exige ajustamentos tanto na criança, como nos pais, que se veem desafiados a redefinir o seu papel perante uma criança mais autónoma (Sprinthall e Sprinthall, 1993). Neste

período, destaca-se ainda a emergência do jogo simbólico e a transição do pensamento sensório-motor para o pensamento pré-operacional, contribuindo para o enriquecimento das interações sociais e para o desenvolvimento de competências cognitivas mais complexas.

### 2.3. PARENTALIDADE POSITIVA: CONCEITO, RELEVÂNCIA E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os estilos e as práticas parentais constituem elementos estruturantes da interação entre pais e filhos, moldando a dinâmica familiar e influenciando significativamente o desenvolvimento na primeira infância. Importa distinguir estilos parentais, entendidos como padrões relacionais e atitudes gerais dos cuidadores, de práticas parentais, que correspondem a comportamentos específicos e estratégias utilizadas na socialização e na regulação do comportamento infantil (Darling & Steinberg, 2017). Estas práticas podem assumir uma natureza positiva, como a demonstração de afeto, o envolvimento no brincar, o reforço positivo e a disciplina não violenta, ou negativa, incluindo violência física ou psicológica, punição inconsistente e comunicação hostil (Macana & Comim, 2015).

A teoria clássica de Baumrind (1966) representa um marco na investigação sobre parentalidade, ao identificar três estilos parentais fundamentais: autoritário, permissivo e autoritativo. Esta tipologia integrou, de forma inovadora, componentes emocionais e comportamentais na interação entre pais e filhos, contribuindo para uma compreensão mais ampla da influência parental no desenvolvimento infantil. Para Baumrind (1966), os pais permissivos adotam uma postura não punitiva e recetiva às vontades da criança, funcionando como facilitadores dos seus desejos, em vez de orientadores ou modelos de comportamento. Os pais autoritários, por outro lado, pautam-se por normas rígidas e inquestionáveis, valorizando a obediência e recorrendo a punições para corrigir comportamentos que consideram desviantes. Já os pais autoritativos equilibram o controlo com a comunicação: orientam os filhos de forma lógica e estruturada, promovem o diálogo e valorizam a autonomia infantil, mesmo quando mantêm a firmeza nas situações de conflito.

A parentalidade positiva emerge como um modelo que privilegia práticas educativas fundamentadas no cuidado, no afeto e na orientação, promovendo o estabelecimento de limites claros, sem recurso à violência. Este conceito é amplamente reconhecido a nível internacional e integra as responsabilidades parentais de cuidar, educar e apoiar o desenvolvimento integral da criança (Lopes & Dixe, 2012).

De acordo com a Recomendação n.º 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa, a parentalidade positiva corresponde ao “comportamento dos pais fundamentado no superior interesse da criança, que cuida, desenvolve as suas capacidades, não é violento e oferece reconhecimento e orientação, incluindo o estabelecimento de limites que permitam um desenvolvimento pleno” (Council of Europe, 2006, p. 3). Assim, envolve múltiplos aspetos, como a comunicação eficaz, a definição consistente de rotinas e regras e a participação ativa dos pais na vida quotidiana dos filhos (Martins, 2019).

Este modelo encontra-se igualmente alinhado com os princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança, que preconiza que todas as crianças devem crescer em contextos que promovam dignidade, igualdade, liberdade e justiça (Comité Português para a UNICEF, 2019).

Estudos recentes confirmam a associação entre práticas parentais positivas e menores dificuldades socioemocionais nas crianças, evidenciando que pais afetivos, sensíveis e responsivos reforçam a regulação emocional e comportamental dos filhos, promovendo uma adaptação saudável ao longo do desenvolvimento (Barroso, 2022). A parentalidade positiva, baseada em princípios de afeto, disciplina positiva, comunicação aberta e apoio emocional, tem mostrado impactos significativos não só no desenvolvimento infantil, mas também na qualidade das relações familiares (Detoni et al., 2021).

Desta forma, a parentalidade positiva afirma-se como um modelo que promove práticas educativas centradas no respeito pelos direitos da criança, no estabelecimento de vínculos afetivos seguros e na criação de um ambiente estruturado e não violento (Barroso, 2022; Council of Europe, 2006). A sua promoção surge como uma intervenção estratégica para prevenir distúrbios emocionais e comportamentais (Vasco et al., 2022), o que reforça a necessidade de se investir em pesquisas que explorem as melhores práticas e os impactos dessas abordagens no contexto da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Deste modo, a parentalidade positiva consolida-se como um modelo que promove práticas educativas centradas nos direitos da criança, na construção de vínculos afetivos seguros e na criação de ambientes estruturados e não violentos (Barroso, 2022; Council of Europe, 2006).

### **2.3.1. A Enfermagem de Saúde Familiar no apoio à parentalidade positiva**

A parentalidade positiva é amplamente reconhecida como um conjunto de práticas fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança. Contudo, a eficácia da sua implementação depende, em grande medida, do suporte prestado às famílias. Nesse sentido, a Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central não apenas na promoção da saúde infantil, mas também no fortalecimento das competências parentais. Os EEECAESF, através de uma abordagem holística, sistémica e centrada na família, desempenham um papel determinante na capacitação de pais e cuidadores, promovendo práticas parentais ajustadas e favorecendo a adaptação às exigências da parentalidade (Wright & Leahey, 2018; Figueiredo, 2009).

Ao fornecerem orientação estruturada, apoio emocional, educação em saúde e estratégias de *coping*, estes profissionais contribuem para que os cuidadores se sintam apoiados, informados e confiantes na adoção de práticas parentais positivas. As intervenções de Enfermagem têm potencial para transformar a forma como os pais interagem com os filhos e enfrentam os desafios inerentes ao desenvolvimento infantil, reforçando competências essenciais ao longo do ciclo de vida (Muniz et al., 2025; Damian et al., 2024).

A Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar pode, ainda, contribuir ativamente na promoção de uma comunicação aberta e eficaz entre pais e filhos, ajudando a estabelecer rotinas consistentes e um ambiente familiar seguro e estimulante (Detoni et al., 2021). A promoção de práticas positivas implica igualmente apoiar os pais na gestão das suas próprias emoções e comportamentos, reconhecendo que a parentalidade frequentemente se associa a sentimentos de stress, ansiedade e insegurança (Martins, 2019). Nesta perspetiva, os enfermeiros constituem agentes-chave na orientação das famílias para práticas mais assertivas e responsivas, contribuindo para a prevenção de dificuldades emocionais e comportamentais futuras (Macana & Comim, 2015).

Para além da intervenção direta com as famílias, o EEECAESF pode articular-se com outros profissionais e áreas de cuidado, promovendo um acompanhamento integral e interdisciplinar (Vasco et al., 2022). Esta colaboração favorece não apenas a aquisição de conhecimentos teóricos sobre parentalidade positiva, mas também a internalização de competências práticas que permitam aos cuidadores incorporar tais princípios no quotidiano familiar.

Em síntese, o apoio da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar à parentalidade positiva constitui uma estratégia fundamental para o desenvolvimento saudável da criança e a promoção do bem-estar familiar. Capacitar os pais para lidar com as transições do ciclo vital, especialmente em fases críticas como o período dos 18 aos 36 meses, contribui de forma significativa para a criação de um ambiente familiar seguro, afetivo e propício ao crescimento infantil (Meleis, 2000; Figueiredo, 2009).

A implementação da parentalidade positiva não ocorre, porém, de forma isolada, sendo influenciada por múltiplos fatores que condicionam a capacidade dos cuidadores para adotar e manter práticas adequadas. Assim, torna-se pertinente analisar os principais determinantes da parentalidade positiva, de modo a identificar os fatores facilitadores e inibidores que se manifestam no quotidiano das famílias.

### **2.3.2. Determinantes parentais e contextuais da parentalidade positiva**

A parentalidade resulta da interação dinâmica entre as características dos pais, das crianças e do contexto sociocultural em que a família se insere, constituindo um contexto psicossocial que pode funcionar como fator de proteção ou de risco (Martins, 2019). No âmbito da parentalidade positiva, estes determinantes são habitualmente descritos como “fatores individuais dos pais (...), características individuais da criança (...) e fatores do contexto social alargado onde a relação pais-criança se encontra estabelecida (...)” (Barroso & Machado, 2010, p. 218).

O reconhecimento destes elementos é fundamental para identificar fatores que possam ser potenciados a fim de promover práticas parentais ajustadas às necessidades do desenvolvimento infantil. Determinantes como a estabilidade emocional dos cuidadores, a qualidade das redes de apoio social ou as condições socioculturais da família influenciam significativamente a forma como o exercício da parentalidade é vivido e operacionalizado.

Embora se reconheça a relevância das características individuais da criança, incluindo o seu temperamento, nível de desenvolvimento ou necessidades específicas, o presente estudo centra-se nos fatores parentais e contextuais. Esta opção justifica-se por serem estes os determinantes mais acessíveis à avaliação e à intervenção no âmbito da investigação desenvolvida, permitindo uma análise mais consistente das condições que influenciam a adoção de práticas parentais positivas.

Os fatores parentais incluem elementos relacionados com as características individuais, sociodemográficas e psicológicas dos cuidadores, que podem facilitar ou dificultar o exercício da parentalidade. A maturidade e a estabilidade emocional tendem a favorecer a adaptação ao papel parental (Hidalgo, 2000). A idade dos cuidadores surge, frequentemente, associada às práticas parentais, verificando-se que “pais mais novos podem estar menos preparados para exercerem o papel parental, não apenas pelo fator idade, mas também pela sua associação a outras variáveis sociodemográficas, como a educação e a situação face ao emprego” (Martins, 2019, p. 23). Vários estudos evidenciam que pais e mães mais velhos tendem a adotar práticas autoritativas (Chora et al., 2019; Halpenny et al., 2010), enquanto pais mais jovens revelam maior probabilidade de utilizar práticas associadas ao estilo autoritário, como a punição física (Dietz, 2000).

Embora as famílias em que os dois pais exercem uma atividade laboral sejam a configuração mais comum em Portugal, a divisão de tarefas e responsabilidades entre os sexos não é, ainda, equitativa no seio familiar. As mulheres costumam realizar mais tarefas domésticas e de cuidado com os filhos do que os homens, persistindo uma maior acumulação de tarefas e, conseqüentemente, sobrecarga para elas, que assim desempenham uma dupla jornada de trabalho (Matias & Fontaine, 2011).

No que respeita ao sexo parental, existe interesse em averiguar se mães e pais tendem a adotar estilos parentais distintos (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001). Embora a literatura evidencie diferenças entre práticas maternas e paternas, influenciadas por fatores culturais e pelas funções tradicionalmente atribuídas a cada um (Biswas & Sharma, 2019), os resultados não são totalmente consistentes. Se, por um lado, alguns estudos apontam para práticas maternas globalmente mais positivas (Yaffe, 2023), por outro, há investigações em que não foram encontradas diferenças significativas entre mães e pais, motivo pelo qual esta evidência deve ser interpretada com cautela.

A escolaridade surge também como um determinante relevante. Pais e mães com maior nível de escolaridade tendem a revelar maior compreensão das necessidades infantis e a utilizar práticas mais positivas, nomeadamente o estilo autoritativo (Chora et al., 2019). A disponibilidade de recursos e o acesso à informação sobre desenvolvimento infantil são fatores que contribuem para esta tendência (Amaral et al., 2020). Em contraste, níveis mais baixos de escolaridade estão associados a práticas mais autoritárias e maior uso de punições, bem como a uma tendência para estilos parentais permissivos (Amaral et al., 2020; Santos & Cruz, 2008).

Entre os fatores contextuais, destaca-se o suporte social, frequentemente associado ao bem-estar parental (Cerqueira, 2017). O apoio social, entendido como ajuda instrumental, informacional ou emocional prestada por membros da rede social (Crockenerg, 1987 in Osofsky, 2012), constitui um importante fator protetor em famílias com crianças pequenas (Álvarez et al., 2021). O suporte parental oferecido (por parte de familiares, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho) representa uma fonte de bem-estar psicológico, comumente associado a atitudes e comportamentos parentais mais competentes e positivos. Redes de apoio robustas relacionam-se positivamente com comportamentos parentais adaptativos, maior sensibilidade e menor recurso a práticas coercivas (Osofsky, 2012).

Uma questão relevante consiste em identificar barreiras físicas, psicológicas ou sociais que limitem o acesso das famílias ao apoio social, sobretudo em contextos de risco. A intervenção deve incluir estratégias que incentivem o recurso a redes de apoio (Álvarez et al., 2021). O apoio social parental pode assumir formas distintas, nomeadamente apoio emocional/informacional (conforto, orientação) e apoio instrumental (ajuda prática), influenciando diretamente a autoeficácia e as práticas parentais, seja pelo suporte direto à parentalidade, seja pelo impacto no bem-estar psicológico dos cuidadores (Fierloos et al., 2023; McConnell, Breitzkreuz & Savage, 2011).

Estudos recentes demonstram que a qualidade das redes de apoio exerce um efeito significativo sobre as competências parentais: redes robustas favorecem práticas parentais adequadas, enquanto redes frágeis podem comprometer essas competências (Hatun et al., 2025).

Investigar os fatores parentais e contextuais que influenciam a parentalidade positiva permite fundamentar intervenções mais eficazes, especialmente junto de famílias com crianças entre os 18 e os 36 meses, fase em que o apoio direcionado pode produzir efeitos duradouros no bem-estar infantil e no funcionamento familiar.

## 2.4. METODOLOGIA

A metodologia constitui a base estruturante de um projeto de investigação, definindo o plano de trabalho que orienta todas as ações necessárias à sua execução e garantindo a coerência do processo (Fortin, 2009). Este plano organiza, de forma sistemática, as atividades requeridas para alcançar os objetivos propostos e responder à questão de investigação. Nesta

etapa, dá-se particular atenção à definição do desenho de estudo, à seleção da população e da amostra, e à escolha dos métodos de recolha e de análise de dados (Fortin, 2009).

#### **2.4.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos do estudo**

A fase intrauterina e os primeiros anos de vida representam um período crítico para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças, caracterizado por um rápido crescimento cerebral e pela consolidação dos circuitos neurais, influenciados pelos estímulos recebidos e pelo estabelecimento do vínculo afetivo (Brazelton, 2010). Investir na intervenção na primeira infância revela-se, assim, uma das estratégias mais eficazes para reduzir desigualdades, combater a pobreza e promover condições sociais e ambientais mais saudáveis (Venancio, 2020).

Os EECAESF, pela relação de proximidade que estabelecem com os utentes e pelas funções que desempenham ao longo do ciclo de vida das famílias, assumem um papel central na promoção da parentalidade, acompanhando processos de ajustamento e contribuindo para a construção da identidade parental (Reticena et al., 2022).

Apesar da relevância do seu papel, muitos pais e mães não compreendem plenamente as responsabilidades associadas ao exercício da parentalidade ou carecem de recursos que lhes permitam um desempenho adequado. Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem que promovam a capacitação parental (Ferreira et al., s.d.).

A literatura demonstra que intervenções focadas na parentalidade produzem benefícios significativos tanto para as crianças como para os pais e mães. Contudo, alguns autores sugerem que os CSP permanecem um contexto ainda pouco explorado na promoção da parentalidade, recomendando o aprofundamento da investigação sobre a intervenção de Enfermagem neste âmbito (Reticena et al., 2022).

Assim, tendo em conta a importância das intervenções dirigidas às famílias na promoção de uma parentalidade positiva, tornou-se pertinente desenvolver o presente estudo, orientado pela seguinte questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a perceção parental no exercício da parentalidade positiva, em crianças dos 18 aos 36 meses de idade?

Para responder a esta questão, definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Analisar fatores que influenciam a percepção parental no exercício da parentalidade positiva, em crianças entre os 18 e os 36 meses de idade.

Objetivos específicos:

Identificar a percepção parental relativamente à confiança, às dificuldades e às necessidades de conhecimento no exercício da parentalidade positiva;

Analisar a relação entre o sexo e a percepção parental sobre o exercício da parentalidade positiva;

Analisar a relação entre a escolaridade (parental) e a percepção parental sobre o exercício da parentalidade positiva;

Analisar a relação entre o apoio social no cuidado à criança e a percepção parental sobre o exercício da parentalidade positiva.

Este estudo tem como finalidade reforçar a prática de Enfermagem com base em evidência, promovendo intervenções mais qualificadas e adequadas às necessidades da população-alvo, sobretudo no apoio ao exercício da parentalidade positiva.

#### **2.4.2. Tipo de estudo**

De acordo com os objetivos definidos, o presente estudo enquadra-se no paradigma quantitativo. Como refere Vilelas (2022), “os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas” (p. 197). Esta abordagem permite representar numericamente as observações, descrevê-las de forma objetiva e identificar padrões emergentes (Vilelas, 2022).

O estudo apresenta uma natureza descritivo-correlacional, uma vez que se propõe caracterizar a população em análise e explorar associações entre as variáveis estudadas. Este delineamento possibilita, por um lado, a descrição sistemática de fenómenos e, por outro, a identificação de relações estatísticas entre variáveis, sem, no entanto, permitir estabelecer relações de causalidade (Vilelas, 2022).

Trata-se ainda de um estudo transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento temporal, possibilitando uma análise pontual das variáveis sem considerar a evolução antes ou após esse momento (Vilelas, 2022).

Considerando que observa e analisa fenômenos tal como ocorrem na realidade, sem manipulação das variáveis, nem interferência no ambiente natural, o presente estudo é também observacional, conforme descrito por Vilelas (2022).

Em síntese, trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo-correlacional e transversal.

#### **2.4.3. População e amostra**

Segundo Fortin (2009), a população corresponde ao conjunto de indivíduos que partilham características específicas definidas em função dos objetivos da investigação, enquanto a amostra constitui um subconjunto dessa população, selecionado para a representar.

A população deste estudo corresponde aos pais (pai e mãe) de crianças com idades entre 18 e 36 meses de idade (nascidas entre 01/01/2021 e 30/06/2022), inscritas na USF Mais Saúde, nas listas de utentes dos EO, totalizando 64 indivíduos. Embora todos os elementos da população tenham sido convidados a participar, nem todos responderam ao questionário. Assim, a amostra é constituída pelos participantes que preencheram o questionário, configurando uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que os participantes foram incluídos com base na sua acessibilidade e disponibilidade para responder ao questionário, não tendo sido utilizado qualquer procedimento de seleção aleatória, e dependendo a constituição da amostra da adesão efetiva dos sujeitos no período de recolha de dados (Vilelas, 2022). Obtiveram-se 40 respostas válidas, correspondendo a uma taxa de retorno de 62,5%.

De acordo com Fortin (2009), uma amostra por conveniência é constituída por indivíduos de fácil acesso que satisfazem os critérios de inclusão estabelecidos. No presente estudo, definiram-se como critérios de inclusão: pais (pai e mãe) com filhos com idades entre os 18 e os 36 meses (nascidos entre 01/01/2021 e 30/06/2022), inscritos na USF Mais Saúde, nas listas de utentes dos EO, que aceitem participar no estudo, assinando o assentimento informado, livre e esclarecido. Como critério de exclusão definiu-se: pais (pai e mãe) que não dominam a língua portuguesa.

#### **2.4.4. Hipóteses**

Com base na revisão da literatura e nos objetivos específicos do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação, com o intuito de explorar possíveis relações entre variáveis sociodemográficas e contextuais dos pais (pai e mãe) e a sua percepção sobre o exercício da parentalidade positiva.

A formulação das hipóteses nulas ( $H_0$ ) será considerada na fase de análise estatística, não sendo explicitada nesta secção, por motivos de clareza e concisão metodológica.

H1: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais e mães, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

H2: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais e mães, relativamente às dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

H3: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de escolaridade, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

H4: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de escolaridade, relativamente às dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

H5: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de apoio social, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

H6: Existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de apoio social, relativamente às dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

Estas hipóteses permitirão verificar a existência de relações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e contextuais e as percepções parentais, contribuindo para a análise de fatores que influenciam o exercício da parentalidade positiva em famílias com crianças entre os 18 e os 36 meses de idade.

#### 2.4.5. Variáveis em estudo

Após a formulação das hipóteses de investigação, torna-se essencial identificar e caracterizar as variáveis analisadas no estudo. Em termos gerais, as variáveis podem ser classificadas como independentes ou dependentes. As variáveis independentes são aquelas que influenciam ou determinam variações noutras variáveis, enquanto as variáveis dependentes correspondem aos efeitos ou respostas que se pretendem explicar (Pocinho & Matos, 2022).

No presente estudo foram consideradas como variáveis independentes os fatores sociodemográficos e contextuais dos participantes, nomeadamente: o sexo (feminino/masculino), o nível de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior) e o nível de apoio social percecionado no cuidado à criança, categorizado em baixo, médio e alto, de acordo com o número de fontes de apoio identificadas pelos participantes. A opção por esta categorização baseou-se numa perspetiva estrutural do apoio social, que considera o número de fontes de apoio como um indicador da dimensão da rede de suporte disponível.

A literatura distingue o apoio social estrutural, relacionado ao tamanho e diversidade da rede social, do apoio funcional, associado à natureza das interações (emocional, instrumental ou informacional) (Drageset, 2021). Neste enquadramento, um maior número de fontes corresponde a um nível mais elevado de apoio social estrutural percecionado. O reconhecimento de diferentes fontes de apoio como indicadores válidos de apoio social percebido também se observa em instrumentos amplamente utilizados, como a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, que avalia perceções de apoio com base em múltiplas fontes (família, amigos e outros significativos) (Efthymiou et al., 2025). Assim, a classificação adotada neste estudo representa níveis diferenciados de apoio social percecionado pelos pais no cuidado à criança, definidos pelo número de fontes de apoio identificadas, permitindo a constituição de grupos analiticamente mais homogêneos, facilitando a interpretação dos resultados e a análise das diferenças entre níveis distintos de apoio social.

As variáveis dependentes dizem respeito à perceção parental sobre o exercício da parentalidade positiva, operacionalizada através da Escala de Parentalidade Positiva (EPP), validada para a população portuguesa por Lopes (2012). Esta escala integra três subescalas independentes: Escala de Autoperceção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva; Escala de Autoperceção das Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade

Positiva; Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva. Cada uma das subescalas distribui-se em cinco dimensões: necessidades físicas da criança; segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva com a criança; disciplina positiva da criança. Com o objetivo de facilitar a compreensão da operacionalização das variáveis em estudo, foi elaborado uma tabela síntese, apresentada no Apêndice I.

#### **2.4.6. Instrumento de recolha de dados**

A recolha de dados pode ser realizada por diferentes métodos, devendo a escolha do instrumento considerar os objetivos do estudo, as questões de investigação e as hipóteses formuladas (Fortin, 2009). Atendendo ao enquadramento desta investigação, ao tempo disponível e à necessidade de utilizar um método acessível e eficiente, optou-se pela aplicação de um questionário.

Um questionário consiste num conjunto estruturado de questões organizadas de modo lógico, destinado a medir ou descrever variáveis de interesse. É frequentemente utilizado para recolher informações sobre crenças, conhecimentos, representações ou características de uma população, bem como sobre o contexto em que esta se insere (Casa Nova et al., 2020).

O instrumento de recolha de dados utilizado foi constituído em três partes, sendo a primeira relativa à caracterização do participante e a segunda relativa à caracterização da criança, ambas desenvolvidas especificamente para este estudo com o intuito de recolher informação contextual relevante. A terceira parte integra a “Escala de Parentalidade Positiva (EPP)”, validada para a população portuguesa por Lopes (2012). A Escala de Parentalidade Positiva é composta por três escalas independentes, que avaliam diferentes áreas da perceção parental no exercício da parentalidade positiva:

- Escala de Autopercepção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva;
- Escala de Autopercepção das Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva;
- Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva.

Cada uma das três escalas é constituída por 30 itens, organizados com resposta tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 e 5. De acordo com a autora, pontuações mais elevadas refletem maior confiança parental, maior perceção de dificuldades ou maior necessidade de conhecimentos, conforme a escala em análise (Lopes, 2012).

As três escalas encontram-se estruturadas em cinco dimensões comuns, correspondentes a áreas centrais do exercício da parentalidade positiva:

- Necessidades físicas da criança;
- Segurança da criança;
- Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança;
- Comunicação positiva com a criança;
- Disciplina positiva da criança.

Segundo as orientações da autora, os resultados podem ser analisados através do somatório ou da média dos itens, quer ao nível global de cada escala, quer ao nível das respetivas dimensões, permitindo uma análise detalhada por perceção parental em diferentes domínios da parentalidade positiva.

A validação da Escala de Parentalidade Positiva realizada por Lopes (2012) demonstrou elevada consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* compreendidos entre 0,769 e 0,896, bem como coeficientes de correlação de *Pearson* superiores a 0,37 ( $p < 0,01$ ), confirmando a fidedignidade do instrumento e a sua adequação ao contexto da investigação.

#### **2.4.7. Procedimento de recolha e tratamento de dados**

A identificação da população-alvo foi realizada através das listagens obtidas no MIM@UF, relativas às crianças nascidas entre 01/01/2021 e 30/06/2022 inscritas nas listas dos EO do ENPRF da USF Mais Saúde. A identificação dos respetivos pais e contactos telefónicos foi efetuada com recurso ao Registo Nacional de Utentes (RNU), assegurando-se a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais de acordo com os princípios éticos da investigação.

O processo de recolha de dados teve início após a obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ULSAM e decorreu entre 8 de janeiro e 9 de fevereiro de 2024. Os participantes foram inicialmente contactados por telefone, momento em que lhes foram apresentados os objetivos do estudo e solicitado o consentimento para envio do *link*

de acesso ao questionário, facultado por *WhatsApp* ou *email*, conforme a preferência de cada participante. O preenchimento do questionário decorreu exclusivamente *online*, através da plataforma *Google Forms*. Durante todo o período de recolha de dados, os participantes tiveram acesso ao contacto telefónico e *email* da investigadora, disponibilizados para eventuais esclarecimentos.

As respostas foram exportadas do *Google Forms* e organizadas numa base de dados no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28. Os dados recolhidos através do questionário e, em particular, da Escala de Parentalidade Positiva, foram tratados de acordo com a estrutura do instrumento e a natureza das variáveis em estudo. Para esse efeito, procedeu-se ao cálculo de médias ou somatórios dos itens, conforme a variável em análise, preparando os dados para posterior tratamento estatístico.

Recorreu-se inicialmente à estatística descritiva: cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e determinação de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio padrão, valores mínimo e máximo, e quartis) para variáveis quantitativas, permitindo a caracterização da amostra e a descrição das principais variáveis em estudo.

Para avaliar a influência das variáveis independentes – sexo, escolaridade e apoio social – no exercício da parentalidade positiva, recorreu-se à estatística inferencial. Previamente à aplicação dos testes estatísticos, procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade da distribuição e de homogeneidade das variâncias. Para a comparação de médias entre dois grupos independentes utilizou-se o teste *t-Student*. Para a comparação entre mais de dois grupos recorreu-se ao teste *One-Way ANOVA*, sempre que os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias se encontravam assegurados. Nos casos em que estes pressupostos não se verificaram, ou quando existiam grupos com dimensão reduzida e distribuição desigual, optou-se pelo teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **2.4.8. Questões éticas**

A investigação científica implica desafios éticos que exigem uma conduta responsável por parte dos investigadores, centrada na proteção dos direitos, privacidade e bem-estar dos participantes (Fortin, 2009). No presente estudo, foram assegurados os princípios éticos e deontológicos fundamentais:

- Princípio da não maleficência: garantiu-se que a participação no estudo não implicava riscos ou prejuízos para os participantes, assegurando-se ainda, a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer consequência;
- Princípio da autonomia: a participação foi voluntária e baseada em consentimento informado, após esclarecimento adequado sobre os objetivos e procedimentos do estudo.
- Princípios da beneficência e da justiça: foram garantidos a privacidade, o anonimato e o tratamento responsável dos dados recolhidos, salvaguardando a dignidade e integridade dos participantes.

A implementação do estudo foi autorizada pela coordenadora da USF Mais Saúde (Apêndice II), pelo Presidente do Conselho de Administração da ULSAM e pela CES da mesma instituição (Anexo I). Foi igualmente obtida autorização da autora da Escala de Parentalidade Positiva para a sua utilização neste contexto de investigação (Apêndice III).

Em todas as fases da investigação, a confidencialidade dos dados foi rigorosamente assegurada. Os resultados foram apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes.

Foram ainda respeitados os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2013) e na Convenção de Oviedo (*Council of Europe*, 1997), relativos à investigação com seres humanos.

## 2.5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização dos participantes e dos seus filhos, com idades compreendidas entre os 18 e os 36 meses, seguindo-se a descrição dos dados organizados de acordo com os objetivos específicos do estudo. Para facilitar a compreensão e a leitura, os resultados são apresentados em tabelas e estruturados por áreas temáticas.

Importa salientar que, na presente amostra, a Escala de Parentalidade Positiva evidenciou boa consistência interna nas cinco dimensões que compõem as três escalas — autoperceção da confiança, dificuldades e necessidade de conhecimentos dos pais no exercício da parentalidade positiva. Os valores de alfa de *Cronbach* variaram entre 0,798 e 0,930,

demonstrando níveis de consistência interna classificados entre bons e muito bons (Pestana & Gajairo, 2014), o que reforça a fiabilidade dos dados obtidos.

### 2.5.1. Caracterização dos participantes e dos seus filhos com idades entre 18 e 36 meses

Apresenta-se de seguida a caracterização sociodemográfica dos participantes e das crianças com idades entre os 18 e os 36 meses.

**Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas e profissionais (n=40)**

| Características dos participantes                                 |                             | n <sub>i</sub> | f <sub>i</sub> |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| <b>Sexo</b>                                                       | Feminino                    | 23             | 57,5           |
|                                                                   | Masculino                   | 17             | 42,5           |
| <b>Grupo etário</b>                                               | 25-29 anos                  | 6              | 15,0           |
|                                                                   | 30-34 anos                  | 6              | 15,0           |
|                                                                   | 35-39 anos                  | 15             | 37,5           |
|                                                                   | 40-44 anos                  | 10             | 25,0           |
|                                                                   | 45-49 anos                  | 3              | 7,5            |
| <b>Estado civil</b>                                               | Casado(a) / União de facto  | 34             | 85,0           |
|                                                                   | Divorciado(a) / Separado(a) | 2              | 5,0            |
|                                                                   | Solteiro (a)                | 4              | 10,0           |
| <b>Tipologia familiar</b>                                         | Alargada                    | 3              | 7,5            |
|                                                                   | Casal                       | 9              | 22,5           |
|                                                                   | Nuclear                     | 22             | 55,0           |
|                                                                   | Reconstruída                | 6              | 15,0           |
| <b>Habilitações literárias</b>                                    | 3º ciclo do ensino básico   | 7              | 17,5           |
|                                                                   | Ensino secundário           | 15             | 37,5           |
|                                                                   | Ensino Superior             | 18             | 45,0           |
| <b>Situação profissional</b>                                      | Desempregado                | 5              | 12,5           |
|                                                                   | Empregado                   | 35             | 87,5           |
| <b>Número de filhos</b>                                           | 1                           | 23             | 57,5           |
|                                                                   | 2                           | 10             | 25,0           |
|                                                                   | 3                           | 6              | 15,0           |
|                                                                   | 4                           | 1              | 2,5            |
| <b>Principais apoios que teve ou tem para cuidar do seu filho</b> | Pai da criança/Cônjuge      | 33             | 82,5           |
|                                                                   | Avós                        | 28             | 70,0           |
|                                                                   | Creche                      | 23             | 57,5           |
|                                                                   | Outros                      | 6              | 15,0           |

|                              |       |    |      |
|------------------------------|-------|----|------|
| <b>Nível de apoio social</b> | Baixo | 7  | 17,5 |
|                              | Médio | 30 | 75,0 |
|                              | Alto  | 3  | 7,5  |

A amostra, apresentada na tabela 1, é composta por 40 pais e mães, com idades compreendidas entre os 27 e os 46 anos, sendo a média de  $36,73 \pm 0,828$  anos e a mediana de 37 anos. A distribuição das idades é unimodal, com moda nos 37 anos ( $n=7$ ). A amplitude é de 19 anos, com o primeiro quartil nos 33,25 anos e o terceiro quartil nos 40,75 anos. Após agrupamento por grupos etários, o mais representado é o dos 35-39 anos (37,5%), enquanto o menos representado é o dos 45-49 anos (7,5%).

Em relação ao sexo, 57,5% dos participantes são mulheres e 42,5% são homens. A maioria encontra-se casada ou em união de facto (85,0%), 10,0% são solteiros e 5,0% divorciados ou separados.

No que respeita às habilitações literárias, os grupos mais representados são os com licenciatura e com 12.º ano (ambos com 32,5%). Considerando a escolaridade agrupada, 45,0% frequentaram o ensino superior, 37,5% concluíram o ensino secundário e 17,5% têm o 3º ciclo do ensino básico como nível máximo de escolaridade.

Quanto à situação profissional, 87,5% dos participantes encontram-se empregados e 12,5% estão desempregados. No que diz respeito ao número de filhos, a maioria tem um filho (57,5%), seguindo-se os que têm dois (25,0%), três (15,0%) e quatro filhos (2,5%).

Os participantes referiram diversos apoios no cuidado do filho com idades entre os 18 e os 36 meses, podendo seleccionar mais do que uma opção nesta questão. O apoio mais mencionado foi o do pai da criança/cônjuge (87,5%), seguido dos avós (70,0%) e da creche (57,5%). No campo de resposta livre surgiram referências a amigos e tia, agrupadas na categoria ‘outros’ (15,0%). O nível de apoio social foi classificado segundo o número de apoios identificados:

- Baixo: nenhum ou um apoio (17,5%);
- Médio: dois ou três apoios (75,0%);
- Alto: quatro ou mais apoios (7,5%).

A caracterização das crianças encontra-se representada na tabela 2.

**Tabela 2. Distribuição das crianças com idades entre os 18 e os 36 meses segundo as características sociodemográficas e assistenciais (n=40)**

| Características das crianças com idades entre os 18 e os 36 meses        |           | n <sub>i</sub> | f <sub>i</sub> |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|----------------|
| Sexo                                                                     | Feminino  | 15             | 37,5           |
|                                                                          | Masculino | 25             | 62,5           |
| Idade (em meses)                                                         | 21        | 3              | 7,5            |
|                                                                          | 22        | 1              | 2,5            |
|                                                                          | 23        | 6              | 15,0           |
|                                                                          | 24        | 1              | 2,5            |
|                                                                          | 27        | 1              | 2,5            |
|                                                                          | 28        | 2              | 5,0            |
|                                                                          | 29        | 3              | 7,5            |
|                                                                          | 30        | 4              | 10,0           |
|                                                                          | 31        | 5              | 12,5           |
|                                                                          | 33        | 2              | 5,0            |
|                                                                          | 35        | 5              | 12,5           |
|                                                                          | 36        | 7              | 17,5           |
| Frequenta as consultas de Enfermagem de Saúde Infantil na USF Mais Saúde | Não       | 1              | 2,5            |
|                                                                          | Sim       | 39             | 97,5           |

As idades das crianças variam entre os 21 e os 36 meses de idade, a média situa-se nos 29,63  $\pm$  5,192 meses, a mediana nos 30 meses e a moda nos 36 meses (n=7). A amplitude é de 15 meses, com o primeiro quartil nos 23,25 meses e o terceiro nos 35 meses.

A maioria das crianças é do sexo masculino (62,5%) e 97,5% frequentam as consultas de Enfermagem de saúde infantil na USF.

### 2.6.2. Perceção parental no exercício da parentalidade positiva

Os resultados seguintes referem-se à perceção parental relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva, avaliadas através da Escala de Parentalidade Positiva anteriormente descrita.

Os dados descritivos relativos às escalas de exercício da parentalidade positiva encontram-se sistematizados na tabela 3.

**Tabela 3. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo nas escalas do exercício da parentalidade positiva (n=40)**

| <b>Exercício da parentalidade positiva</b>                                                    | <b>Mín</b> | <b>Máx</b> | <b>Média ± DP</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------|
| Autopercepção da confiança dos pais no exercício da parentalidade positiva                    | 72,00      | 150,00     | 113,85 ± 20,71    |
| Autopercepção das dificuldades dos pais no exercício da parentalidade positiva                | 31,00      | 114,00     | 70,68 ± 20,02     |
| Autopercepção da necessidade de conhecimentos dos pais no exercício da parentalidade positiva | 33,00      | 131,00     | 84,53 ± 28,01     |

De acordo com os dados apresentados na tabela 3, a escala da autopercepção da confiança registou o valor médio mais elevado ( $M = 113,850 \pm 20,71$ ), seguindo-se a escala da necessidade de conhecimentos ( $M = 84,53 \pm 28,01$ ) e, por fim, a escala da autopercepção das dificuldades ( $M = 70,68 \pm 20,02$ ). É ainda de notar a elevada variabilidade nas respostas relativas à necessidade de conhecimentos, evidenciada por um desvio padrão de 28,01 e uma amplitude entre 33,00 e 131,00.

### **Confiança parental no exercício da parentalidade positiva**

A tabela 4, apresentam-se as estatísticas descritivas relativas às diferentes dimensões que compõem a escala de autopercepção da confiança parental no exercício da parentalidade positiva.

**Tabela 4. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autopercepção da confiança dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40)**

| <b>Autopercepção da confiança dos pais (pais e mães)</b> | <b>Mín</b> | <b>Máx</b> | <b>Média ± DP</b> |
|----------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------|
| Necessidades físicas da criança                          | 1,89       | 5,00       | 3,54 ± 0,79       |
| Segurança da criança                                     | 2,17       | 5,00       | 3,86 ± 0,81       |
| Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança  | 2,00       | 5,00       | 3,78 ± 0,80       |
| Comunicação positiva                                     | 3,00       | 5,00       | 4,19 ± 0,69       |
| Disciplina positiva                                      | 2,75       | 5,00       | 3,83 ± 0,81       |

Pela análise da tabela 4, verifica-se que a dimensão ‘comunicação positiva’ é aquela em que os pais (pais e mães) revelaram maior confiança, apresentando a média mais elevada ( $M =$

4,19  $\pm$  0,69). Por outro lado, as ‘necessidades físicas da criança’ registam a média de confiança mais baixa ( $M = 3,54 \pm 0,79$ ), sendo também a dimensão em que se observa o valor mínimo mais baixo.

### **Dificuldades parentais no exercício da parentalidade positiva**

No que concerne à autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, os valores médios, desvios padrão e amplitudes para cada dimensão encontram-se sistematizados na Tabela 5.

**Tabela 5. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autoperceção das dificuldades dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40)**

| <b>Autoperceção das dificuldades</b>                    | <b>Mín</b> | <b>Máx</b> | <b>Média <math>\pm</math> DP</b> |
|---------------------------------------------------------|------------|------------|----------------------------------|
| Necessidades físicas da criança                         | 1,00       | 4,33       | 2,56 $\pm$ 0,74                  |
| Segurança da criança                                    | 1,00       | 3,33       | 2,26 $\pm$ 0,78                  |
| Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança | 1,00       | 3,17       | 2,22 $\pm$ 0,68                  |
| Comunicação positiva                                    | 1,00       | 3,60       | 2,07 $\pm$ 0,80                  |
| Disciplina positiva                                     | 1,00       | 4,50       | 2,61 $\pm$ 0,89                  |

Conforme apresentado na tabela 5, os pais (pais e mães) percecionaram mais dificuldades na dimensão ‘disciplina positiva’ ( $M = 2,61 \pm 0,89$ ) e menos dificuldades na ‘comunicação positiva’ ( $M = 2,07 \pm 0,80$ ). De salientar ainda que, nesta escala, todas as dimensões apresentaram um valor mínimo de 1,00.

### **Necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva**

Por fim, procedeu-se à análise da autoperceção da necessidade de conhecimentos dos pais. A tabela 6 sistematiza as médias, desvios padrão e valores extremos para cada uma das dimensões avaliadas.

**Tabela 6. Médias, desvios padrão e valores mínimo e máximo da autopercepção da necessidade de conhecimentos dos pais (pais e mães) no exercício da parentalidade positiva (n=40)**

| <b>Autopercepção da necessidade de conhecimentos</b>    | <b>Mín</b> | <b>Máx</b> | <b>Média ± DP</b> |
|---------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------|
| Necessidades físicas da criança                         | 1,00       | 5,00       | 2,83 ± 1,00       |
| Segurança da criança                                    | 1,00       | 4,33       | 2,76 ± 0,94       |
| Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança | 1,00       | 5,00       | 2,92 ± 1,04       |
| Comunicação positiva                                    | 1,00       | 4,60       | 2,55 ± 1,03       |
| Disciplina positiva                                     | 1,00       | 5,00       | 3,05 ± 1,20       |

Relativamente à necessidade de conhecimentos (tabela 6), os pais (pais e mães) revelaram maior necessidade na dimensão ‘disciplina positiva’ ( $M = 3,05 \pm 1,20$ ) e menor na dimensão ‘comunicação positiva’ ( $M = 2,5500 \pm 1,03354$ ), mantendo-se o padrão observado nas dificuldades. É de salientar que a dimensão 'disciplina positiva' não só apresenta a média mais elevada de necessidade, como também o maior desvio padrão, indicando uma maior dispersão de opiniões entre os pais nesta área específica."

#### **Identificar a influência da variável sexo (parental) na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

**H<sub>0.1</sub>:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais e mães, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

Para a comparação das médias entre pais e mães nas escalas do exercício da parentalidade positiva, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes. Verificou-se normalidade de distribuição nas escalas da autopercepção da confiança e da necessidade de conhecimentos; na escala da autopercepção das dificuldades, embora não se tenha observado normalidade no sexo masculino, os valores de assimetria e curtose não evidenciaram desvios severos da normalidade, permitindo a utilização do teste *t-Student*, atendendo à sua robustez face a violações moderadas deste pressuposto.

Os resultados dos testes de normalidade, bem como os valores de assimetria e curtose, encontram-se apresentados no Apêndice IV.

**Tabela 7. Comparação da autopercepção do exercício da parentalidade positiva segundo o sexo parental (*t-Student*)**

| Exercício da parentalidade positiva           | Sexo                      |                          | Teste estatístico              |
|-----------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
|                                               | Masculino<br>(Média ± DP) | Feminino<br>(Média ± DP) | <i>t-Student</i><br>(t; gl; p) |
| Autopercepção da confiança                    | 111,29±12,39              | 115,74±11,16             | t=0,63;gl=26,153;p=0,54        |
| Autopercepção das dificuldades                | 68,24±21,06               | 72,48±19,50              | t=0,66; gl=38; p=0,52          |
| Autopercepção da necessidade de conhecimentos | 75,29±6,99                | 91,35±5,41               | t=1,85; gl=38; p=0,04          |

Os resultados, apresentados na tabela 7, indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (pai e mãe) relativamente à autopercepção da confiança ( $t = 0,628$ ;  $gl = 26,135$ ;  $p = 0,536$ ) e autopercepção das dificuldades ( $t = 0,658$ ;  $gl = 38$ ;  $p = 0,514$ ) no exercício da parentalidade positiva.

Contudo, foram observadas diferenças estatisticamente significativas na autopercepção da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva ( $t = 1,846$ ;  $gl = 38$ ;  $p = 0,036$ ), com as mães a apresentarem médias significativamente mais elevadas ( $91,35 \pm 5,41$ ) que os pais ( $75,29 \pm 6,99$ ).

**H<sub>0.2</sub>:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais e mães, relativamente às dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

A comparação entre pais e mães nas diferentes dimensões das escalas foi realizada através do teste *t-Student* para amostras independentes. Embora nem todas as variáveis tenham cumprido o pressuposto de normalidade, a análise dos coeficientes de assimetria e curtose não evidenciou desvios severos, o que permitiu a utilização do teste *t-Student*, atendendo à sua robustez face a violações moderadas do pressuposto da normalidade.

Os resultados dos testes de normalidade, assim como os valores de assimetria e curtose, encontram-se apresentados no Apêndice IV.

**Tabela 8. Comparação da autopercepção do exercício da parentalidade positiva segundo o sexo dos pais (*t-Student*)**

| Autopercepção do exercício da parentalidade positiva |                                              | Sexo                      |                          | Teste estatístico           |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|                                                      |                                              | Masculino<br>(Média ± DP) | Feminino<br>(Média ± DP) | <i>t-Student</i> (t; gl; p) |
| Confiança                                            | Necessidades físicas                         | 32,06±7,98                | 31,74±6,50               | t=-0,140; gl=38; p=0,445    |
|                                                      | Segurança                                    | 21,94±5,61                | 23,91±4,21               | t=1,272; gl=38; p=0,106     |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 22,18±5,35                | 23,04±4,42               | t=0,561; gl=38; p=0,289     |
|                                                      | Comunicação positiva                         | 19,88±4,14                | 21,70±2,67               | t=1,580; gl=25,608; p=0,063 |
|                                                      | Disciplina positiva                          | 15,24±3,67                | 15,35±2,95               | t=0,108; gl=38; p=0,457     |
| Dificuldades                                         | Necessidades físicas                         | 21,53±6,86                | 24,22±6,47               | t=1,266; gl=38; p=0,107     |
|                                                      | Segurança                                    | 13,30±4,70                | 13,74±4,73               | t=0,295; gl=38; p=0,385     |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 13,18±4,43                | 13,40±3,94               | t=0,162; gl=38; p=0,436     |
|                                                      | Comunicação positiva                         | 19,88±4,14                | 21,70±2,67               | t=-0,433; gl=38; p=0,334    |
|                                                      | Disciplina positiva                          | 9,59±3,20                 | 11,04±3,76               | t=1,287; gl=38; p=0,103     |
| Necessidade de conhecimentos                         | Necessidades físicas                         | 23,12±2,37                | 27,26±1,71               | t=1,457; gl=38; p=0,077     |
|                                                      | Segurança                                    | 15,12±1,38                | 17,65±1,13               | t=1,427; gl=38; p=0,081     |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 15,88±1,52                | 18,69±1,26               | t=1,436; gl=38; p=0,080     |
|                                                      | Comunicação positiva                         | 11,35±1,12                | 13,78±1,13               | t=1,493; gl=38; p=0,072     |
|                                                      | Disciplina positiva                          | 9,82±0,99                 | 13,96±0,96               | t=2,937; gl=38; p=0,003     |

Os resultados, apresentados na tabela 8, revelaram diferenças estatisticamente significativas na autopercepção da necessidade de conhecimentos ‘disciplina positiva’ ( $t = 2,937$ ;  $gl = 38$ ;  $p = 0,003$ ), com as mães a apresentarem valores médios superiores aos dos pais.

Para as restantes dimensões avaliadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

### **Identificar a influência da variável escolaridade na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

**H0.3:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de escolaridade, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

Para analisar a influência da escolaridade parental na percepção do exercício da parentalidade positiva, previamente à aplicação dos testes estatísticos, procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade de distribuição e homogeneidade das variâncias (Apêndice IV).

Estes pressupostos encontravam-se assegurados nas escalas da autoperceção da confiança e das dificuldades, pelo que se recorreu ao teste *One-Way ANOVA* para comparação entre os três níveis de escolaridade.

**Tabela 9. Comparação da autoperceção o exercício de parentalidade positiva segundo o nível de escolaridade parental (*One-Way ANOVA*)**

| Autoperceção do exercício de parentalidade positiva | Nível de escolaridade                      |                                   |                                 | Teste estatístico                  |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|                                                     | 3.º ciclo do ensino básico<br>(Média ± DP) | Ensino secundário<br>(Média ± DP) | Ensino superior<br>(Média ± DP) | <i>One-Way ANOVA</i><br>(F; gl; p) |
| Confiança                                           | 3,505±0,731                                | 3,938±0,662                       | 3,789±0,700                     | F=0,937; gl=2,37; p=0,401          |
| Dificuldades                                        | 2,671±0,826                                | 2,229±0,590                       | 2,339±0,663                     | F=1,063; gl=2,37; p=0,356          |

Os resultados, apresentados na tabela 9, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quer na autoperceção da confiança (F(2)=0,937; p=0,401), quer na autoperceção das dificuldades (F(2)=1,063; p=0,356).

Relativamente à escala da autoperceção da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva, não se verificou normalidade de distribuição no grupo correspondente ao 3.º ciclo do ensino básico, tendo sido igualmente identificados valores elevados de assimetria e curtose. Atendendo a estas violações dos pressupostos de normalidade, optou-se pela aplicação do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

Os resultados dos testes de normalidade, homogeneidade de variâncias, assimetria e curtose encontram-se apresentados no Apêndice IV.

**Tabela 10. Comparação da autoperceção o exercício de parentalidade positiva segundo o nível de escolaridade parental (*Kruskal-Wallis*)**

| Autoperceção do exercício de parentalidade positiva | Nível de escolaridade                      |                                   |                                 | Teste estatístico                   |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
|                                                     | 3.º ciclo do ensino básico<br>(Média ± DP) | Ensino secundário<br>(Média ± DP) | Ensino superior<br>(Média ± DP) | <i>Kruskal-Wallis</i><br>(H; gl; p) |
| Necessidade de conhecimentos                        | 2,705±0,780                                | 2,847±0,999                       | 2,837±0,978                     | H=0,615; gl=2; p=0,735              |

Os resultados obtidos ( $H(2)=0,615$ ;  $p=0,735$ ) não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade (tabela 10).

**H0.4:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre os pais (pais e mães) com diferentes níveis de escolaridade, relativamente às diferentes dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

Para a análise das diferenças entre os grupos de escolaridade parental nas diferentes dimensões da Escala de Parentalidade Positiva, procedeu-se previamente à verificação dos pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias. Sempre que estes pressupostos se encontraram assegurados, recorreu-se ao teste *One-Way ANOVA*; nos casos em que não se verificou normalidade da distribuição e foram observadas assimetrias e/ou curtose significativas, optou-se pelo teste *Kruskal-Wallis*.

**Tabela 11. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo a escolaridade parental (*One-Way ANOVA* e *Kruskal-Wallis*)**

| Exercício da parentalidade positiva     |                                                    | Escolaridade           |                          |                        | Resultado do teste  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|
|                                         |                                                    | 3º ciclo<br>(Média±DP) | Secundário<br>(Média±DP) | Superior<br>(Média±DP) |                     |
| Autoperceção da<br>confiança            | Necessidades físicas                               | 31,57 ± 7,37           | 33,27 ± 6,89             | 30,83 ± 7,31           | F(2)=0,480, p=0,623 |
|                                         | Segurança                                          | 19,43 ± 5,22           | 23,33 ± 4,40             | 24,28 ± 4,89           | F(2)=2,741, p=0,078 |
|                                         | Desenvolvimento,<br>comportamento e<br>estimulação | 20,86 ± 4,71           | 23,40 ± 4,42             | 22,78 ± 5,19           | F(2)=0,669, p=0,519 |
|                                         | Comunicação<br>positiva                            | 19,29 ± 6,07           | 21,80 ± 3,14             | 20,83 ± 3,50           | F(2)=1,303, p=0,284 |
|                                         | Disciplina positiva                                | 14,00 ± 3,11           | 16,33 ± 3,13             | 14,94 ± 3,26           | F(2)=1,481, p=0,241 |
| Autoperceção das<br>dificuldades        | Necessidades físicas                               | 24,57 ± 8,56           | 22,40 ± 6,70             | 23,06 ± 6,20           | H(2)=0,254, p=0,881 |
|                                         | Segurança                                          | 16,29 ± 5,19           | 13,33 ± 4,20             | 12,67 ± 4,68           | H(2)=1,591, p=0,217 |
|                                         | Desenvolvimento,<br>comportamento e<br>estimulação | 15,57 ± 4,58           | 12,47 ± 3,89             | 13,11 ± 3,99           | H(2)=3,649, p=0,161 |
|                                         | Comunicação<br>positiva                            | 12,14 ± 4,14           | 9,40 ± 3,58              | 10,39 ± 4,24           | F(2)=1,132, p=0,333 |
|                                         | Disciplina positiva                                | 11,57 ± 4,16           | 9,27 ± 3,03              | 10,94 ± 3,67           | F(2)=1,370, p=0,267 |
| Auto<br>perce<br>ção<br>da<br>confiança | Necessidades físicas                               | 23,57 ± 8,24           | 27,26 ± 9,28             | 24,78 ± 9,322          | F(2)=0,474, p=0,626 |
|                                         | Segurança                                          | 17,57 ± 4,54           | 17,27 ± 6,24             | 15,61 ± 5,61           | H(2)=1,142, p=0,565 |

|                                              |              |              |              |                     |
|----------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 16,43 ± 4,43 | 17,47 ± 7,31 | 17,94 ± 6,07 | H(2)=0,482, p=0,786 |
| Comunicação positiva                         | 12,43 ± 4,24 | 12,00 ± 4,51 | 13,50 ± 6,09 | F(2)=0,349, p=0,708 |
| Disciplina positiva                          | 11,14 ± 4,30 | 11,40 ± 4,94 | 13,28 ± 4,92 | F(2)=0,821, p=0,448 |

Os resultados das comparações entre os grupos de escolaridade encontram-se apresentados na tabela 11. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os pais com diferentes níveis de escolaridade em nenhuma das dimensões da confiança, das dificuldades ou da necessidade de conhecimento no exercício da parentalidade positiva ( $p > 0,05$ ).

Os resultados detalhados dos testes de normalidade, assimetria e curtose encontram-se apresentados no Apêndice IV, bem como a homogeneidade de variâncias.

### **Identificar a influência da variável apoio social (no cuidado à criança) na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

**H0.5:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade entre os pais (pais e mães) com diferentes níveis de apoio social, relativamente à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos.

Para analisar a influência do nível de apoio social na percepção do exercício da parentalidade positiva, a variável apoio social foi categorizada em três níveis — baixo, médio e alto — de acordo com o número de fontes de apoio identificadas pelos participantes.

Atendendo ao reduzido número de participantes nos grupos com baixo e alto apoio social, optou-se pela utilização do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para a comparação entre os três níveis de apoio social, por se tratar de um procedimento mais adequado em contextos de amostras pequenas e com distribuição desigual entre grupos (Pestana e Gageiro, 2014).

Os resultados das comparações entre os níveis de apoio social encontram-se apresentados na tabela 12.

**Tabela 12. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo o nível de apoio social (*Kruskal-Wallis*)**

| Autopercepção do exercício de parentalidade positiva | Nível de apoio social |                       |                      | Teste estatístico                   |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|
|                                                      | Baixo<br>(Média ± DP) | Médio<br>(Média ± DP) | Alto<br>(Média ± DP) | <i>Kruskal-Wallis</i><br>(H; gl; p) |
| Confiança                                            | 4,410±0,264           | 3,649±0,118           | 3,822±0,202          | H=5,732; gl=2; p=0,057              |
| Dificuldades                                         | 1,781±0,274           | 2,480±0,114           | 2,456±0,097          | H=4,525; gl=2; p=0,104              |
| Necessidade de conhecimentos                         | 2,205±0,380           | 2,877±0,162           | 3,656±0,212          | H=5,757; gl=2 p=0,056               |

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de apoio social percebido relativamente à autopercepção da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva ( $p > 0,05$ ).

**H<sub>0.6</sub>:** Não existem diferenças na percepção da parentalidade positiva entre pais (pais e mães) com diferentes níveis de apoio social, relativamente às dimensões da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos.

Para avaliar a existência de diferenças entre os grupos de nível de apoio social relativamente às diferentes dimensões da parentalidade positiva, optou-se pela utilização do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, atendendo ao reduzido número de participantes nos grupos com baixo e alto apoio social, bem como à distribuição desigual da amostra entre os grupos.

Os resultados das comparações encontram-se apresentados na tabela 13.

**Tabela 13. Comparação do exercício da parentalidade positiva segundo o nível de apoio social (Kruskal-Wallis)**

| Dimensões da Escala da Parentalidade Positiva |                                              | Nível de apoio social |                     |                    | Teste estatístico            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------|
|                                               |                                              | Baixo<br>(Média±DP)   | Médio<br>(Média±DP) | Alto<br>(Média±DP) | Kruskal-Wallis<br>(H; gl; p) |
| Autoperceção da confiança                     | Necessidades físicas                         | 38,14 ± 6,77          | 30,40 ± 6,21        | 32,00 ± 5,56       | H=6,139; gl=2; p=0,046       |
|                                               | Segurança                                    | 26,29 ± 4,42          | 22,47 ± 4,91        | 21,67 ± 3,51       | H=4,214; gl=2; p=0,122       |
|                                               | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 26,29 ± 5,22          | 21,87 ± 4,59        | 22,33 ± 2,08       | H=3,966; gl=2; p=0,138       |
|                                               | Comunicação positiva                         | 23,29 ± 2,36          | 20,20 ± 3,49        | 22,67 ± 2,52       | H=5,310; gl=2; p=0,070       |
|                                               | Disciplina positiva                          | 18,29 ± 2,93          | 14,53 ± 3,04        | 16,00 ± 1,73       | H=7,667; gl=2; p=0,022       |
| Autoperceção das dificuldades                 | Necessidades físicas                         | 18,14 ± 6,57          | 24,00 ± 6,44        | 25,33 ± 6,03       | H=3,192; gl=2; p=0,203       |
|                                               | Segurança                                    | 10,71 ± 4,50          | 13,97 ± 4,72        | 16,00 ± 1,00       | H=3,790; gl=2; p=0,150       |
|                                               | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 10,14 ± 4,81          | 13,83 ± 3,83        | 15,33 ± 0,58       | H=4,361; gl=2; p=0,113       |
|                                               | Comunicação positiva                         | 7,29 ± 3,09           | 11,30 ± 3,90        | 7,67 ± 2,52        | H=7,154; gl=2; p=0,028       |
|                                               | Disciplina positiva                          | 7,14 ± 3,76           | 11,30 ± 3,08        | 9,33 ± 4,16        | H=6,051; gl=2; p=0,049       |
| Autoperceção da necessidade de                | Necessidades físicas                         | 21,29 ± 8,60          | 25,73 ± 9,15        | 33,00 ± 2,00       | H=4,050; gl=2; p=0,132       |
|                                               | Segurança                                    | 13,86 ± 6,12          | 16,70 ± 5,34        | 21,67 ± 5,13       | H=3,802; gl=2; p=0,149       |
|                                               | Desenvolvimento, comportamento e estimulação | 13,71 ± 7,09          | 17,73 ± 5,78        | 24,00 ± 2,00       | H=6,420; gl=2; p=0,040       |
|                                               | Comunicação positiva                         | 9,00 ± 4,90           | 13,47 ± 5,14        | 14,33 ± 2,31       | H=4,191; gl=2; p=0,123       |
|                                               | Disciplina positiva                          | 8,29 ± 5,09           | 12,67 ± 4,43        | 16,67 ± 1,53       | H=6,752; gl=2; p=0,034       |

Da análise dos resultados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em dimensões específicas. Ao nível da autoperceção da confiança, observaram-se diferenças nas dimensões ‘necessidades físicas da criança’ (p = 0,046) e ‘disciplina positiva’ (p = 0,020). Relativamente à autoperceção das dificuldades, identificaram-se diferenças nas dimensões ‘comunicação positiva’ (p = 0,028) e ‘disciplina positiva’ (p = 0,049). No que respeita à autoperceção da necessidade de conhecimentos, verificaram-se diferenças nas dimensões

‘desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança’ ( $p = 0,040$ ) e ‘disciplina positiva’ ( $p = 0,034$ ).

Assim, os participantes com baixo apoio social apresentaram maior percepção de confiança relativamente às ‘necessidades físicas da criança’ ( $H(2)=6,139$ ;  $p=0,046$ ) e à ‘disciplina positiva’ ( $H(2)=6,051$ ;  $p=0,049$ ), quando comparados com os participantes com nível médio de apoio social.

Relativamente à autopercepção das dificuldades, os participantes com baixo apoio social apresentaram menos dificuldades nas dimensões ‘comunicação positiva’ ( $H(2)=7,154$ ;  $p=0,028$ ) e ‘disciplina positiva’ ( $H(2)=6,051$ ;  $p=0,049$ ), em comparação com o grupo de médio apoio social.

No que respeita à necessidade de conhecimentos, os participantes com baixo apoio social evidenciaram uma menor percepção de necessidade de conhecimentos na dimensão ‘disciplina positiva’ ( $H(2)=6,752$ ;  $p=0,034$ ), comparativamente aos restantes grupos. Por outro lado, os participantes com alto apoio social apresentaram uma maior percepção de necessidade de conhecimentos na dimensão ‘desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança’, quando comparados com o grupo de baixo apoio social ( $H(2)=6,420$ ;  $p=0,040$ ).

Estes resultados evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção do exercício da parentalidade positiva em dimensões específicas das escalas de confiança, dificuldades e necessidade de conhecimentos em função do nível de apoio social recebido.

## 2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, torna-se essencial proceder à sua análise crítica, à luz dos objetivos delineados e da questão de investigação. Este processo envolve uma reflexão sustentada sobre os dados obtidos, articulando-os com a evidência científica existente e permitindo interpretar o seu significado no contexto do exercício da parentalidade positiva.

O presente estudo teve como propósito analisar a percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses no exercício da parentalidade positiva, nomeadamente no que diz respeito à confiança, às dificuldades e à necessidade de conhecimentos. Pretendeu-se, ainda,

analisar a influência de determinadas variáveis sociodemográficas e contextuais, como o sexo, a escolaridade e o apoio social no cuidado da criança, nessas percepções.

A discussão dos resultados encontra-se organizada de forma a responder aos objetivos específicos do estudo, iniciando-se pela caracterização da amostra e prosseguindo com a análise das percepções parentais nas três escalas avaliadas, em função das variáveis exploradas.

### **Variáveis sociodemográficas e contextuais da amostra**

A amostra integrou pais e mães de crianças com idades compreendidas entre os 18 e os 36 meses, sendo maioritariamente composta por participantes do sexo feminino (57,5%). Esta predominância feminina é recorrente em estudos sobre práticas parentais, como evidenciado por Lopes (2012) e Valente (2022), que referem igualmente maior participação das mães.

A idade dos participantes variou entre os 27 e os 46 anos, com uma média de 36,73 anos ( $\pm 0,83$ ). No que diz respeito à escolaridade, a maior percentagem frequentou o ensino superior (45,0%), seguido do ensino secundário (37,5%). A grande maioria dos participantes encontrava-se casada ou em união de facto (85,0%) e estava profissionalmente ativa (87,5%). Quanto à tipologia familiar, predominou a estrutura nuclear (55,0%). Relativamente ao número de filhos, mais de metade dos participantes (57,5%) referiram ter apenas um filho.

Estudos anteriores, como o de Lopes (2012), corroboram estes resultados, destacando a predominância de pais e mães casados ou em união de facto (92,09%), com média de idade de  $33,02 \pm 4,91$  anos, com apenas um filho (52,23%). Da mesma forma, o estudo de Vicente (2022) possui uma amostra com características semelhantes, com pais cujas idades variavam entre os 26 e 49 anos, sendo o nível de escolaridade predominante o ensino superior (82,6% das mães) e o ensino secundário (55,2% dos pais), com a maioria dos participantes profissionalmente ativo.

Quanto às crianças, a maioria era do sexo masculino (62,5%), sendo a média de idades de 29,63 meses ( $\pm 5,16$ ), o que é consistente com outros estudos, como o de Lopes (2012), que observou uma predominância de meninos em faixas etárias semelhantes. A quase totalidade das crianças (97,5%) frequentava a consulta de Enfermagem de Saúde Infantil na USF, sublinhando a relevância desta consulta na promoção do bem-estar, segurança e

desenvolvimento saudável na primeira infância, conforme defendido por Carvalheiro et al. (2021).

Relativamente ao apoio no cuidado da criança, 75,0% dos participantes referiram um nível de apoio social moderado. Tal como observado por Lopes (2012), os recursos de apoio mais frequentemente mencionados foram o cônjuge e os avós, reforçando a importância da rede familiar próxima no suporte às práticas parentais.

### **Identificar a percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva relativamente à confiança, às dificuldades e às necessidades de conhecimento**

Os resultados revelaram que, na presente amostra, a autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva foi a dimensão com valor médio mais elevado, enquanto a escala de autoperceção das dificuldades foi a que obteve a média mais baixa. Este padrão sugere que os pais e mães se percebem, em geral, como relativamente confiantes no seu desempenho parental, apesar de reconhecerem desafios em algumas áreas. Estes resultados contrastam com os de Valente (2022), que encontrou valores médios mais elevados na escala de autoperceção das dificuldades e menores na escala de autoperceção da confiança, evidenciando uma percepção menos positiva dos próprios recursos parentais.

No que concerne às dimensões específicas da autoperceção da confiança, os valores médios mais elevados foram observados na dimensão ‘comunicação positiva’, enquanto os mais baixos corresponderam à ‘disciplina positiva’. Em sentido oposto, na autoperceção das dificuldades, a ‘disciplina positiva’ emergiu como a dimensão mais desafiante, sendo a ‘comunicação positiva’ a menos problemática.

Estes resultados refletem uma dualidade consistente: pais e mães sentem-se mais à-vontade na comunicação com os filhos, mas enfrentam maiores dificuldades quando se trata de aplicar estratégias de disciplina coerentes e positivas. Estes dados estão em consonância com o que indicam Hambal et al. (2022), que identificaram a disciplina como uma das áreas mais exigentes para os cuidadores, frequentemente associada a percepções de incerteza ou frustração; gerir o comportamento infantil, sobretudo em idades precoces, requer equilíbrio entre firmeza e afeto, algo que, apesar de valorizado, nem sempre é fácil de operacionalizar na prática quotidiana da parentalidade.

No que se refere à necessidade de conhecimentos, a dimensão ‘disciplina positiva’ voltou a apresentar os valores médios mais elevados, sugerindo que os participantes reconhecem neste domínio um maior défice informativo. Este resultado está alinhado com o observado por Lopes (2012), que, no processo de construção e validação das escalas de medida da parentalidade positiva, identificou a disciplina e a gestão do comportamento como áreas nas quais os cuidadores mais frequentemente referiam necessitar de conhecimentos adicionais.

### **Identificar a influência da variável sexo na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

Os resultados deste estudo evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os pais e as mães na autoperceção da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva, verificando-se que as mães apresentaram valores médios superiores aos dos pais. Esta diferença foi particularmente evidente na dimensão ‘disciplina positiva’, na qual as mães revelaram, igualmente, maior necessidade de conhecimento. Este resultado é corroborado pelo estudo de Demirbağ e Dost (2025), que destacam uma maior valorização por parte das mães das estratégias de disciplina positiva, refletindo uma percepção acrescida de necessidade de desenvolvimento nesta área.

Nas restantes escalas — autoperceção da confiança e das dificuldades — bem como nas suas respetivas dimensões, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Estes dados contrastam parcialmente com os achados de Lopes (2012), que identificou discrepâncias mais amplas entre pais e mães em diversas dimensões da confiança, como ‘necessidades físicas da criança’, ‘segurança da criança’, ‘desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança’, o que não se verificou no presente estudo, sugerindo que a discrepância entre sexos se concentrou exclusivamente na ‘disciplina positiva’.

Em síntese, os resultados reforçam a evidência de que as mães tendem a reconhecer maior necessidade de conhecimentos, nomeadamente no âmbito das práticas de disciplina positiva. Estas conclusões podem orientar intervenções em saúde familiar mais sensíveis às diferenças entre sexos, promovendo uma maior participação dos pais e contribuindo para um equilíbrio mais robusto das competências parentais entre cuidadores.

### **Identificar a influência da variável escolaridade na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

No presente estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de escolaridade e a percepção parental relativamente à confiança, dificuldades e necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva. Estes resultados são consistentes com o estudo de Valente (2022), que também não encontrou associações significativas entre o nível de escolaridade e a autopercepção parental no exercício da parentalidade positiva.

Nas dimensões de cada escala, os resultados também não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de escolaridade e a autopercepção parental sobre o exercício da parentalidade positiva. Apesar de, de forma descritiva, se observarem algumas tendências nas médias (por exemplo, valores ligeiramente superiores entre os participantes com escolaridade superior na percepção da confiança e na necessidade de conhecimentos sobre ‘disciplina positiva’), essas diferenças não atingiram significância estatística.

Estes achados contrastam com os resultados apresentados por Lopes (2012), que identificou diferenças de médias na percepção da confiança na dimensão ‘comunicação positiva’, bem como na percepção das dificuldades nas dimensões ‘segurança’, ‘desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança’ e ‘comunicação positiva’. Este contraste pode refletir diferenças metodológicas, características distintas das amostras ou particularidades do contexto sociocultural em que os estudos foram conduzidos.

É plausível considerar que variáveis como idade dos participantes, experiência parental prévia, acesso a redes de apoio ou fatores culturais possam atuar como moderadores, atenuando o impacto direto da escolaridade sobre a percepção do exercício da parentalidade positiva.

Neste sentido, os resultados obtidos sugerem que, no contexto desta amostra, a escolaridade, por si só, não emerge como um fator diferenciador da percepção parental no exercício da parentalidade positiva. Esta leitura é coerente com abordagens teóricas que conceptualizam a parentalidade como um fenómeno resultante da interação entre múltiplos fatores individuais, familiares e contextuais, e não como o produto isolado de uma única variável sociodemográfica (Bronfenbrenner, 1994). Assim, os dados reforçam a importância de uma

análise integrada dos determinantes da parentalidade positiva, particularmente em contextos de cuidados de saúde familiar.

### **Identificar a influência da variável apoio social na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e os 36 meses de idade no exercício da parentalidade positiva**

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de apoio social nas escalas globais da parentalidade positiva (confiança, dificuldades e necessidade de conhecimentos), emergiram diferenças significativas em várias dimensões específicas dessas escalas.

Na autopercepção da confiança, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ‘necessidades físicas da criança’ e ‘disciplina positiva’. Os participantes com apoio social moderado apresentaram níveis de confiança inferiores nestas áreas, quando comparados com os participantes com apoio social baixo. Este resultado contraria os achados de Lopes (2012), que demonstrou uma correlação positiva entre apoio social e a confiança parental nestas dimensões. Esta divergência pode sugerir que o impacto do apoio social depende não apenas da sua intensidade, mas também da sua qualidade, natureza (formal vs. informal) e pertinência face às necessidades parentais específicas, aspetos já salientados pela própria autora.

No que se refere à autopercepção das dificuldades, observaram-se diferenças significativas nas dimensões ‘comunicação positiva’ e ‘disciplina positiva’. Os participantes com baixo apoio social relataram uma menor percepção de dificuldades nessas áreas, ao passo que os participantes com apoio moderado reportaram maiores dificuldades. Estes resultados contrastam com os de Lopes (2012), que verificou que pais e mães com menor apoio social tendem a percecionar mais dificuldades, possivelmente devido à sobrecarga associada à ausência de suporte. No presente estudo, é possível que participantes com baixo apoio social subestimem ou normalizem essas dificuldades, ou que disponham de uma consciência menos crítica sobre práticas parentais específicas.

Relativamente à autopercepção da necessidade de conhecimentos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ‘desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança’, e ‘disciplina positiva’. Pais e mães com baixo apoio social apresentaram menor percepção de necessidade de conhecimento nestas áreas, sobretudo quando comparados com pais e mães com alto apoio social. Este padrão diverge dos

resultados de Coltro et al. (2020), que observaram uma associação positiva entre apoio social e nível de conhecimento parental, sugerindo que redes de apoio mais robustas favorecem a identificação de lacunas e a procura ativa de informação.

Em conjunto, estes dados indicam que o apoio social influencia de forma relevante a percepção parental sobre os desafios e necessidades associados à parentalidade positiva. As discrepâncias face a estudos anteriores podem estar relacionadas com diferenças nos contextos socioculturais, na qualidade mais do que na quantidade das redes de apoio, ou nas expectativas parentais relativamente ao seu próprio desempenho.

Assim, embora o apoio social não tenha demonstrado impacto estatisticamente significativo nas escalas globais, a sua influência sobre dimensões-chave da parentalidade positiva é evidente, nomeadamente nas áreas de disciplina e desenvolvimento da criança. Estes resultados destacam a necessidade de intervenções direcionadas, que valorizem não apenas a presença do apoio social, mas a sua adequação às necessidades concretas das famílias.

## 2.7. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este estudo teve como objetivo analisar a influência de fatores como o sexo, a escolaridade e o apoio social na percepção dos pais (pais e mães) de crianças entre os 18 e 36 meses relativamente ao exercício da parentalidade positiva, valorizando, simultaneamente, o contributo da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar no apoio às famílias neste processo.

A caracterização da amostra revelou um perfil sociodemográfico semelhante ao de estudos anteriores, o que confere robustez às conclusões. A maioria dos participantes era do sexo feminino e eram predominantemente casados ou em união de facto, com idades entre 27 e 46 anos. No que respeita às habilitações literárias, observou-se uma predominância de participantes com níveis de escolaridade intermédio e superior, sendo o ensino superior o mais representado, embora não maioritário. Estes resultados corroboram estudos prévios (Lopes, 2012; Vicente, 2022), que apontam para um modelo familiar onde as mães, em particular, assumem um papel central nos cuidados infantis, com implicações diretas no tipo e intensidade do apoio parental necessário.

Entre as três escalas avaliadas, a confiança apresentou a média mais elevada, especialmente na dimensão ‘comunicação positiva’, sugerindo que pais e mães se sentem globalmente seguros nesta área. Em contraste, a ‘disciplina positiva’ emergiu como a dimensão mais

desafiante, revelando-se como a área onde se concentram maiores dificuldades e maior necessidade de conhecimentos. Estes resultados sublinham a relevância da intervenção da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção de estratégias educativas coerentes e eficazes, alinhadas com os princípios da parentalidade positiva.

No que concerne à variável sexo, os resultados sugerem que as mães manifestam uma prontidão superior para a aquisição de novos saberes, reportando maior necessidade de conhecimentos, especificamente no domínio da ‘disciplina positiva’. Este achado poderá refletir a centralidade do papel materno na gestão quotidiana dos comportamentos infantis, apontando para uma distribuição de responsabilidades parentais ainda assimétrica. Neste âmbito, a Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel preponderante no desenvolvimento de intervenções que visem não só colmatar este défice informativo, como também promover a coparentalidade, incentivando um envolvimento paterno mais equitativo e reduzindo a carga emocional associada ao desempenho do papel parental.

Relativamente à escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas perceções sobre o exercício da parentalidade positiva. Este resultado, convergente com Valente (2022), indica que o nível de instrução parental não constitui, por si só, um fator determinante na perceção das competências parentais. Ainda assim, importa que a Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar considere a heterogeneidade do nível de instrução dos utentes/famílias, ajustando a linguagem e os conteúdos das suas intervenções. Esta adaptação é fundamental para garantir que as orientações sejam acessíveis a todos os pais, otimizando a compreensão e a eficácia das ações educativas desenvolvidas.

A variável apoio social demonstrou influência significativa em diversas dimensões das escalas de parentalidade positiva. Destaca-se que pais e mães com apoio social moderado revelaram menor confiança nas dimensões ‘necessidades físicas da criança’ e ‘disciplina positiva’, comparativamente com o grupo com baixo apoio social. Além disso, pais e mães com baixo apoio social reportaram menores dificuldades e menor necessidade de conhecimento, particularmente nas áreas de ‘comunicação positiva’ e ‘disciplina positiva’, quando comparados aos que tinham apoio moderado ou elevado. Estes dados sugerem que níveis mais baixos de apoio podem estar associados a uma menor consciência das próprias fragilidades ou a um isolamento na experiência parental. A Enfermagem Comunitária na

área da Enfermagem de Saúde Familiar pode aqui desempenhar um papel estratégico na valorização e construção de redes de apoio social, seja através de articulação comunitária, seja através da promoção de grupos de partilha.

No seu conjunto, os resultados deste estudo realçam a importância de uma abordagem multidimensional, centrada na família, que reconheça as interações entre sexo, apoio social e perceções parentais. Embora a escolaridade não tenha emergido como um fator diferenciador, os dados mostram que o sexo e o apoio social influenciam significativamente a forma como é vivenciado o exercício da parentalidade.

Assim, este estudo contribui para a Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, oferecendo evidência empírica útil à definição de estratégias de intervenção ajustadas às reais necessidades parentais. Reforça-se a necessidade de continuar a investigar estas variáveis de forma integrada, bem como de desenvolver práticas de apoio parental sustentadas em evidência, culturalmente sensíveis e orientadas para a promoção do bem-estar infantil e familiar.

Apesar do rigor metodológico, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A amostra foi obtida por conveniência e recrutada numa única USF, o que condiciona a sua representatividade e a generalização dos resultados. Acresce que o desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Tais limitações sugerem a necessidade de mais investigação nesta área, incluindo estudos longitudinais e com amostras mais diversificadas, em diferentes contextos geográficos e culturais. Sugere-se, ainda, a inclusão de outras variáveis relevantes, como os estilos parentais, o *stress* parental ou a resiliência familiar, que poderão enriquecer a compreensão do exercício da parentalidade e dos múltiplos fatores que a influenciam.

## 2.8. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de uma prática de Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar mais estruturada, sensível às dinâmicas familiares e orientada para o apoio ao exercício da parentalidade positiva. A identificação de fatores como o sexo e o nível de apoio social enquanto influenciadores das perceções parentais oferece uma base sólida para que os enfermeiros possam adequar e

personalizar as suas intervenções junto das famílias com crianças entre os 18 e os 36 meses, promovendo práticas parentais mais conscientes e eficazes.

Verificou-se que pais e mães se sentem, de forma geral, mais confiantes na área da ‘comunicação positiva’, mas experienciam maiores dificuldades e expressam maior necessidade de conhecimentos sobre ‘disciplina positiva’. Este dado reforça a importância de integrar na prática clínica uma avaliação sistemática das percepções parentais — utilizando, para isso, instrumentos validados — como base para planear intervenções educativas orientadas para o desenvolvimento de competências específicas, como a disciplina positiva, a estimulação da criança e o apoio ao desenvolvimento infantil.

As diferenças identificadas entre mães e pais, com as mães a apresentarem maior percepção de confiança, mas também mais dificuldades e necessidade de conhecimentos, sublinham a necessidade de promover uma abordagem equitativa e facilitadora da coparentalidade. O envolvimento ativo dos pais nas consultas deve ser incentivado, procurando assegurar uma partilha mais equilibrada das responsabilidades parentais e mitigar potenciais situações de sobrecarga materna, com impacto direto no bem-estar familiar.

A influência do apoio social nas percepções parentais observada neste estudo reforça o papel estratégico da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar na identificação e no fortalecimento das redes de apoio das famílias. Os enfermeiros devem assumir uma função de mediação e facilitação, promovendo grupos de entreajuda, iniciativas comunitárias ou o acesso a recursos sociais e educativos, especialmente no caso de famílias com menor suporte social ou maior vulnerabilidade.

A promoção da parentalidade positiva deve constituir uma área prioritária dentro das USF, devendo ser asseguradas condições que permitam aos enfermeiros dedicar tempo e recursos ao desenvolvimento destas intervenções. Neste sentido, destaca-se igualmente a importância de reforçar a formação dos EEESCAESF, desenvolvendo competências específicas na avaliação e promoção da parentalidade positiva e incorporando fatores como o apoio social, o sexo e as dificuldades percebidas por pais e mães.

Em suma, os dados obtidos reforçam a importância da Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar adotar uma abordagem holística e centrada na família, promovendo práticas parentais positivas e ajustadas às necessidades identificadas. A produção de mais conhecimento nesta área permitirá consolidar uma prática baseada na

evidência, contribuindo para a construção de famílias mais competentes, seguras e resilientes na educação e cuidado dos seus filhos.

### **3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da OE, inseridas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificam-se os títulos de EE possíveis de ser atribuídos, entre os quais o de EE em Enfermagem Comunitária, que integra a área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo em consideração a necessidade de cuidados especializados numa área emergente e diferenciada onde existe uma necessidade reconhecida de especificar competências adequadas aos objetivos e contexto de intervenção (Regulamento n.º 428/2018).

A Enfermagem assume, cada vez mais, uma maior importância nos cuidados de saúde, não só pela exigência técnica como também científica, pelo que a sua especialização se torna uma realidade (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, considera-se que o EE é detentor de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744). O papel do EEECAESF tem vindo a evoluir, possuindo particular importância como elemento estruturante e funcional no acesso e na prestação dos cuidados (Regulamento n.º 428/2018). Por sua vez, os CSP desempenham um papel crucial na promoção de saúde e prevenção da doença, oferecendo acesso universal a serviços essenciais (Decreto-Lei n.º 52/2022).

No presente capítulo apresenta-se e analisa-se o processo formativo e o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEECAESF. Numa fase inicial do estágio, e como forma de assegurar o desenvolvimento de todas as competências preconizadas para o EEECAESF, foi elaborado um projeto de estágio que pretendia ser um guia orientador durante todo este percurso e durante a sua execução foram realizados alguns ajustes e definidas novas atividades a realizar por se considerarem necessárias, dando origem a um novo quadro resumo de atividades (apêndice V).

Embora relacionadas entre si, como forma de assegurar que cada competência comum e específica fosse atingida, a sua abordagem será realizada individualmente.

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os EE são profissionais altamente qualificados e experientes, dotados de competências multifacetadas que os capacitam a fornecer cuidados de saúde de alta qualidade numa variedade de contextos clínicos. Assumem um papel crucial no panorama da saúde, desempenhando funções de elevada responsabilidade e complexidade. Como garante da

excelência na prestação de cuidados de Enfermagem, o Regulamento n.º 140/2019 da OE define um conjunto de competências comuns que norteiam a atuação desses profissionais.

Os domínios das competências comuns do EE são:

- A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B) Melhoria Contínua da Qualidade;
- C) Gestão de Cuidados; e
- D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

As competências no âmbito de cada um dos domínios supramencionados são associadas às atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, realizando-se, também, uma análise crítico-reflexiva de cada uma, explorando a sua relevância e implicações para a prática da Enfermagem especializada. Através da análise detalhada e da aplicação dessas competências o EE contribui para o bem-estar da população e para a promoção da sua saúde.

### **3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

O domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal é um dos pilares da atuação para o EE. Neste domínio estão englobadas duas competências comuns:

- “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...)
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p.4746).

Relativamente à primeira competência enumerada para este domínio, o EE realiza um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a princípios bioéticos para a tomada de decisão. Esta capacidade baseia-se num amplo conhecimento da ética e deontologia, na avaliação sistemática das melhores práticas, assim como nas preferências do(s) cliente(s).

A tomada de decisão foi, sempre, baseada em conhecimento e experiência, sendo as respostas às famílias selecionadas em conjunto com as mesmas, tal como a avaliação do resultado do processo. A segurança, a privacidade e a dignidade foram garantidas em todos os cuidados prestados, através do estrito respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Sgreccia, 2009).

No decorrer do estágio foram realizadas diversas atividades para garantir o desenvolvimento desta competência, nomeadamente o pedido de autorização à autora da escala de parentalidade positiva para a sua utilização, o pedido à CES da ULSAM para a realização do estudo de investigação, assim como à USF onde este se realizou e, ainda, o consentimento informado dos pais que participaram no referido estudo, tal como já mencionado no capítulo anterior, bem como para todos os procedimentos realizados nas consultas de Enfermagem.

Foi implementado o processo de cuidados de Enfermagem à família, salvaguardando o consentimento informado, a garantia da confidencialidade da informação e o respeito pela escolha, autodeterminação e crenças familiares. Foram identificadas práticas de potencial risco, reforçando precauções para proteção da família, de acordo com a deontologia profissional.

Através de uma prática crítica e autorreflexiva diária, o EE aprimora as suas habilidades, amplia os seus conhecimentos e fortalece o seu compromisso com a qualidade do cuidado e com a promoção da saúde. O espírito crítico foi mantido, analisando diferentes situações que foram surgindo, questionando as práticas e procurando evidências científicas, considerando diferentes perspetivas. Foi através desta análise que foram identificados problemas, desafios e oportunidades para que os cuidados pudessem ser melhorados, garantindo a sua efetividade, segurança e qualidade. A autorreflexão permite que os pensamentos, sentimentos e decisões sejam questionados, identificando pontos fortes e fracos, desenvolvendo novas habilidades para aprimorar a prática de cuidados.

Assim, a prática crítica e autorreflexiva diária pode ser considerada uma ferramenta essencial: essa prática contínua de reflexão e questionamento permite que o enfermeiro se torne um profissional cada vez mais competente, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O plano prévio da consulta de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme proposto por Melo (2021), é essencial para “garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p.4746). Ao desenvolver esse plano, de forma estruturada, o enfermeiro demonstra a sua competência profissional na promoção de um cuidado humanizado, ético e responsável, uma vez que se baseia numa abordagem holística e centrada na família, tendo como objetivo principal a promoção da saúde, a autonomia e o bem-estar de todos os membros, atendendo às suas necessidades individuais e ao contexto social em que vivem. Trata-se de um guia flexível que deve ser

adaptado às necessidades específicas de cada família, considerando que a comunicação e o relacionamento de confiança entre o enfermeiro e a família são essenciais para o sucesso da consulta.

Condição necessária à vida em sociedade, a comunicação refere-se “ao processo de transmissão de informação, em diferentes contextos e culturas (Figueiredo, 2023, p.72). De acordo com Phaneuf (2002), a “comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo” (p.17). A comunicação assertiva alicerça a prestação de cuidados de Enfermagem adequados (Montezeli et al, 2018). Por outro lado, a falta de assertividade pode gerar conflitos, frustrações e perda de informação essencial, podendo comprometer o processo de cuidados (Nakamura et al., 2017). Comunicar assertivamente significa defender e expressar os próprios direitos, sentimentos e desejos de forma aberta e honesta, não violando os direitos do outro; inclui assumir a responsabilidade pelas ações tomadas, respeitar as escolhas e perspetivas dos outros, clareza no uso da linguagem e capacidade de ouvir (Alves, 2016). A assertividade pode contribuir não só para o tratamento e bem-estar do utente/família, mas também para o aumento da aceitação e da satisfação com as tarefas e do relacionamento com a equipa e clientes (Alves, 2016). Assim, considera-se a comunicação assertiva essencial nos cuidados de Enfermagem, como forma de garantir uma abordagem holística dos utentes/famílias. Através desta forma de comunicar, o enfermeiro conseguirá transmitir informações com clareza, respondendo às dúvidas que lhe são colocadas e envolvendo o cliente ativamente no processo de cuidados.

O aumento da multiculturalidade em Portugal coloca novos desafios na prestação de cuidados de Enfermagem especializados e este estágio não foi exceção. A comunicação intercultural é estabelecida entre profissionais e utentes, contribuindo para a equidade no processo, visando alcançar a redução de lacunas relacionadas com a diversidade cultural das famílias que recebem os cuidados de Enfermagem (Campinha-Bacote, 2011). Atendendo a que a cultura influencia o comportamento e as perceções dos cuidados de saúde, o EE deve reconhecer não só a sua cultura, como a dos seus utentes, desenvolvendo competências culturais. A prestação de cuidados junto de utentes e famílias interculturais é um enorme desafio: o EE deve avaliar cada família dentro do seu contexto e cultura particular, não descurando a sua singularidade e procurando recorrer a estratégias para colmatar as barreiras que possam existir (linguísticas, diferenças culturais, crenças).

Neste sentido, a diversidade cultural e as diferentes formas de expressão da saúde e da doença foram sempre consideradas.

### **3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, foram desenvolvidas as três competências preconizadas pela OE: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Para assegurar este domínio, a USF Mais Saúde dispõe de um manual de procedimentos estruturado em processos de gestão, assistenciais e suporte. Nos processos assistenciais estão inseridos os procedimentos que se relacionam com qualquer atividade assistencial realizada na USF, nomeadamente as consultas de Enfermagem. A abordagem da família como cliente ainda não se traduz em indicadores contratualizados pelas USF's, sendo estes centrados na condição individual, o que também condiciona o âmbito dos procedimentos. Concordando com Ferreira e Figueiredo (2023) ao referirem que a Enfermagem de Saúde Familiar é uma

“área com um elevado potencial para melhorar a organização e funcionamento familiar, e contribuir para um melhor funcionamento da família, dos subsistemas familiares e para a saúde individual de cada um dos membros da família, merece um maior investimento por parte de todos os *stakeholders*” (p. 13),

considero de elevada pertinência a existência de um programa de saúde da família, possibilitando uma intervenção estruturada e integrada, com foco na promoção da saúde familiar e na prevenção de disfunções que possam comprometer o bem-estar dos seus membros. Este programa deveria assegurar uma abordagem centrada no núcleo familiar enquanto unidade de cuidados, respeitando a sua singularidade, dinâmicas e contexto socioeconómico, e promovendo respostas ajustadas às suas reais necessidades. Para além de potenciar ganhos em saúde a nível individual e coletivo, uma intervenção orientada para a família contribuiria para a otimização dos recursos dos CSP, ao atuar de forma preventiva e ao reforçar a autonomia e a resiliência das famílias. A concretização desta proposta exige, por isso, não apenas investimento, mas também uma mudança na forma como se conceptualizam e operacionalizam as políticas de saúde familiar no sistema de saúde português.

Após a consulta do manual de procedimentos e discussão com alguns profissionais da equipa, foi identificada como necessidade, a elaboração de um procedimento para a realização, e devido registo, da consulta de saúde infantil no âmbito da saúde familiar, nomeadamente no que diz respeito à parentalidade positiva (temática central deste relatório) nas crianças dos 0 aos 3 anos de idade. Esse documento (apêndice VI), cuja finalidade é a uniformização da prática de cuidados, foi construído em parceria com uma colega de mestrado, considerando aspetos apontados como relevantes pelos elementos da equipa de Enfermagem e literatura de suporte. A apresentação à equipa de Enfermagem, organizada como formação interna, foi realizada em reunião setorial no dia 21 de fevereiro de 2024. As reuniões setoriais são consideradas essenciais para a resolução de problemas, sendo as decisões daí resultantes um importante contributo para o desenvolvimento deste tipo de documento. No final desta reunião, enviou-se o procedimento por *email* para que os enfermeiros o pudessem analisar pormenorizadamente e sugerir alterações, uma vez que o manual de procedimentos é um instrumento prático de padronização, adotado por todos os elementos da USF. O documento final ficou em posse da USF para que pudesse ser validado pelo Conselho Técnico e, aprovado em Conselho Geral para, posteriormente, integrar o manual de procedimentos.

Esta reunião de formação interna foi oficializada perante a Unidade de Formação (UF) da ULSAM, através do preenchimento dos modelos requeridos pela mesma (apêndice VII), assinados pelos elementos presentes na reunião e pelo coordenador da USF, e enviados para a UF-ULSAM. Assim, foi integrada no plano de formação interna da USF para o ano de 2024.

A par da realização do procedimento, foram dinamizadas duas ações de formação para os profissionais da USF por se ter detetado esta necessidade aquando do diagnóstico de necessidades<sup>1</sup>. Após a aplicação de um breve questionário sobre os conteúdos a abordar (apêndice VIII) foram planificadas as sessões com os convidados, peritos na área da parentalidade. A articulação com a coordenadora da USF possibilitou a definição das datas das sessões, de forma a assegurar a compatibilidade com as disponibilidades dos profissionais da USF e dos formadores. Tendo sido reconhecida a relevância da temática por

---

<sup>1</sup> Este diagnóstico de necessidades foi realizado numa fase inicial do estágio - em diálogo com a equipa multidisciplinar, percebeu-se que existia uma lacuna e interesse em obter mais informação, não só sobre parentalidade positiva, mas, sobretudo, sobre a aplicabilidade na consulta de saúde infantil.

vários elementos da USF, e com o apoio da coordenação, decidiu-se alargar a formação a todas as unidades funcionais do CS de Ponte de Lima. A divulgação das sessões junto dos diferentes profissionais foi assegurada pela coordenadora da USF, por se considerar que a sua proximidade e facilidade de comunicação com os elementos da equipa facilitariam este processo. A escolha daquele que se considerava ser o melhor local, a reserva da sala, a adequação do espaço, nomeadamente através da climatização, a gestão dos lugares sentados e a dinamização da formação contribuíram para o ambiente proporcionado para a aquisição de conhecimentos. O planeamento do espaço físico é uma etapa fundamental para o sucesso de uma formação: um ambiente bem projetado pode transformar a experiência de aprendizagem; ao criar um espaço acolhedor, funcional e estimulante, é possível otimizar o processo de ensino-aprendizagem e preparar os profissionais para os desafios da prática clínica. Os constrangimentos sentidos na primeira sessão e as sugestões de melhoria dos participantes foram considerados para o planeamento da sessão seguinte.

Nas sessões houve espaço para discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas entre formadores e participantes, que se considerou de elevada importância para a prática clínica. Foi identificada a pertinência de dar continuidade a esta temática com intervenção, por exemplo, junto das escolas, em articulação com a equipa de saúde escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade, a par da intervenção das equipas de saúde familiar junto das famílias às quais prestam cuidados. A avaliação das sessões foi, unanimemente, considerada eficaz por parte dos participantes (apêndice VI), sendo perceptível a sensibilidade dos profissionais presentes para a importância de práticas parentais positivas junto das famílias.

Estas atividades permitiram o alcance de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente o “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e o desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A natureza diferenciada dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar exige profissionais qualificados, detentores de competências técnicas e humanas, aliando conhecimentos e cuidados com o objetivo de ganhos em saúde. Os cuidados de Enfermagem às famílias, como processo intencional, baseiam-se na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e os clientes, aplicando o processo de Enfermagem, identificando os diagnósticos e desenvolvendo as intervenções necessárias para a promoção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Melo, 2021).

A preparação do contato com os utentes/famílias, através de um plano prévio à consulta (já referido anteriormente), considerou a gestão do ambiente como essencial para a efetividade terapêutica. Houve o cuidado de manter um espaço físico e psicológico seguro, acolhedor e funcional, de forma a favorecer a comunicação e a construção de uma relação de confiança entre a enfermeira mestrande e o utente/família e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Uma vez que a maioria das consultas de Enfermagem são agendadas previamente, é possível saber com antecedência quem é o utente/família que se vai atender, considerando as suas particularidades/perfil, tipo de consulta, permitindo adequar os elementos necessários à mesma. O ambiente da consulta de Enfermagem desempenha um papel crucial na garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos dos utentes e as responsabilidades do EE. Um ambiente positivo e acolhedor pode promover o bem-estar da família, facilitando a comunicação e a colheita precisa de dados, contribuindo para a construção de uma relação de confiança entre enfermeiro e utente/família. “O espaço físico onde vai decorrer a consulta deve ter condições para que o cliente e o enfermeiro estejam confortáveis (temperatura, sonoridade) e que permitam garantir dignidade e efetividade nos processos seguintes (privacidade, segurança, materiais necessários, etc.).” (Melo, 2021, p.20).

Foi promovido um ambiente seguro, através dos princípios de administração de terapêutica, adoção de precauções básicas do controlo de infeção, assim como pelos registos clínicos no sistema de informação utilizado no serviço, o SClínico.

A organização/manutenção do material de consumo clínico contribui não só para a segurança dos cuidados, como também para a prestação dos mesmos. No decorrer do estágio, foi uma preocupação constante a cooperação na organização/gestão do material através da metodologia *Lean* já implementada na USF Mais Saúde.

### **3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, foram desenvolvidas as duas competências preconizadas pela OE: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A orientação do EO foi um suporte relevante para a tomada de decisão, otimizando o processo de cuidados. A discussão com a equipa multidisciplinar de casos clínicos foi importante para a otimização de recursos e desenvolvimento da comunicação interdisciplinar. Esta discussão é de extrema importância para o desenvolvimento do EE, dos seus conhecimentos e competências, contribuindo para a prevenção do *burnout* e, consequentemente, impactante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, 2023). A reflexão em grupo sobre aspetos positivos e desafiantes da prestação de cuidados permite ao EE e à equipa modificar e adequar intervenções para casos futuros servindo, ainda, como veículo de formação.

A resposta dos cuidados de Enfermagem foi otimizada através da articulação com outros profissionais de saúde e/ou serviços, sempre que se considerou necessário (p. ex. enfermeiro de família, médico de família e enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica). A articulação bem-sucedida e a continuidade de cuidados refletem-se num melhor acesso aos cuidados de saúde, elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados, melhoria da satisfação do cliente e, consequentemente, ganhos em saúde (Saraiva, 2017). O EEECAESF é um profissional essencial para a articulação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde e, também, entre unidades funcionais. O ENPRF, ao proporcionar o desenvolvimento de competências, desempenha um papel de extrema importância neste âmbito, permitindo a intervenção junto das famílias ao longo do seu ciclo vital, nos diversos contextos de saúde.

Num mundo em constante mudança, torna-se essencial a adaptação aos novos desafios na área da saúde, desenvolvimento social e evolução tecnológica. Assim, é óbvia a importância da saúde mental como fonte primária de adaptação a todas estas mudanças. O bem-estar deve estar presente nas diversas situações de trabalho, nomeadamente nas equipas de cuidados de saúde. É fundamental que cada profissional contribua para fomentar o relacionamento interpessoal, contribuindo para o ambiente que facilite o desenvolvimento de habilidades sociais, melhorando o bem-estar físico e mental da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Como forma de facilitar a integração da mestranda na USF e promover um ambiente de trabalho colaborativo, foram aproveitados momentos informais, como as pausas dos profissionais, para fortalecer a comunicação e a partilha entre os elementos da equipa. Gestos simples, como uma pausa de café acompanhada de uma conversa descontraída, contribuíram para um clima de proximidade no dia-a-dia. Importa referir que a equipa, com experiência na receção de estudantes em ensinos clínicos e diferentes estágios ao longo dos anos,

mostrou-se sempre disponível e colaborativa, contribuindo de forma positiva para o desenrolar do estágio.

#### **3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram consolidadas as competências: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O estágio oferece uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Através da imersão na comunidade e da prestação de cuidados diretos às famílias, o enfermeiro é desafiado a lidar com diversas situações que exigem de si autoconsciência, comunicação eficaz, defesa de ideias e valores. Assim, durante estas semanas, foram anotadas as experiências mais marcantes, pensamentos e sentimentos, refletindo sobre os pontos fortes e fracos, reações a diferentes situações e como elas contribuíam para a prestação da mestranda. A discussão de experiências com o EO, detentor de vasta experiência, permitiu identificar aspetos a melhorar e desenvolver estratégias para lidar com diferentes desafios.

O autoconhecimento surge como uma qualidade que permite ao enfermeiro enfrentar os exigentes desafios da relação terapêutica. Baseando-se nele, o enfermeiro será capaz de reconhecer as suas vulnerabilidades pessoais e desenvolver novas habilidades. O autoconhecimento é, assim, uma ferramenta essencial para o EECAESF. Ao desenvolver o autoconhecimento, o profissional torna-se mais consciente dos seus valores, crenças, pontos fortes e fracos, necessidades e emoções, permitindo que a prestação de cuidados aos utentes/famílias e a relação com a equipa multidisciplinar se realize de forma mais eficaz e autêntica.

A par do autoconhecimento, a assertividade é uma habilidade fundamental para uma comunicação eficaz e como forma de defesa perante situações desafiadoras; permite a expressão de necessidades, desejos e opiniões de forma clara, direta e respeitosa. Esta competência é um processo contínuo que exige prática e dedicação. Com o tempo e esforço dedicado à comunicação, esta pode realizar-se de forma mais eficaz e natural, construindo relacionamentos mais saudáveis.

Foram desenvolvidas, durante o estágio, algumas estratégias para garantir a assertividade nos cuidados às famílias, nomeadamente: confiança (acreditando nas capacidades e no valor enquanto enfermeira e futura EEECAESF), manter a calma (respirar fundo, tentando manter o controlo das emoções em situações desafiadoras), respeito (tratar o outro com respeito, mesmo em situações em que se discorde dele), persistência (não desistir dos objetivos estabelecidos, mantendo a disponibilidade para negociar e encontrar situações que beneficiem todos), realização de entrevistas aos elementos da família formulando perguntas abertas, ouvindo atentamente ao mesmo tempo que demonstrava empatia. A organização das sessões de formação sobre parentalidade positiva, ao permitir aprimorar as habilidades de comunicação perante um vasto auditório, também contribuíram para o atingimento desta competência comum aos EE.

A Enfermagem especializada, em constante evolução, exige do profissional a capacidade de integrar o conhecimento científico na prática clínica. Alicerçar a *praxis* em evidência científica garante a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e a melhoria dos resultados em saúde. É um processo contínuo que requer dedicação, atualização constante e abertura por parte do profissional para a aprendizagem. Ao incorporar o conhecimento científico na prática clínica, o EE tornar-se-á mais competente, autónomo e capaz de proporcionar cuidados de Enfermagem de excelência. As intervenções de Enfermagem foram suportadas em conhecimento atual e válido, assumindo para tal um papel ativo na aprendizagem e na investigação. A teoria foi aliada à prática, aprofundando conhecimentos com base em referenciais científicos e ancorando-os no processo investigativo. Foram aproveitadas todas as oportunidades que foram surgindo na USF Mais Saúde, assim como nas visitas domiciliárias realizadas.

A realização do procedimento: parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos – consulta de Enfermagem de Saúde Familiar (apêndice V) e do protocolo de uma *scoping review* (apêndice IX) contribuíram, também, para o desenvolvimento desta competência, na medida em que permitiram o acesso a informação sobre a temática em estudo – parentalidade positiva – contribuindo para a intervenção mais informada e baseada em evidência científica. A capacidade de avaliar criticamente a literatura existente sobre o tema permite ao profissional discernir a qualidade dos estudos, identificando quais os resultados mais confiáveis para basear as suas conclusões. A aplicação dos conhecimentos adquiridos com a realização do protocolo e, posteriormente, da *scoping review*, na sua prática clínica, permitiu oferecer cuidados de saúde mais eficazes e seguros aos utentes/famílias. Ao realizar uma

*scoping review*, demonstra-se o compromisso com a investigação, a qualidade do cuidado e o desenvolvimento da Enfermagem como ciência. A *scoping review* ainda não foi concluída por constrangimentos temporais e, acima de tudo, pessoais/familiares; existe, no entanto, a intenção de lhe dar continuidade em colaboração com outras duas mestrandas. Neste âmbito, o trabalho em equipa já realizado permitiu desenvolver habilidades de colaboração, liderança, gestão de conflitos e a comunicação científica, essencial para a apresentação dos resultados da *scoping review* de forma clara e concisa para diferentes públicos.

A realização do estudo empírico (capítulo 2 deste documento) também contribuiu para o desenvolvimento de competências, nomeadamente durante o processo de pesquisa e análise de dados, através do pensamento crítico na interpretação dos resultados e formulação de conclusões válidas.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, surgem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, de áreas de intervenção disciplinarmente definidas e são evidenciadas pela elevada relevância dos cuidados adequados às necessidades de saúde das pessoas.

O estágio ao qual este relatório se reporta oferece uma oportunidade valiosa para desenvolver as competências específicas necessárias para atuar com excelência enquanto EEECAESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355). Através da integração na comunidade e do contato direto com as famílias, o mestrando tem a oportunidade de aprimorar as suas habilidades em diversos aspetos, desde a avaliação holística das famílias até à promoção da saúde e gestão do cuidado. De seguida abordar-se-á cada uma destas competências de forma detalhada.

### **3.2.1. Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

Para o desenvolvimento da competência “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º428/2018, p.19355) foi fundamental considerar diferentes saberes que se complementam entre si: saber-saber, saber-fazer, saber-ser. O saber-saber refere-se ao conhecimento teórico e científico da Enfermagem, o saber-fazer à capacidade de aplicar esse conhecimento no cuidado às famílias, enquanto o saber-ser se relaciona com a postura ética e humanizada do profissional. A par disso, o alcance desta competência requer ainda o saber-estar, essencial para a construção de relações interpessoais positivas, e o saber-transferir que permite adaptar e aplicar os conhecimentos, baseados na evidência científica, não relacionados apenas à área da Enfermagem, mas também a outras áreas e, mais especificamente, de áreas especializadas como a Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1972), da Cibernética (Wiener, 1948), da Teoria dos Sistemas Familiares (Bowen, 1978), da Terapia Familiar (Minuchin, 1974) e de uma compreensão da dinâmica do grupo familiar para promover práticas de cuidados mais eficazes para a saúde das famílias e dos seus membros, assim como do Modelo de Cuidar Baseado nas Forças (Gottlieb, 2012) e da Teoria das Transições (Meleis, 2000).

A Enfermagem de Saúde Familiar sustenta a sua prática no pensamento sistémico, compreendendo a família como um sistema complexo e inter-relacionado. Com esta perspetiva, contribui para o cuidado integral e holístico, promovendo a sua saúde e bem-estar. A Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1972) fornece uma base conceptual para o pensamento sistémico na Enfermagem de Saúde Familiar. Essa teoria propõe que os sistemas são compostos por elementos inter-relacionados que interagem entre si e com o ambiente, criando um todo integrado com propriedades emergentes. No contexto familiar, significa que a família não é apenas um conjunto de indivíduos, mas sim um sistema dinâmico com interações complexas entre os seus membros. As qualidades dos sistemas, como sinergia, homeostase, adaptabilidade e equifinalidade, também são relevantes para a compreensão da família e foram considerados. A sinergia demonstra como a união dos membros da família pode gerar resultados maiores do que a soma dos seus esforços individuais. A homeostase refere-se à capacidade da família se manter em equilíbrio face a mudanças internas ou externas. A adaptabilidade evidencia a flexibilidade da família se ajustar a novas situações e desafios. Por fim, a equifinalidade destaca que diferentes caminhos podem levar a um

mesmo objetivo, reconhecendo a diversidade de soluções dentro do sistema familiar (Arioli, 2022).

As famílias são compostas por subsistemas familiares que se relacionam entre si, como são exemplo o subsistema conjugal, parental e fraternal. Cada subsistema possui funções, normas e dinâmicas próprias, influenciando e sendo influenciado pelos demais. Este aspecto foi considerado durante a prática de cuidados enquanto futura EEECAESF, reconhecendo a importância de avaliar e intervir em todos os subsistemas, considerando as interconexões e o impacto de cada um no bem-estar da família como um todo.

O pensamento sistêmico permite entender a família como um sistema complexo, aberto e adaptável, em constante mudança e evolução, auto-organizando-se (Figueiredo, 2023). A família é influenciada por diversos fatores internos e externos, como a cultura, os valores, a religião, o contexto socioeconômico e os eventos de vida. Essa complexidade foi reconhecida e considerada durante a sua abordagem holística e multidimensional na prestação de cuidados ao longo de todo o estágio. A Enfermagem de Saúde Familiar, fundamentada no pensamento sistêmico, oferece uma abordagem abrangente e eficaz para o cuidado com as famílias. Ao considerar a família como um sistema complexo e dinâmico, a Enfermagem contribui para a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida de todos os seus membros.

Sendo a família o foco dos cuidados, foram implementadas atividades que visavam o sistema familiar como cliente e, simultaneamente, o indivíduo e os subsistemas. Foram avaliadas a dinâmica interna das famílias, assim como as relações familiares, a estrutura familiar e o seu funcionamento e as relações dos vários subsistemas com a unidade familiar e os sistemas mais amplos (Regulamento n.º 367, 2015).

O Modelo de Cuidar Baseado nas Forças, adotado pela Associação Internacional dos Enfermeiros de Família na sua Tomada de Posição de 2015 (OE, 2023), foi também utilizado na prática de cuidados às famílias; surge como uma abordagem inovadora e promissora na Enfermagem, direcionando o cuidado para os pontos fortes, potenciais e recursos das famílias, em vez de focar nas suas fragilidades e problemas (Kraus e Moreira da Silva, 2023). Essa perspectiva fortalece a autonomia e o protagonismo das famílias, promovendo mudanças positivas e sustentáveis. Apresenta-se como uma ferramenta valiosa para o cuidado com as famílias; identifica e potencia os pontos fortes, recursos e necessidades da família, considerando a sua história, cultura e contexto social; e fortalece os vínculos da família com

a sua rede de apoio social, promovendo a integração comunitária e o acesso a recursos externos (Gottlieb & Gottlieb, 2017).

Desta forma, para os cuidados de Enfermagem baseados nas forças da família, o foco foi sempre nas forças e recursos (o genograma e o ecomapa demonstraram ser ótimos instrumentos para identificar os recursos da família, enquanto representam a estrutura familiar e as suas relações com os membros da família e com a comunidade e os serviços disponíveis), com uma abordagem colaborativa, confiando na capacidade da família para solucionar os seus problemas e alcançar os objetivos, ao mesmo tempo que era promovida a sua resiliência de forma a que fossem desenvolvidas estratégias para lidar com adversidades e superar desafios.

A teoria das transições de Meleis (2000) oferece um marco teórico fundamental para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, tendo sido considerada no decorrer de todo o percurso de estágio. Ao focar nas mudanças e passagens que as famílias vivenciam, permite que o EEECAESF compreenda de forma mais profunda as dinâmicas familiares e as necessidades específicas de cada etapa do ciclo vital. Através da identificação dos tipos de transições (desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais), o enfermeiro pode antecipar as dificuldades, oferecer suporte e desenvolver intervenções personalizadas para auxiliar as famílias a lidar com a mudança de um estado de equilíbrio para outro estado de equilíbrio. A teoria das transições proporcionou uma base sólida para a construção de relações terapêuticas significativas com as famílias, fortalecendo o papel do EEECAESF como facilitador em processos de adaptação e mudança.

O Modelo *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), é o referencial teórico que a OE (2023) recomenda como orientador na prática clínica, quer para a recolha de dados, como para o planeamento da intervenção. Este modelo proporciona uma visão sistémica da família relativamente à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Wright & Leahey, 2018), sendo reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros. Visa avaliar e intervir com famílias em diversos contextos, utilizando um processo estruturado e valorizando a participação da família no processo de cuidado (Wright & Leahey, 2018). No entanto, a parametrização do SClínico está conforme o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2009) pelo que este foi o referencial teórico utilizado.

Ambos os modelos visam avaliar e intervir com famílias em diversos contextos, adotando uma visão sistémica e holística da família, utilizando um processo estruturado de avaliação e intervenção e valorizando, simultaneamente, a participação da família no processo de cuidado. Diferem em alguns aspetos: o MCAIF reflete o contexto da saúde primária do Canadá, dá mais ênfase à estrutura e função familiar, utilizando um conjunto específico de instrumentos de avaliação e oferece um conjunto de opções de intervenção baseadas em teorias e pesquisa. O MDAIF, por sua vez, considera as especificidades da cultura e dos serviços de saúde portugueses, destaca a dimensão dinâmica da família e a importância da cultura e valores familiares, sendo flexível na escolha dos instrumentos de avaliação, adaptando-se às necessidades da família e do contexto, valorizando a adaptabilidade das intervenções à realidade de cada família.

Ambos os modelos podem ser utilizados por profissionais de saúde que trabalhem com famílias, nomeadamente durante os estágios, sendo ferramentas valiosas para a avaliação e intervenção familiar. A escolha do modelo mais adequado dependerá do contexto específico, das necessidades da família e da preferência do profissional.

Compreender o funcionamento familiar permitiu formular diagnósticos que correspondem aos problemas da família identificados, originando intervenções específicas, respeitando a disponibilidade e a sua autonomia. Uma das dificuldades sentida foi a documentação de todo o processo no sistema de informação utilizado na USF; alguns registos e intervenções são restritos, não sendo possível documentar genogramas ou ecomapas, o que torna mais difícil a sua implementação uma vez que o processo em papel está descontinuado, não sendo viável (no sentido de continuidade de cuidados) a sua documentação dessa forma. Talvez devido a essas limitações ou à falta de motivação dos profissionais, a documentação da avaliação e intervenção junto das famílias permanece muito escassa.

De facto, neste âmbito, é necessária uma grande evolução na Enfermagem de Saúde Familiar uma vez os registos que são realizados no processo familiar não aparecem em nenhum campo do processo individual, sendo difícil a sua consulta no dia-a-dia. Por outro lado, o facto de não haver indicadores para mensurar a avaliação e intervenção ao nível familiar parece contribuir para os poucos registos e também evolução a nível de *software*. Caberá, por isso, aos EEECAESF o importante papel de mostrar a necessidade de evolução a este nível, contribuindo com o registo nesta área, fazendo notar a sua importância.

Durante o estágio foram prestados cuidados a famílias com diferentes tipologias (casal, monoparental, unipessoal, reconstruída, alargada). Embora, muitas das vezes, o utente fosse sozinho à consulta de Enfermagem, todos os contactos foram, oportunisticamente, utilizados para a colheita de dados, objetivando a intervenção familiar sistémica.

Durante a avaliação familiar foi questionado o historial da família, identificada a estrutura familiar, a dimensão desenvolvimental e funcional, fatores de risco que pudessem influenciar o estado de saúde. A comunicação verbal e não verbal (tom de voz, expressões faciais, linguagem corporal) foi observada nas interações familiares. Foram utilizados instrumentos de avaliação familiar de que são exemplos o genograma, ecomapa, ciclo vital familiar e o APGAR familiar de *Smilkstein*. As crenças da família foram sempre respeitadas, compreendendo a sua influência na sua saúde, assim como na tomada de decisões.

Por uma questão estratégica e porque nem sempre era possível estar muito mais do que os 15 minutos estabelecidos para a consulta de Enfermagem (por necessidade de se utilizar o gabinete para a realização de outra consulta, porque o utente não podia ficar mais tempo, porque havia uma consulta médica conexas à consulta de Enfermagem e o médico chamava o utente, etc.), recorreu-se à entrevista breve para conseguir realizar a avaliação familiar, uma vez que “uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa” (Wright e Leahey, 2018, p.271).

### **3.2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

Para o desenvolvimento da competência “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355) foi de suma importância a capacidade de gestão da prestação de cuidados à família. A colaboração com a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) foi facilitada, sendo realizado o encaminhamento das famílias para outros profissionais e instituições, sempre que se considerou necessário. A continuidade de cuidados com outras unidades funcionais do ACES e outras instituições foi assegurada, garantindo sempre o consentimento das famílias.

A articulação com os restantes profissionais da USF revelou-se uma ferramenta essencial; a troca de conhecimentos, experiências e perspetivas, nem sempre concordantes, contribui para a ampla visão do assunto em questão, o enriquecimento das intervenções, o fortalecimento da colaboração, o aprimoramento da comunicação, o desenvolvimento de

habilidades interpessoais e a atualização profissional do EE. Sendo a equipa composta por profissionais de diversas áreas, cada um com a sua competência e olhar singular sobre a saúde da família, essa diversidade de conhecimentos permite uma análise mais abrangente da situação, identificando fatores que poderão influenciar a saúde da família e de cada um dos seus elementos, os quais podem passar despercebidos por um único profissional. Através da discussão multidisciplinar, o EE tem a oportunidade de aprofundar a sua compreensão dos diferentes aspetos que condicionam a saúde da família, como os determinantes sociais de saúde, as relações interpessoais, a cultura e as questões biopsicossociais. Essa visão holística é fundamental para o correto planeamento de intervenções que se pretendem completas e eficazes.

O debate interprofissional promove, ainda, o trabalho colaborativo onde cada elemento contribui com os seus conhecimentos para o alcance de um objetivo comum: a promoção da saúde das famílias. Essa colaboração fortalece os vínculos entre os profissionais da equipa, facilitando a comunicação, contribuindo para um processo de cuidados mais fluído e eficiente.

A realização da sessão de formação à equipa de enfermagem sobre parentalidade positiva, já referida anteriormente, também contribuiu para o desenvolvimento da competência específica em análise, permitindo aprofundar conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para prestar cuidados de excelência nessa área. Proporcionou, ainda, a oportunidade para atualização com as pesquisas mais recentes, diretrizes e práticas recomendadas em Enfermagem de Saúde Familiar, garantindo que os enfermeiros estão aptos a prestar cuidados de qualidade às famílias. Por outro lado, a formação (e a preparação que lhe está implícita) permite a interação com outros profissionais e o acesso a recursos e ferramentas que enriquecem a prática profissional e podem contribuir para facilitar o trabalho em equipa.

Com o desenvolvimento da competência em análise, o EEECAESF estará, certamente, melhor preparado para a prestação cuidados, assumindo um papel crucial na condução e articulação de ações em prol da saúde e bem-estar às famílias. Sendo o desenvolvimento de competências um processo contínuo que exige dedicação e esforço, ao procurar oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional, o enfermeiro estará a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à família ao longo do ciclo vital.

## **CONCLUSÃO**

O presente relatório espelha o percurso formativo realizado no âmbito do ENPRF, inserido no Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrando a análise crítico-reflexiva da prática clínica desenvolvida e a investigação centrada na perceção dos pais sobre o exercício da parentalidade positiva. Todo este processo permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências comuns do EE e específicas do EECAESF.

A investigação realizada, para além de permitir aplicar conhecimentos metodológicos e estatísticos, possibilitou a reflexão aprofundada sobre fatores que influenciam a parentalidade positiva, destacando o papel da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção de práticas que favoreçam o desenvolvimento saudável das crianças e o bem-estar familiar. Os dados analisados reforçaram a importância do sexo e do apoio social nas perceções parentais, revelando a necessidade de intervenções diferenciadas e ajustadas à realidade vivida pelas famílias.

No plano da prática clínica, o estágio representou uma oportunidade ímpar de aprendizagem em contexto real. A família foi compreendida como um sistema dinâmico e interdependente, em constante interação com o meio, onde qualquer alteração num dos seus elementos influencia o todo. Esta visão permitiu uma abordagem centrada nas relações, nos papéis e nas transições vividas, reforçando a importância de uma intervenção ajustada e sensível às especificidades de cada unidade familiar.

O MDAIF constituiu-se como uma ferramenta fundamental na avaliação e intervenção, possibilitando uma leitura holística da realidade familiar, ao integrar dimensões como o desenvolvimento, a estrutura e o funcionamento familiar. Este modelo orientou a identificação de vulnerabilidades, recursos e forças das famílias, permitindo o planeamento partilhado de cuidados com base em evidência e adaptado às suas reais necessidades.

A experiência de estágio contribuiu para reforçar a consciência do papel singular do EECAESF na resposta qualificada às necessidades das famílias, sobretudo nos processos de transição e nas fases do ciclo vital mais exigentes. Potenciou ainda o trabalho colaborativo com a equipa multidisciplinar e a implementação de cuidados promotores da autonomia, capacitação e equilíbrio familiar.

Este percurso, embora enriquecedor, não foi isento de desafios. A sua concretização decorreu num contexto pessoal exigente, conciliando as exigências académicas, profissionais e

familiares. Foi necessário um esforço contínuo de organização, resiliência e compromisso, tanto com a formação como com a família, que representou simultaneamente um desafio e uma fonte de motivação e superação. A experiência revelou-se transformadora, não apenas pelo crescimento profissional, mas também pela validação de capacidades pessoais.

Em jeito de síntese, este relatório reflete um percurso marcado pela aprendizagem, pela superação e pelo fortalecimento de um olhar clínico, crítico e humano. Conclui-se esta etapa com a certeza de que o investimento feito contribuirá para uma prática mais qualificada, sensível e comprometida com a melhoria contínua dos cuidados prestados às famílias. Este não é um ponto de chegada, mas um novo ponto de partida para uma prática profissional mais consciente, informada e transformadora.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., de Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & dos Santos, M. R. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Universidade do Minho e Universidade do Porto.
- Abreu, L. M. R. (2009). *Transição para a parentalidade: Estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos*. [Tese de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do Instituto Superior de Psicologia. <http://hdl.handle.net/10400.12/4110>
- Accica, T. F. (2024). Explorando o outro lado: percepção paterna de práticas parentais positivas e negativas. Repositório da Universidade Federal de São Carlos.
- Adalbjarnardottir, S., & Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401–423. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00018>
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto Editora.
- Almeida, U. M. L. (2019). *Parentalidade Positiva e Desenvolvimento de Aptidões para um Melhor Desempenho Escolar*. [Tese de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório da Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/server/api/core/bitstreams/903e271a-b3b5-468e-bddb-e13cc1d3376b/content>
- Altafim, E. R. P., Souza, M., Teixeira, L., Brum, D., & Velho, C. (2023). *O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- Álvarez, M., Byrne, S., & Rodrigo, M. J. (2021). Social support dimensions predict parental outcomes in a spanish reality intervention program for positive parenting. *Children and Youth Services Review*, 121, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105823>
- Alves, H. (2016). Competências motivacionais, emocionais e comunicacionais em estudantes estagiários da área da saúde [Dissertação de doutoramento, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/900>
- Amaral, R., Monteiro, L., Santos, C., & Torres, N. (2020). Crenças sobre o papel do pai numa amostra de homens Portugueses: Implicações para uma parentalidade positiva. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 34(2), 159-170. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1517>

- Andrade, L. (2023). Famílias com Filhos Pequenos. In M. H. Figueiredo (Coord), *Enfermagem de Saúde Familiar*. (pp. 162-167). Lidel.
- Arioli, E. E. (2022). *Da teoria geral dos sistemas às teorias da complexidade*. Série Paradidática.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, (52-I), 211- 229. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_52-1\\_10](https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10)
- Barroso, S. C. T. (2022). *Parentalidade e Direitos da Criança: Um Estudo Centrado nas Crianças e Famílias do Distrito do Porto*. [Tese de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/145325>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. *The Academy of Management Journal*, 15(4), 407-426
- Bettencourt, S. M. J. C. (2017). *Parentalidade positiva: Estudo sobre a perceção da importância da participação em programas de educação parental* [Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório da Universidade da Madeira.
- Biswas, S., & Shama, P. (2019). To Study the Gender-Wise Difference in Parenting Styles of Mother and Father. *Scholarly Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(5), 236-248. <https://doi.org/10.32474/SJPBS.2019.02.000148>
- Bornstein, M. H. (2014). *Handbook of parenting: Volume 1: Biology and ecology of parenting*. Guilford Press.
- Bornstein, M. H., & Lansford, J. E. (2020). Parenting. In *Cross-cultural family research and practice* (pp. 565–602). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815493-9.00018-1>
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- Brandão, A. S. P. A. N. (2022). *A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44280>
- Brás, M. S. L. (2014). A parentalidade positiva rumo a capacitação parental. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1207>

- Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (12.<sup>a</sup> ed.). Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), 37-43.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflit: the Role of Cultural Competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Campos, D., & Cruz, O. (2011). Questionário de estilos parentais (QEP) revisitado. *Actas do VIII congresso iberoamericano de avaliação/evaluación psicológica e XV conferência internacional avaliação psicológica: formas e contextos*, 1641-1654.
- Carneiro, J. (2023). *Estilos Parentais – Adaptação ao contexto português do IEP* [dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/45897>
- Carvalho, A. P., Silva, C. L., & Veríssimo, M. L. (2021). Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(3):540-5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305>
- Casa Nova, S. P. de C., Nogueira, D. R., Leal, E. A., & Miranda, G. J. (2020). TCC trabalho de conclusão de curso: uma abordagem leve, divertida e prática. São Paulo: Saraiva.
- Cerqueira, A. P. M. (2017). *O impacto do suporte social nos estilos parentais*. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório da Universidade Lusíada. [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/3603/5/mpc\\_ana\\_cerqueira\\_dissertacao.pdf;Cerqueira](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/3603/5/mpc_ana_cerqueira_dissertacao.pdf;Cerqueira)
- Chora, M., Monteiro, L., Ramos, M., & Amaral, R. (2019). Um olhar sobre o papel do pai na compreensão emocional das crianças: Os estilos parentais e práticas de socialização das emoções negativas. *PSICOLOGIA*, 33(1), 19–32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i1.1372>
- Coltro, B. P., Paraventi, L., & Vieira, M. L. (2020). Relações entre parentalidade e apoio Social: revisão integrativa de literatura. *Contextos Clínicos*, 13(1), 244-269. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.12>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. UNICEF.

- Conrade, G., & Ho, R. (2001): Differential parenting styles for fathers and mothers: Differential treatment for sons and daughters. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 29-35. <https://doi.org/10.1080/00049530108255119>
- Council of Europe. (1997). *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention)*. <https://rm.coe.int/168007cf98>
- Council of Europe. (2006). *Council of Europe Recommendation Rec(2006)19 on policy to support positive parenting*.
- Council of Europe. (2009). *Positive Parenting: Report on the follow-up to the 28<sup>th</sup> Conference of European Ministers responsible for Family Affairs (Lisbon, 2006)*. Council of Europe.
- Crnic, K., Neece, C., & McIntyre, L. (2020). *Parenting stress and child behavior problems: A transactional framework*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (3rd ed., Vol. 4, pp. 252–278). Routledge.
- Cruz, O. (28-03-2014). *Que parentalidade?*. [comunicação]. Ação de formação: Temas de Direito da Família e das Crianças, Lisboa. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/118460/2/308787.pdf>
- Damian, A. J., Bruner, C., Samudio, M., Schweer-Collins, M., McCrae, J., Hails, K. A., Kuklinski, M., Wissow, L. S., Earls, M. F., Smith, J. D., Berkel, C., Shearman, N., Javier, J., Hemady, K. T., Dumitriu, D., Barker, T., Bethell, C., Bruner, C., & Polfuss, M. (2024). *The state of healthy parenting in primary care: Interventions in advancing health equity*. National Academy of Medicine. <https://nam.edu/perspectives/the-state-of-healthy-parenting-in-primary-care-interventions-in-advancing-health-equity>
- Darling, N., & Steinberg, L. (2017). Parenting style as context: An integrative model. In *Interpersonal development*, 3(113), 161-170. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Davies, L. M., Janta, B., & Gardner, F. (2019). *Positive Parenting Interventions: Empowering Parents with Positive Parenting Techniques for Lifelong Health and Well-Being*. European Union. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2767/784009>

- Davis-Kean, P. E., Tighe, L. A., & Waters, N. E. (2021). The role of parent educational attainment in parenting and children's development. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2), 186-192. <https://doi.org/10.1177/0963721421993116>
- Decreto-Lei n.º103/2023 - Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série, n.º 215 de 2023-11-07. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0002100048.pdf>
- Decreto-Lei n.º52/2022 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, n.º 150 de 2022-08-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º65/2018 – Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, n.º157 de 2018-08-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Demirbağ, T., & Dost, M. T. (2025). Behaviors Regarding the Positive Discipline: A Case Study for Parents. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(1), 180-204. <https://doi.org/10.17240/aibuefd.2025.-1423030>
- Detoni, B., Arteche, A. X., & Pizzinato, A. (2021). Escola de Pais do Brasil: Análise de Perfil e Impacto no Apoio Social, Práticas Parentais, Capacidades e Dificuldades dos Filhos e Estresse Parental. *Interação em Psicologia*, 1(25), 35-44.
- Dietz, T. L. (2000). Disciplining children: characteristics associated with the use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 24(12), 1529-1542. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00213-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00213-1)
- Drageset, J. (2021). Social support. *Health promotion in health care–Vital theories and research*, 137-144.
- Eduards, C. P., & Liu, W.-L. (2002). Parenting Toddlers. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Children and parenting* (2.<sup>a</sup>ed). (pp. 45–71). Lawrence Erlbaum Associates Publisher
- Efthymiou, V., Chrousos, G. P., Kounenou, K., Kalamatianos, A., Pezirkianidis, C., Korelopoulos, M., ... & Kourmoussi, N. (2025). Validity and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in Greek Secondary School Students. *Children*, 12(6), 706.
- Ferreira, C. S. (2021). *Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44311>
- Ferreira, M. M., & Figueiredo, M. H. (2023). O plano nacional de saúde e programas de saúde. In M. H. Figueiredo (Coord), *Enfermagem de Saúde Familiar*. (pp. 10-14). Lidel.
- Ferreira, M., Alvarinhas, A., Amaro, P. A., Martins, R. P., Francisco, S., & Mendes, S. M. (s.d.). *Parentalidade positiva: A intervenção dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários (CSP)*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.  
<https://essnortecvp.pt/pt/investigacao/linhas-de-investigacao/13-saude-da-familia-e-comunidade/parentalidade-positiva-a-intervencao-dos-enfermeiros-dos-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Ferreira, R. M. S. P. (2023). *Necessidades das Pessoas Significativas em Situação de Últimos Dias ou Horas de Vida*. [Relatório de Estágio de Natureza Profissional, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49666/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio\\_Raquel%20Ferreira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49666/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio_Raquel%20Ferreira.pdf)
- Fierloos, I. N., Windhorst, D. A., Fang, Y., Hosman, C. M. H., Jonkman, H., Crone, M. R., Jansen, W., & Raat, H. (2023). *The association between perceived social support and parenting self-efficacy among parents of children aged 0–8 years: A longitudinal cohort study*. BMC Public Health, 23, 1888. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16710-8>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.  
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M. H. Figueiredo (Coord), *Enfermagem de Saúde Familiar*. (pp. 68-76). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Lusodidacta.

- Friedman, M. M. (1998). *Family nursing: research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2016). Escala de Avaliação das Práticas Parentais: Controlo e Aceitação. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7 (1-2), 509-522. <https://doi.org/10.34628/nv vx-0f42>
- Gottlieb, L. N. (2012). *Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family*. Springer Publishing Company.
- Gottlieb, L.N., & Gottlieb, B. (2017). Stengths-based nursing: Transforming the way we care for families. *Journal of Family Nursing*, 23(1), 57-79. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>
- Graça, L. C. C., Marques, M. A. Á., Viana, M. C. C., Calvinho, M. de L. S. E., Cerqueira, M. M. A., & Sousa, S. C. S. (2021). *NORMAS PARA A ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde. [https://www.ipvc.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas\\_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf](https://www.ipvc.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf)
- Halpenny, A. M., Nixon, E., & Watson, D. (2010). *Summary report on parenting styles and discipline: Parents' and children's perspectives*. The Stationery Office.
- Hambala, K., Lopez, E. C., Cobrado, D., Naparan, G., Dela Pena, G., & Tantog, A. J. (2023). Exploring the parents' disciplinary strategies to promote children's learning interest. *Edukasiana: Jurnal Inovasi Pendidikan*, 2(4), 237–250. <https://doi.org/10.56916/ejip.v2i4.437>
- Hatun, O., Kütük-Yılmaz, P., & Özgen, G. (2025). Nurturing Bonds: Social Support as a Mediator in the Association Between Parenting Stress and the Mother–Child Relationship Among Turkish Mothers. *Journal of Family Psychology*, 39(1), 1–<https://doi.org/10.1177/10664807241308900>
- Hidalgo, V. (2000). Transición a la maternidad y la paternidad. In M. J. Rodrigo & J. Palácios (Coords.). *Familia y desarrollo humano*. (pp. 161–180). Madrid: Alianza Editorial.
- Houzel, D., & Solis-Ponton, L. (2004). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. Casa do Psicólogo.
- International Council of Nurses [ICN] (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)

- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 18(5), e1003602.
- Jerónimo, P. (2019). *Intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva*. [Tese de mestrado, Universidade Católica]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/45691/1/202894045.pdf>
- Kraus, T., & Moreira da Silva, M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. H. Figueiredo (Coord), *Enfermagem de Saúde Familiar*. (pp. 392-397). Lidel.
- Kyriazos, T. A., & Stalikas, A. (2018). Positive parenting or positive psychology parenting? Towards a conceptual framework of positive psychology parenting. *Psychology*, 9(07), 1761-1788.
- Lei n.º 156/2015 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série, n.º 181 de 2015-09-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Leitão, F. S. M. (2022). *Promover a Parentalidade Positiva: Intervenção do Enfermeiro Especialista* [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/46196>
- Lima, I. M. P. A. (2018). Promover a Parentalidade Positiva – O Triple P em Portugal. VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho, 17-35.
- Lopes, M. S. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10563>.
- Lopes, M. S. C., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 1-9.
- Lopes, M. S. O. C., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Referência*. 1. 109-118. <https://doi.org/10.12707/R11047>.
- Lopes, R. D. C. S., Vivian, A. G., Oliveira, D. S. D., Silva, C. D., Piccinini, C. A., & Tudge, J. (2009). "Quando eles crescem, eles voam": percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento infantil aos 18-20 meses. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 221-232.

- Lopes, R. D. C. S., Vivian, A. G., Oliveira, D. S. D., Silva, C. D., Piccinini, C. A., & Tudge, J. (2009). "Quando eles crescem, eles voam": percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento infantil aos 18-20 meses. *Psicologia em Estudo*, 14, 221-232.
- Macana, E. C., & Comim, F. (2015). O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In G. A. Pluciennik, M. C. Lazzari, & M. F. Chicaro (Orgs.) *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil* (pp. 34-47). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. [https://issuu.com/fmcsv/docs/fundamentos\\_fam\\_lia](https://issuu.com/fmcsv/docs/fundamentos_fam_lia)
- Markoulaki, M., Dimitrakaki, C., Naska, A., Papanikolaou, K., & Giannakopoulos, G. (2025). Parental emotion socialization and child adjustment in Greek families: Supportive vs. non-supportive parenting. *Children*, 12(7), 807. <https://doi.org/10.3390/children12070807>
- Martins, C. A., & Barbieri, M. D. C. (2013). *Parentalidade: um processo construído na interação*. [comunicação oral]. [https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/29939/1/Parentalidade\\_um%20processo%20constru%3%addo%20na%20intera%3%a7%3%a3o.pdf](https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/29939/1/Parentalidade_um%20processo%20constru%3%addo%20na%20intera%3%a7%3%a3o.pdf)
- Martins, S. P. (2019). *Percepções de Pais e Profissionais de saúde dos Apoios à Parentalidade Positiva. Um Estudo das dimensões e Determinantes das Necessidades de Apoio*. [Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/66109>
- Martins, S., Augusto, C., Silva, M., Duarte, A., Martins, M. D. F. D. S. V., & Rosário, R. (2022). Parentalidade positiva e a sua relação com o desenvolvimento socioemocional em crianças. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 9, 118-131.
- Matias, M., Silva, A., & Fontaine, A. M. (2011). Conciliação de papéis e parentalidade: efeitos de género e estatuto parental. *Exedra: revista científica*, 5, 57-76.
- Matias, S. R. A. C. (2022). *Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação dos Pais (de primeira viagem) na Transição para a Parentalidade*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8152>
- McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2011). From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support. *Child: Care*,

- Health and Development*, 37(5), 679–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01185.x>
- McKinney, C., & Renk, K. (2008). Differential Parenting Between Mothers and Fathers: Implications for Late Adolescents. *Journal of Family Issues*, 29(6), 806-827. <https://doi.org/10.1177/0192513X07311222>
- Meek, J. Y. (2024). The American Academy of Pediatrics New Mother's Guide to Breastfeeding (Revised Edition): Completely Revised and Updated Fourth Edition. (4.<sup>a</sup> ed.). Bantam.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lidel, Edições Técnicas.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Montezeli, J. H., Almeida, K. P. D., & Haddad, M. D. C. F. L. (2018). Percepções de enfermeiros acerca das habilidades sociais na gerência do cuidado sob a perspectiva da complexidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Morais, C., Ferreira, S., Vieira, M., & Viana, C. (2023). *Orientações Gerais para a Elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo; Instituto Politécnico de Bragança; Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Moura, C. S. D., Grossi-Milani, R., Mendonça, F. D. F., & Loch, M. R. (2022). Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais. *Saúde em Debate*, 46(Especial 5), 45-56.
- Muniz, M. P. G., Campos, M. A. O., Paquiela, E. O. de A., Figueiredo, E. B. de L., & Silva, C. F. da. (2025). *Primeira infância e promoção da parentalidade positiva e saúde mental*. *Revista DELOS*, 18(63), 1–12. <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n63-026>
- Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for

- nurses in the workplace: a single-group feasibility study. *BMC nursing*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0224-4>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Okorn, A., Verhoeven, M., & Van Baar, A. (2022). The importance of mothers’ and fathers’ positive parenting for toddlers’ and preschoolers’ social-emotional adjustment. *Parenting*, 22(2), 128-151. <https://doi.org/10.1080/15295192.2021.1908090>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Programa formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nas áreas de Saúde Comunitária, Saúde Pública e Saúde Familiar*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10880/programa\\_formativo\\_ec\\_spub\\_sfa\\_miliar\\_rev34-vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10880/programa_formativo_ec_spub_sfa_miliar_rev34-vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *É hora de Cuidar dos que cuidam*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/%C3%A9-hora-de-cuidar-dos-que-cuidam/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Osofsky, J. D., & Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 54–75). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.005>
- Patrício, S. A. F. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva* [tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/9582>
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência*, II(12), 123-133.

- Pereira, S. P., Vestena, C. B., & Costa-Lobo, C. (2017). Parentalidade Positiva e Bem-Estar Subjetivo: Intervenção com Pais de Estudantes Sobredotados. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Extr(5), 355-359.
- Perista, H. . (2002). Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social*, 37(163), 447–474.  
<https://doi.org/10.31447/AS00032573.2002163.04>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A. I., & Figueiredo, M. H. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19.  
<https://doi:10.37914/riis.v5i2.182>
- Pinquart, M. (2023). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 59(5), 1037–1055. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Pocinho, M. T. S., & Matos, F. N. (2022). *Metodologias de Pesquisa e de Investigação: qualitativa, quantitativa, quantiqualitativa, qualiquantitativa e revisões sistemáticas*.
- Portugal. Direção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção Geral da Saúde.
- Rebelo, L. (2018). *A Família em Medicina Geral e Familiar. Conceitos e Práticas*. Almedina.
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26 de 2019-02-06.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II Série, n.º 135 de 2018-07-16.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

- Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II Série, n.º 184 de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º367, 2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II Série, n.º 124 de 2015-06-29.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3.a ed.). Edições Afrontamento.
- Reticena, K. O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). Promoção da parentalidade positiva: percepção de enfermeiros da atenção básica. *Texto Contexto Enferm*, 31(e20220203), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203pt>
- Reticena, K. O., Yabuchi, V. N. T., Gomes, M. F. P., Siqueira, L. E., Abreu, F. C. P., & Fracolli, L. A. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27:e3213, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Ribeiro, J. F. (2024). *Efeitos de uma Intervenção Parental em Pais e Crianças de Famílias Vulneráveis: O Papel da Sensibilidade à Vantagem* [Tese Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/159285/2/677495.pdf>
- Ribeiro, T. S. S. C. R., Farias, M. F., Medeiros, J. L., & Farias, M.F. (2013). O papel da família no desenvolvimento integral da criança no ambiente escolar. *Revista Querubim – revista eletrônica de trabalhos científicos nas áreas de Letras, Ciências Humanas e Ciências Sociais*, 9(19), 115-140.
- Roque, V. S. M. (2013). Variáveis sociodemográficas e familiares e sentido de competência parental. [Dissertação de Mestrado, Univerdade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Biblioteca Aberta do Ensino Superior. <https://baes.uc.pt/bitstream/10316/25037/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Sofia%20Martins%20Roque.pdf>
- Salvaterra, F., Amaral, R., & Chora, M. “Será que uma palmada resolve?”. *O que pensa a sociedade sobre os castigos corporais*. Instituto de Apoio à Criança. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Ser%C3%A1+que+uma+palmada+resolve/53dad850-9378-44d5-8596-0654aa9ac6f3>

- Santos, S. R., Gago, N., Perdomo, A. S., & Rodrigo, M. J. (2018). Pais e Internet: Que tipo de utilização?. *Análise Psicológica*, 36(4), 409-425
- Santos, S., & Cruz, O. (2008). Questionário de Estilos Educativos (QEP) Revisitado. *Avaliação psicológica: formas e contextos*.
- Sanz, E. (2022). O que é parentalidade positiva e quais seus benefícios?. *A mente é brilhante*. <https://amenteemaravilhosa.com.br/o-que-e-parentalidade-positiva-e-quais-sao-seus-beneficios/>
- Saraiva, A. N. (2017). *O Enfermeiro Especialista na Articulação e Continuidade dos Cuidados*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20969/1/Relat%c3%b3rio%20-%20Alexandra%20Neto%20Saraiva.pdf>
- Schmidt, B., Staudt, A. C. P., & Wagner, A. (2016). Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 9(1), 2-18. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.01>
- Seabra-Santos, M. J., Azevedo, A. F., Homem, T. C., Sousa, D. S., Baptista, E., Pimentel, M., ... & Gaspar, M. F. (2019). Promoção de parentalidade positiva nos cuidados de saúde primários: Formação de profissionais. *Psychology, Community & Health*, 8(1), 45-59.
- Serra, M. A. C. C. S. (2016). Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2069/1/rel\\_mest\\_mserra.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2069/1/rel_mest_mserra.pdf)
- Serviços Partilhados Ministério da Saúde [SPMS]. (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1160773/Pages/default.aspx>
- Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica*. Princípiã.
- Shelov, S. P., (2015). *Your baby's first year* (4ª ed.). Bantam Books.
- Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

- Shonkoff, J. P., & Richmond, J. B. (2010). O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*, 1-6. <https://www.encyclopedia-crianca.com/importancia-do-desenvolvimento-infantil/segundo-especialistas/o-investimento-em-desenvolvimento-na>
- Soares, H., Pereira, S. M., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2016). “Touchpoints”: Parents and nurses’ perceptions and satisfaction. *Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional*, 6(2), 5-24. <https://doi.org/10.25757/invep.v6i2.95>
- Sousa, D. S. N. (2016). *Formação sobre parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in) formal dos profissionais* [tese de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório digital da produção científica da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/33378>
- Sprinthall, N. A., & Sprinthall, R. C. (1993). *Educational psychology: A developmental approach*. (5ª ed.). McGraw-Hill.
- Trindade, M. M. A. C. (2018). *Vivências na transição para a parentalidade: o contributo do enfermeiro de família. Transition to parenthood: the family nurse's contribution* [Tese de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho [ULSAM]. (2020). *Plano Local de Saúde do Alto Minho: Extensão 2020*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
- USF Mais Saúde. (2022). Manual de Acolhimento USF Mais saúde.
- USF Mais Saúde. (2023) Plano de Ação 2023:USF Mais Saúde
- Valente, A. C. S. (2022). *Parentalidade Positiva em Crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica*. [Tese de mestrado, Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7252>
- Vasco, A., Bastos, J. M., Galvão, C. A., & Reis, B. S. (2022). *Assistência familiar e promoção de parentalidade positiva: benchmarking de práticas nacionais e internacionais*. Secretaria Nacional da Família. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/7373>
- Venancio, S. I. (2020). Porquê investir na primeira infância?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3253. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3253>
- Vicente, V. (2021). *Promover a esperança parental: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica

- Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36833>
- Vieira e Silva, M., & Teixeira, F. C. (2024). A parentalidade no desenvolvimento da criança contemporânea. *Revista Ciência Dinâmica*, 15, e252401, 1-24. <https://doi.org/10.4322/2176-6509.2024.002>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 17, 323-331. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300005>
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years*. World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca.
- Yaffe, Y. (2023). Systematic review of the differences between mothers and fathers in parenting Styles and practices. *Current Psychology*, 42, 16011-16024. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01014-6>

**ANEXOS**

ANEXO I – PARECER DO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
E CES DA ULSAM

|                                                                                   |                                                                                        |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b><br><b>Parecer nº 87/2023 -CES</b> | Pág. 1 de 2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

#### Comissão de Ética para a Saúde (CES)

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data de Entrada no Secretariado da CES:</b><br>Nº 79 de 20/10/2023                                                                                                          | <b>Solicitado pelo Conselho de Administração</b>                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Assunto:</b><br><br>Solicita autorização para a realização do estudo: «Parentalidade positiva em crianças Dos 18 aos 36 meses: contributo da Enfermagem de Saúde Familiar». | <b>Em nome do(s) investigador(es):</b><br><br>Joana Lamas de Oliveira Laranjo, Aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde, do IPVC, sob orientação da Professora Maria Cândida Viana Cracel |

#### 1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal que decorrerá na Unidade de Saúde Familiar *Mais Saúde*, entre dezembro de 2023 e fevereiro de 2024, com recurso à aplicação de um questionário de dados sociodemográficos, e da Escala da Parentalidade Positiva, a pais e mães com crianças entre os 18 e os 36 meses, nascidas entre 01-01-2020 e 30-06-2022, pertencentes à lista de utentes dos enfermeiros Luís Faria e Marta Correia, que serão o elo de ligação entre a investigadora e os participantes, num total de 64 indivíduos, sendo uma amostra definida de forma não probabilística por conveniência.

São objectivos gerais: analisar a percepção dos pais de crianças dos 18 aos 36 meses no exercício da parentalidade positiva; analisar os factores que influenciam a percepção dos pais no exercício da parentalidade positiva em crianças dos 18 aos 36 meses de idade. São objectivos específicos: identificar a percepção dos pais de crianças dos 18 aos 36 meses de idade, no exercício da parentalidade positiva, relativamente à confiança, às dificuldades e às necessidades de conhecimentos; identificar a influência das variáveis sexo, escolaridade e apoio social (no cuidado à criança) na percepção dos pais de crianças dos 18 aos 36 meses de idade, no exercício da parentalidade positiva, relativamente à confiança, às dificuldades e às necessidades de conhecimentos.

O estudo obedece aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos com filhos com idades entre os 18 e os 36 meses de idade, inscritos na Unidade de Saúde Familiar *Mais Saúde*, utentes dos enfermeiros Luís Faria e Marta Correia, que aceitem participar no estudo,

|                                                                                   |                                                                                        |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b><br><b>Parecer nº 87/2023 -CES</b> | Pág. 2 de 2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

assinando o consentimento informado livre e esclarecido. É critério de exclusão o não domínio da língua portuguesa.

É garantida a confidencialidade, o anonimato e a protecção dos dados recolhidos.

## 2. Fundamentação

A promoção de habilidades parentais positivas tem sido recomendada como forma de prevenção de maus-tratos infantis e de desenvolvimento da criança nos seus primeiros anos de vida. Durante este período há um maior potencial de aprendizagem por parte das crianças, tornando-se uma oportunidade para os pais no sentido de contribuir para o seu desenvolvimento, prevenindo comportamentos de risco e fomentando comportamentos adequados que deem resposta às necessidades.

Ao estabelecer com as famílias uma relação de particular proximidade, o enfermeiro de família tem a oportunidade de as acompanhar em todas as fases do ciclo vital, antecipando e facilitando as suas adaptações.

## 3. Conclusão/parecer

O Projecto está conforme com as exigências do Mod. Q756.2 Ago/2020 - CES, pelo que se prevê a emissão de parecer favorável à sua realização

**Nota:** Referências bibliográficas:

Não apresenta bibliografia

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| Relator(es)                     | Fábio Carvalho |
| Ratificado em reunião do dia    | 30/11/2023     |
| Enviado parecer: ____/____/____ |                |

30/11/2023

O Presidente da CES

*Autenticado 30/11/2023  
Fábio Carvalho*

  
**DR. CARLOS RIBEIRO**  
Presidente da CES



## APÊNDICE I – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

## OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

| VARIÁVEL                             | CLASSIFICAÇÃO | ATRIBUTO                  | CODIFICAÇÃO |
|--------------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| Idade do progenitor                  | Quantitativa  | Idade em anos             | nº          |
|                                      | Discreta      |                           |             |
| Sexo do progenitor                   | Qualitativa   | Feminino                  | 1           |
|                                      | Nominal       | Masculino                 | 2           |
|                                      | Dicotómica    |                           |             |
| Estado civil                         | Qualitativa   | Casado/União de facto     | 1           |
|                                      | Nominal       | Divorciado(a)/Separado(a) | 2           |
|                                      |               | Solteiro(a)               | 3           |
| Tipologia familiar                   |               | Alargada                  | 1           |
|                                      | Qualitativa   | Casal                     | 2           |
|                                      | Nominal       | Nuclear                   | 3           |
|                                      |               | Reconstruída              | 4           |
| Situação profissional                | Qualitativa   | Desempregado(a)           | 1           |
|                                      | Nominal       | Empregado(a)              | 2           |
|                                      | Dicotómica    |                           |             |
| Escolaridade (original)              |               | 12º ano                   | 1           |
|                                      |               | 8º ano                    | 2           |
|                                      |               | 9º ano                    | 3           |
|                                      | Qualitativa   | Curso Profissional        | 4           |
|                                      | Ordinal       | Doutoramento              | 5           |
|                                      |               | Licenciatura              | 6           |
|                                      |               | Mestrado                  | 7           |
| Nível de escolaridade (recodificada) | Qualitativa   | 3º ciclo do Ensino básico | 1           |
|                                      | Ordinal       | Ensino secundário         | 2           |
|                                      |               | Ensino superior           | 3           |
| Número de filhos                     | Quantitativa  | Número total de filhos    | nº          |
|                                      | Discreta      |                           |             |
| Idade do(a) filho(a)                 | Quantitativa  | Idade em meses            | nº          |
|                                      | Discreta      |                           |             |
| Sexo do(a) filho(a)                  | Qualitativa   | Feminino                  | 1           |
|                                      | Nominal       | Masculino                 | 2           |
|                                      | Dicotómica    |                           |             |

|                                                                                      |                          |                                                                                                |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Frequência de consultas de enfermagem                                                | Qualitativa              | Não                                                                                            | 1       |
|                                                                                      | Nominal                  | Sim                                                                                            | 2       |
|                                                                                      | Dicotômica               |                                                                                                |         |
| Apoios identificados no cuidado à criança                                            | Qualitativa              | Pai/cônjuge                                                                                    | 1       |
|                                                                                      | Nominal                  | Avós                                                                                           | 2       |
|                                                                                      | Múltipla                 | Creche                                                                                         | 3       |
|                                                                                      |                          | Outros                                                                                         | 4       |
| Nível de apoio social                                                                | Qualitativa              | Baixo (0-1)                                                                                    | 1       |
|                                                                                      | Ordinal                  | Médio (2-3)                                                                                    | 2       |
|                                                                                      |                          | Alto ( $\geq 4$ )                                                                              | 3       |
| Autopercepção do exercício da parentalidade positiva                                 | Quantitativa<br>Discreta | Pontuação total da Escala de Parentalidade Positiva                                            | n°      |
| Autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva                    | Quantitativa<br>Discreta | Escala de autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva                    | n°      |
| Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva                | Quantitativa<br>Discreta | Escala de autopercepção de dificuldades no exercício da parentalidade positiva                 | n°      |
| Autopercepção da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva | Quantitativa<br>Discreta | Escala de autopercepção de necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva | n°      |
| Dimensões da autopercepção do exercício da parentalidade positiva <sup>2</sup>       | Quantitativa<br>Contínua | Necessidades físicas da criança                                                                | N°<br>e |
|                                                                                      |                          | Segurança da criança                                                                           |         |
|                                                                                      |                          | Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança                                        |         |
|                                                                                      |                          | Comunicação positiva                                                                           |         |
|                                                                                      |                          | Disciplina positiva                                                                            |         |
|                                                                                      |                          |                                                                                                |         |

<sup>2</sup> As dimensões da autopercepção do exercício da parentalidade positiva foram analisadas no âmbito de cada uma das três escalas que compõem a Escala de Parentalidade Positiva (confiança, dificuldades e necessidade de conhecimentos), sendo os respectivos valores obtidos por média dos itens correspondentes

APÊNDICE II – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA USF MAIS SAÚDE PARA A  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO



Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

---

**Pedido de autorização do estudo "Parentalidade Positiva em crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar"**

---

**Cátia Lopes** <catia.lopes@ulsam.min-saude.pt>

19 de outubro de 2023 às 22:43

Para: Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

Cc: USF Mais Saúde <usf.maissaude@ulsam.min-saude.pt>

Exma Enfermeira Joana Laranjo.

Serve o presente mail para confirmar a autorização para realizar o referido estudo na USF Mais Saúde.

Cumprimentos

Cátia Lopes

Enviado a partir do [Outlook para iOS](#)

---

**De:** Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

**Enviado:** Thursday, October 19, 2023 10:35:51 PM

**Para:** Cátia Lopes <catia.lopes@ulsam.min-saude.pt>

**Assunto:** Fwd: Pedido de autorização do estudo "Parentalidade Positiva em crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar"

----- Forwarded message -----

**De:** Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

**Date:** quinta, 19/10/2023, 10:46

**Subject:** Pedido de autorização do estudo "Parentalidade Positiva em crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar"

**To:** <catia.lopes@ulsam.min-saude.pt>

Exma. Sr.ª

Coordenadora da USF Mais Saúde

Dr.ª Cátia Lopes

Assunto: Pedido de autorização para realização do estudo ***"Parentalidade Positiva em crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar"***

Eu, Joana Lamas de Oliveira Laranjo, estudante do mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho, por este meio, solicitar a vossa Ex.ª autorização para a realização do estudo "Parentalidade Positiva em crianças dos 18 aos 36 meses: Contributo da Enfermagem de Saúde Familiar".

Este estudo tem como objetivos gerais: analisar a perceção dos pais de crianças com idades entre os 18 e os 36 meses no exercício da parentalidade positiva; identificar variáveis que influenciam a perceção dos pais de

crianças com idades entre os 18 e os 36 meses no exercício da parentalidade positiva.

Face ao exposto, solicito autorização para realização do estudo de investigação (quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal) na Unidade de Saúde Familiar Mais Saúde, com os pais de crianças com idades entre os 18 e os 36 meses de idade inscritas nas listas de utentes do Enfermeiro Luís Faria e da Enfermeira Marta Correia.

Grata pela colaboração e ao dispor para qualquer esclarecimento,

Solicita deferimento

Ponte de Lima, 19 de Outubro de 2023

A investigadora principal,

Joana Lamas de Oliveira Laranjo

APÊNDICE III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO  
DA ESCALA DE PARENTALIDADE POSITIVA

---

**Pedido de autorização para utilização da Escala de Parentalidade Positiva**

---

**Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes** <saudade.lopes@ipleiria.pt>  
Para: Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

19 de outubro de 2023 às 11:55

Bom dia Senhora Enfermeira Joana  
Desejo que se encontre bem e felicito-a pelo seu trabalho.

Tem a minha autorização para usar as escalas.  
Em relação ao sinto-me ou senti-me, entendi que teria que usar os dois para poder obter dados de todo o período de vida da criança. Caso contrário só poderia imputar os dados à idade atual da criança.

Com estima

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Professora Adjunta

Coordenadora do Departamento de Ciências de Enfermagem



Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL

Tel. (+351) 244 845 300 | Ext. 210 292

saudade.lopes@ipleiria.pt | www.ipleiria.pt

---

**De:** Joana Laranjo <joana@laranjo.eu>

**Enviado:** 19 de outubro de 2023 10:44

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes <saudade.lopes@ipleiria.pt>

**Assunto:** Pedido de autorização para utilização da Escala de Parentalidade Positiva

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Exm.ª Sr.ª Prof.ª Doutora Maria Saudade de Oliveira Custódio Lopes,

Eu, Joana Lamas de Oliveira Laranjo, aluna de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a realizar Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final com a temática sobre parentalidade positiva.

Venho, por este meio, solicitar autorização para utilização da Escala de Parentalidade Positiva (incluindo as três escalas independentes sobre perceção de necessidades de conhecimento, confiança e dificuldades dos pais). Aproveito ainda para lhe pedir, caso seja possível, informação acerca do momento a que os pais se devem reportar para responder às escalas (momento atual - "sinto" ou passado - "senti-me?") e instruções para interpretação dos resultados.

O estudo de investigação que pretendo realizar será intitulado de: "Parentalidade Positiva em Crianças dos 18 aos 36 meses: Contributos de Enfermagem de Saúde Familiar".

Assumo o compromisso de, após término do referido estudo, lhe enviar os respetivos resultados.

Agradeço desde já o tempo despendido, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário.

Atentamente,  
Joana Laranjo

APÊNDICE IV – VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS ESTATÍSTICOS  
(NORMALIDADE DE DISTRIBUIÇÃO, ASSIMETRIA, CURTOSE E  
HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS)

**Tabela IV.1. Testes de normalidade de distribuição, assimetria e curtose das variáveis em estudo<sup>3</sup>**

| Autopercepção do exercício da parentalidade positiva |                                 | Variável independente | Shapiro-Wilk (p)        | Z Assimetria | Z Curtose |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| Escala de Parentalidade Positiva                     | Confiança                       | Sexo                  | Masculino               | p=0,233      |           |
|                                                      |                                 |                       | Feminino                | p=0,344      |           |
|                                                      |                                 | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,127      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino secundário       | p=0,304      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino superior         | p=0,983      |           |
|                                                      | Dificuldades                    | Sexo                  | Masculino               | p=0,005      | -1,398    |
|                                                      |                                 |                       | Feminino                | p=0,961      | -0,166    |
|                                                      |                                 | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,109      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino secundário       | p=0,446      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino superior         | p=0,110      |           |
|                                                      | Necessidade de conhecimentos    | Sexo                  | Masculino               | p=0,140      |           |
|                                                      |                                 |                       | Feminino                | p=0,139      |           |
|                                                      |                                 | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,041      | -2,042    |
|                                                      |                                 |                       | Ensino secundário       | p=0,558      | -0,676    |
|                                                      |                                 |                       | Ensino superior         | p=0,157      | -0,664    |
| Autopercepção da confiança                           | Necessidades físicas da criança | Sexo                  | Masculino               | p=0,763      |           |
|                                                      |                                 |                       | Feminino                | p=0,576      |           |
|                                                      |                                 | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,232      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino secundário       | p=0,437      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino superior         | p=0,455      |           |
|                                                      | Segurança da criança            | Sexo                  | Masculino               | p=0,122      |           |
|                                                      |                                 |                       | Feminino                | p=0,424      |           |
|                                                      |                                 | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,568      |           |
|                                                      |                                 |                       | Ensino secundário       | p=0,312      |           |

<sup>3</sup> Valores de Z da assimetria e curtose  $\leq |1,96|$  indicam ausência de assimetria ou curtose severas. Os coeficientes são apresentados apenas nos casos em que os testes de normalidade não confirmaram a normalidade da distribuição.

|                                |                                  |                       |                         |         |        |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------|--------|
|                                |                                  | Ensino superior       | p=0,068                 |         |        |
| Autopercepção das dificuldades | Desenvolvimento, comportamento e | Sexo                  | Masculino               | p=0,206 |        |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,082 |        |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,220 |        |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,186 |        |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,410 |        |
|                                | Comunicação positiva             | Sexo                  | Masculino               | p=0,009 | -0,035 |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,015 | -0,266 |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,557 | 0,233  |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,041 | -1,279 |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,085 | -0,571 |
|                                | Disciplina positiva              | Sexo                  | Masculino               | p=0,008 | 0,210  |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,149 | 0,069  |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,185 | -1,772 |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,150 | -0,929 |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,061 |        |
| Autopercepção das dificuldades | Necessidades físicas da criança  | Sexo                  | Masculino               | p=0,279 | -0,436 |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,452 | -0,125 |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,412 | 0,171  |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,428 | 1,449  |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,028 | -1,003 |
|                                | Segurança da criança             | Sexo                  | Masculino               | p=0,078 | -2,045 |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,016 | 0,308  |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,028 | -0,724 |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,446 | 0,312  |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,191 | -1,558 |
|                                | Desenvolvimento, comportamento e | Sexo                  | Masculino               | p=0,098 | -0,880 |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,244 | -0,906 |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,025 | -0,736 |
|                                |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,032 | -2,399 |
|                                |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,260 | 2,43   |
|                                | Comunicação positiva             | Sexo                  | Masculino               | p=0,033 | -1,283 |
|                                |                                  |                       | Feminino                | p=0,043 | 0,026  |
|                                |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,959 | -1,109 |
|                                |                                  |                       |                         |         | -1,083 |
|                                |                                  |                       |                         |         | -1,050 |

|                                               |                                  |                       |                         |          |         |        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------|---------|--------|
| Autopercepção da necessidade de conhecimentos | Disciplina positiva              | Sexo                  | Ensino secundário       | p=0,352  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,052  |         |        |
|                                               |                                  | Nível de escolaridade | Masculino               | p=0,006  | -1,533  | -0,760 |
|                                               |                                  |                       | Feminino                | p=0,715  | -0,403  | -0,433 |
|                                               |                                  |                       | 3.º ciclo ensino básico | p=0,300  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,581  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,271  |         |        |
|                                               | Necessidades físicas da criança  | Sexo                  | Masculino               | p=0,520  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Feminino                | p=0,431  |         |        |
|                                               |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,385  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,567  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,749  |         |        |
|                                               |                                  | Sexo                  | Masculino               | p=0,208  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Feminino                | p=0,150  |         |        |
|                                               |                                  |                       | 3.º ciclo ensino básico | p=0,019  | -2,4458 | 2,62   |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,265  | -0,586  | -1,084 |
|                                               |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,127  | -0,804  | -0,655 |
|                                               | Desenvolvimento, comportamento e | Sexo                  | Masculino               | p=0,317  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Feminino                | p=0,266  |         |        |
|                                               |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,017  | -2,472  | 2,98   |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,633  | -0,290  | -0,781 |
|                                               | Comunicação positiva             | Sexo                  | Masculino               | p=0,015  | -0,458  | -1,284 |
|                                               |                                  |                       | Feminino                | p=0,485  | -0,166  | -1,077 |
|                                               |                                  | Nível de escolaridade | 3.º ciclo ensino básico | p=0,198  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,798  |         |        |
|                                               | Disciplina positiva              | Sexo                  | Ensino superior         | p= 0,176 |         |        |
|                                               |                                  |                       | Masculino               | p=0,159  |         |        |
|                                               |                                  | Nível de escolaridade | Feminino                | p=0,108  |         |        |
|                                               |                                  |                       | 3.º ciclo ensino básico | p=0,277  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino secundário       | p=0,137  |         |        |
|                                               |                                  |                       | Ensino superior         | p=0,312  |         |        |

**Tabela IV.2. Testes de homogeneidade de variâncias (*Levene*) das escalas do exercício da parentalidade positiva segundo o nível de escolaridade parental**

| Autopercepção do exercício da parentalidade positiva |                                                         | Estatística de <i>Levene</i> | gl1 | gl2 | p     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|-----|-----|-------|
|                                                      |                                                         | (F)                          |     |     |       |
| Confiança                                            | Confiança                                               | 0,015                        | 2   | 37  | 0,985 |
|                                                      | Dificuldades                                            | 0,207                        | 2   | 37  | 0,814 |
|                                                      | Necessidade de conhecimentos                            | 0,836                        | 2   | 37  | 0,441 |
|                                                      | Necessidades físicas da criança                         | 0,062                        | 2   | 37  | 0,940 |
|                                                      | Segurança da criança                                    | 0,044                        | 2   | 37  | 0,957 |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança | 0,454                        | 2   | 37  | 0,638 |
|                                                      | Comunicação positiva                                    | 0,251                        | 2   | 37  | 0,779 |
|                                                      | Disciplina positiva                                     | 0,167                        | 2   | 37  | 0,847 |
| Dificuldades                                         | Necessidades físicas da criança                         | 0,190                        | 2   | 37  | 0,828 |
|                                                      | Segurança da criança                                    | 0,267                        | 2   | 37  | 0,767 |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança | 0,028                        | 2   | 37  | 0,972 |
|                                                      | Comunicação positiva                                    | 0,730                        | 2   | 37  | 0,489 |
|                                                      | Disciplina positiva                                     | 0,160                        | 2   | 37  | 0,853 |
| Necessidade de conhecimentos                         | Necessidades físicas da criança                         | 0,622                        | 2   | 37  | 0,542 |
|                                                      | Segurança da criança                                    | 1,279                        | 2   | 37  | 0,290 |
|                                                      | Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança | 1,967                        | 2   | 37  | 0,154 |
|                                                      | Comunicação positiva                                    | 1,515                        | 2   | 37  | 0,233 |
|                                                      | Disciplina positiva                                     | 0,520                        | 2   | 37  | 0,599 |

APÊNDICE V – QUADRO RESUMO DE ATIVIDADES POR COMPETÊNCIA

| Competências Comuns | Domínios das competências                       | Competência                                                                                                                                                                | Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | A. Responsabilidade profissional, ética e legal | A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional | <p>Todas as atividades que originaram a creditação do estágio de Enfermagem de Saúde Familiar e as do estágio de Natureza profissional com relatório final, como é exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomada de decisão baseada em conhecimento</li> <li>- Solicitação de autorização à autora para utilização de escala no estudo empírico;</li> <li>- Realização do pedido à Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM para realização do estudo empírico;</li> <li>- Pedido de autorização à USF para realização do estudo empírico;</li> <li>- Pedido de assentimento aos participantes no estudo empírico;</li> <li>- Obtenção do consentimento informado antes de qualquer intervenção junto das famílias;</li> <li>- Realização de uma sessão de formação à equipa de Enfermagem no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (Parentalidade Positiva);</li> <li>- Prática crítica e autorreflexiva diária.</li> </ul> |

|  |                                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                   | A1.2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais                               | <p>Todas as atividades que originaram a creditação do estágio de Enfermagem de Saúde Familiar e as do estágio de Natureza profissional com relatório final como é exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de um plano prévio da consulta de Enfermagem;</li> <li>- Gestão do ambiente;</li> <li>- Comunicação intercultural.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|  | B. Melhoria contínua da qualidade | B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica | <p>Todas as atividades que originaram a creditação do estágio de Enfermagem de Saúde Familiar e as do estágio de natureza profissional com relatório final como é exemplo:</p> <p>Contribuição para o plano de ação da USF “Mais Saúde” (Atividade B do Projeto de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final).</p> <p>Realização do procedimento de consulta de saúde infantil no âmbito da ESF relativo à parentalidade positiva nas crianças dos 0 aos 3 anos de idade</p> <p>Realização de uma sessão de formação à equipa de Enfermagem no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (Parentalidade Positiva)</p> <p>Dinamização de Sessões de formação com formadores externos sobre Parentalidade Positiva</p> |

|  |                        |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                        | B.2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua                          | Atividade B do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final<br><br>Realização do procedimento de consulta de saúde infantil no âmbito da ESF relativo à parentalidade positiva nas crianças dos 0 aos 3 anos de idade                  |
|  |                        | B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro                                                                            | Realização de um plano prévio da consulta de Enfermagem;<br><br>Resguardar a privacidade e sigilo das famílias.<br><br>Cooperação na organização/gestão de material através da metodologia <i>Lean</i>                                         |
|  | C. Gestão dos cuidados | C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde              | Referenciar a outros profissionais quando necessário (médico, assistente social, nutricionista, enfermeiro, especialista...);<br><br>Discussão com equipa multidisciplinar;<br><br>Articulação com outros profissionais de saúde e/ou serviços |
|  |                        | C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados | Otimização de recursos<br><br>Comunicação interdisciplinar<br><br>“ <i>Team building</i> ”                                                                                                                                                     |

|  |                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais | D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade                   | <p>Diário de bordo;</p> <p>Discussão com o enfermeiro orientador</p> <p>Prática crítica e autorreflexiva diária.</p>                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |                                                    | D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica | <p>Identificação e mobilização de literatura de suporte;</p> <p>Realização do procedimento de consulta de saúde infantil no âmbito da ESF relativo à parentalidade positiva nas crianças dos 0 aos 3 anos de idade</p> <p>Protocolo de <i>Scoping Review</i></p> <p>Atividade B do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final</p> <p>Estudo empírico.</p> |

|                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Competências Específicas | Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção | 1.1. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas | <p>Todas as atividades que originaram a creditação do estágio de Enfermagem de Saúde Familiar e as do estágio de Natureza profissional com relatório final, como é exemplo:</p> <p>Atividade A do Estágio de Natureza Profissional.</p> <p>Consulta de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização dos diferentes tipos de saberes;</li> <li>- Mobilização de conhecimentos sobre Teoria Geral dos Sistemas, Cibernética, Teoria dos Sistemas Familiares, da Terapia Familiar, Modelo de Cuidar Baseado nas Forças e da Teoria das Transições.</li> <li>- Estimulação da família na consecução dos seus objetivos de acordo com a teoria de alcance de metas de <i>Imogene King</i>, seguindo o ponto de vista da mesma.</li> <li>- Delineamento de intervenções, juntamente com a famílias, para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família;</li> </ul> |
|                          |                                                                                                                                            | 1.2. Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família                                                            | Realização de avaliação da família de acordo com modelos de avaliação familiar;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|  |  |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |                                                                                                              | <p>Concretização do processo familiar nos sistemas de informação, nomeadamente no programa <i>Sclinico</i>, registando a avaliação familiar realizada.</p> <p>Definição, em conjunto com a família, de estratégias de <i>coping</i> possíveis, apoiando os membros na interação com o meio ambiente maximizando os recursos existentes na sociedade.</p> |
|  |  | 1.3. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas             | Prestação de cuidados à família ao longo do ciclo vital - Atividade A                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |  | 1.4. Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica                           | <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre a área de Enfermagem de Saúde Familiar.</p> <p>Adoção de decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, com base na evidência científica.</p>                                                                                                                    |
|  |  | 1.5. Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas | Desenvolvimento do processo de Enfermagem em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.                                                                                                                                                                                      |

|  |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |                                                                                         | <p>Estabelecimento de objetivos, com a família, que permitam a resolução dos problemas identificados, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde.</p> <p>Estabelecimento de intervenções, com a família, para os problemas identificados, que permitam o fortalecimento da capacidade funcional da família.</p>                                                       |
|  |  | 1.6. Facilita a resposta da família em situação de transição complexa                   | <p>Promoção do processo de consciencialização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança.</p> <p>Exploração de estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.</p> <p>Dar <i>feedback</i> à família, de forma sistemática, centrando- se nos seus pontos fortes.</p> |
|  |  | 1.7. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar | <p>Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à família nos diferentes programas de saúde, aproveitando as oportunidades de aprendizagem.</p> <p>Solicitação de outras equipas, sempre que necessário, para resolução de problemas mais complexos na área de Enfermagem de Saúde Familiar, procedendo à referenciação.</p>                                          |

|  |                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                          | 1.8. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem                     | Realização de registos no processo de saúde familiar.                                                                                                                                                         |
|  | Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar | 2.1. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família | Referenciar a outros profissionais quando necessário (médico, assistente social, nutricionista, enfermeiro especialista...)<br><br>Discussão com a equipa multidisciplinar                                    |
|  |                                                                                          | 2.2. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção                                | Prestação de cuidados à família ao longo do ciclo vital - Atividade A;<br><br>Realização de uma sessão de formação à equipa de Enfermagem no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (Parentalidade Positiva); |

APÊNDICE VI – PROCEDIMENTO: PARENTALIDADE POSITIVA EM  
CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS

# **Procedimento: Parentalidade Positiva em crianças dos 0 aos 3 anos**

**Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar**

**Joana Laranjo**

**Liliana Vieira**





## **ACRÓNIMOS E SIGLAS**

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

USF - Unidade de Saúde Familiar

# SUMÁRIO

ACRÓNIMOS E SIGLAS III

SUMÁRIO IV

ÍNDICE DE FIGURAS VII

INTRODUÇÃO 1

OBJETIVO 5

FINALIDADE 5

ÂMBITO 5

RESPONSABILIDADES 5

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO 8

AVALIAÇÃO FAMILIAR 9

**Avaliação estrutural ..... 9**

**Avaliação de desenvolvimento ..... 10**

**Avaliação funcional ..... 10**

AVALIAÇÃO INDIVIDUAL 10

**Avaliação inicial ..... 10**

**Avaliação de medidas antropométricas ..... 10**

**Avaliação da tensão arterial: aos 3 anos..... 10**

**Avaliação de critérios de elegibilidade para Bacilo de *Calmette e Guérin* (BCG) 10**

**Avaliação do desenvolvimento através da Escala de *Mary Sheridan* Modificada 10**

**Exame Físico ..... 10**

**Avaliar sinais de alarme ..... 10**

**Temas a abordar considerando as dimensões de parentalidade positiva ..... 11**

**Sugestão de Focos de atenção e Intervenções de Enfermagem ..... 12**

**Material de apoio ..... 21**

***Amamentação* ..... 21**

***Sistemas de Retenção de transporte automóvel* ..... 21**

***Segurança infantil* ..... 21**

***Atividade Física* ..... 21**

***Leitura* ..... 22**

***Birras* 22**

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| <i>Desenvolvimento</i> .....                | 22        |
| <i>Brincar</i> .....                        | 22        |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>                         | <b>24</b> |
| <b>ANEXOS</b>                               | <b>27</b> |
| ANEXO I – SINAIS DE ALARME                  | 28        |
| <b>APÊNDICES</b>                            | <b>30</b> |
| APÊNDICE I – AVALIAÇÃO FAMILIAR             | 31        |
| APÊNDICE II – QUADRO RESUMO DO PROCEDIMENTO | 39        |



## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Tipo de família                               | 33 |
| Figura 2 - Escala de <i>Graffar</i>                      | 34 |
| Figura 3 - Edifício Residencial                          | 34 |
| Figura 4 - Ciclo de <i>Duvall</i>                        | 35 |
| Figura 5 - Escala de APGAR familiar de <i>Smilkstein</i> | 37 |

## **INTRODUÇÃO**



O grande foco da Enfermagem é facilitar as transições que ocorrem ao longo da vida. (Meleis et al., 2000). O nascimento de um filho marca uma **transição** no ciclo evolutivo da família, ao transformar o casal num grupo familiar, exigindo a sua redefinição e a definição dos papéis e responsabilidades parentais (Figueiredo, 2023), que se irão revelar cruciais no desenvolvimento da criança.

A parentalidade, como um dos momentos mais importantes e impactantes na vida de um indivíduo, provoca grandes mudanças em todos os elementos da família e marca o início de uma nova etapa no ciclo de vida (Relvas, 2004). O *International Council of Nurses*, descreve **parentalidade** como “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; (...)” (2019, p. 94).

As **práticas parentais** incluem ações, técnicas e métodos específicos, utilizados para ensinar valores ou atrair a atenção da criança para adotar ou modificar atitudes e comportamentos, com impacto positivo ou negativo. As práticas parentais **positivas** que mais se evidenciam na literatura são a orientação sobre o comportamento moral, a expressão emocional, o envolvimento dos pais nas brincadeiras e o reforço e a disciplina adequados. Por outro lado, as práticas parentais negativas mais mencionadas são a violência física e psicológica, a disciplina negligente, a disciplina coercitiva, a punição inconsistente e a comunicação negativa (Macana e Comim, 2015).

Focando na **parentalidade positiva**, esta engloba o conjunto de tarefas necessárias para que os pais cuidem e eduquem os seus filhos, estabelecendo limites e um relacionamento positivo, sendo essencial para a saúde e otimização do potencial de desenvolvimento da criança (Lopes e Dixe, 2012). Esta definição, tendo como referência o Conselho da Europa (2006), retrata a parentalidade positiva como um comportamento parental que deverá ser baseado no melhor interesse da criança.

A **família** é a estrutura que favorece a formação, o crescimento e aquisição de dimensões importantes da relação/interação, através das quais a criança aprende o sentido de autoridade, a gestão de conflitos, assim como reconhece o seu papel como filho e desenvolve o sentimento de pertença. A família é considerada um espaço de socialização humana, onde a criança se desenvolve, cresce, assimila conhecimento, não descurando como função dos pais

e cuidadores a sua educação, proteção, sobrevivência e resposta às suas necessidades básicas (Alarcão, 2000).

A promoção de práticas de parentalidade positiva no seio familiar **beneficia** tanto os pais, quanto os filhos em diferentes aspetos. Nas crianças é notório um impacto positivo, no seu desenvolvimento, com a promoção da autoestima, da autoconfiança e das relações sociais, melhorando o bem-estar emocional e social; contribui, ainda, para a redução de comportamentos inadequados (Reticena et al., 2022). Paralelamente, o exercício da parentalidade positiva, beneficia também os **pais**: obtêm-se relações familiares mais saudáveis e harmoniosas, reduzem-se conflitos e aumenta-se a confiança, resultando laços entre pais e filhos mais fortes (Sanz, 2022). Neste sentido, a parentalidade positiva tem vindo a ser recomendada como potenciadora do desenvolvimento da criança, sobretudo nos seus primeiros anos de vida, funcionando também como forma preventiva em relação aos maus-tratos infantis (Lopes, 2012).

Durante os primeiros três anos de vida da criança, há um maior potencial de aprendizagem, existindo a oportunidade de os pais contribuírem para o seu desenvolvimento, prevenindo comportamentos de risco e fomentando comportamentos adequados por forma a responderem às suas necessidades (Lopes e Dixe, 2012).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) , os profissionais de saúde, nomeadamente os **enfermeiros**, devem apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais, valorizando os cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção de doença, facultando os conhecimentos necessários ao melhor desempenho parental, numa parceria efetiva com a família, promovendo o bem-estar familiar (DGS, 2013).

As **Unidades de Saúde Familiar** possuem características específicas que permitem o desenvolvimento de intervenções promotoras da parentalidade positiva. Ao estabelecer com as famílias uma relação de particular proximidade, o enfermeiro de família tem a oportunidade de as acompanhar em todas as fases do ciclo vital, antecipando e facilitando as suas adaptações, contribuindo para a reorganização da sua estrutura, na definição de novos papéis e no desenvolvimento de novas competências. Torna-se, assim, um elemento estrutural e funcional de apoio à parentalidade, revelando-se essencial na facilitação da construção da identidade parental, assim como na sua capacitação e potencialização. O Enfermeiro de Família, detentor de conhecimento e competências que facilitam o trabalho

colaborativo com a família, apoia e incentiva “as atitudes pessoais de determinação, coragem e serenidade nos pais com intuito de promover a parentalidade positiva, planejando os cuidados à criança e família com base nos aspectos sociais, afetivos, biológicos, projeto de vida familiar e necessidades de saúde e bem-estar” (Reticena et al., 2022, p.8).

Decorrente das exigências da sociedade atual, com este procedimento pretende-se abordar de forma clara e sistemática o processo de Enfermagem à família, nomeadamente no que diz respeito à parentalidade positiva nas crianças dos 0 aos 3 anos.

## **OBJETIVO**

Definir o processo de Enfermagem à família, no âmbito da parentalidade positiva, na consulta de Enfermagem de Saúde Infantil em crianças dos 0 aos 3 anos.

## **FINALIDADE**

Uniformizar a prática de cuidados de Enfermagem à família, no âmbito da parentalidade positiva na consulta de Enfermagem de saúde infantil em crianças dos 0 aos 3 anos de idade, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

## **ÂMBITO**

O presente procedimento destina-se e aplica-se aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar (USF) Mais Saúde.

## **RESPONSABILIDADES**

Aplicação do procedimento: enfermeiros.

Avaliação do procedimento: equipa de enfermagem

Revisão: sempre que necessário.





## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil torna-se uma oportunidade privilegiada para um acompanhamento de proximidade ao desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional e social da criança, assim como um momento para apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais. Valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no exercício de uma parentalidade positiva, tendo como finalidade o interesse superior da criança (DGS, 2013).

O PNSIJ (2013) orienta as práticas profissionais neste sentido, pelo que este procedimento se rege pelos princípios e diretrizes da Direção Geral de Saúde, com ênfase nas práticas de uma parentalidade positiva, de acordo com Lopes (2012) e pressupostos de Enfermagem de Saúde Familiar.

Como referencial teórico, elegeu-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) construído por Henriqueta Figueiredo (2012), uma vez que o mesmo se encontra na base do processo familiar do sistema de informação (*SClínico*) utilizado na USF, tendo ainda em consideração a forma como se realizam os registos de Enfermagem. O MDAIF assume uma abordagem sistémica com ênfase no estilo colaborativo, no sentido de potencializar as forças, recursos e competências das famílias, reconhecendo-lhe capacidade na tomada das suas próprias decisões. Combina 3 dimensões avaliativas (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional) que permitem a operacionalização do processo de Enfermagem.

Para uma melhor compreensão do procedimento, optou-se por colocar em apêndice informação complementar acerca do MDAIF no âmbito da consulta de saúde infantil nomeadamente a possibilidade de registo informático no *SClínico* (Apêndice I), assim como um quadro resumo do procedimento desenvolvido (Apêndice II).

A avaliação da dinâmica familiar e das redes de apoio deve ser uma preocupação constante de todos os profissionais de saúde sempre que contactem com famílias (DGS, 2013), pelo que a avaliação familiar e individual da criança deverá ser a primeira etapa da consulta de Enfermagem

## AVALIAÇÃO FAMILIAR

**Avaliação estrutural:** composição familiar; família extensa; sistemas mais amplos; tipo de família; escala de *Graffar* e edifício residencial.

**Avaliação de desenvolvimento:** ciclo vital e papel parental (conhecimento do papel e comportamentos de adesão).

**Avaliação funcional:** APGAR familiar; processo familiar (comunicação e *coping* familiar, interação de papéis, crenças e relação dinâmica).

## AValiação INDIVIDUAL

**Avaliação inicial:** tipo e local do parto, índice de APGAR, complicações no parto/pós parto, idade gestacional, peso ao nascimento, perímetro cefálico, comprimento, diagnóstico precoce (data e local), cordão umbilical (data de queda, cicatrização e aspeto) e alimentação (tipo leite).

**Avaliação de medidas antropométricas:** peso; comprimento/altura; perímetro cefálico (até aos 2 anos) e IMC.

**Avaliação da tensão arterial:** aos 3 anos.

**Avaliação de critérios de elegibilidade para Bacilo de *Calmette e Guérin* (BCG) ([Norma n.º 006/2016, 2023](#))**

**Avaliação do desenvolvimento através da Escala de *Mary Sheridan* Modificada** (adequada à idade da criança)

**Exame Físico** (permeabilidade das fontanelas, presença de deformidades crânio, pele, genitália, coto umbilical, dentição, reflexos...)

**Avaliar sinais de alarme** (Anexo I)

## **Temas a abordar considerando as dimensões de parentalidade positiva:**

***Necessidades físicas da criança:*** amamentação/aleitamento; higiene e conforto(cólicas); diversificação alimentar; sono e repouso;

***Segurança da criança:*** medidas de prevenção de acidentes; cuidados com o sol; estilo de vida saudável (ambiente, hábitos alimentares, exercício); vigilância de saúde (PNV; consultas de vigilância); orientar sobre situação de doença;

***Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança:*** instruir na escolha de brinquedos, música, livros e brincadeiras; informar sobre as etapas de desenvolvimento da criança; abordar importância da socialização e relação emocional;

***Comunicação positiva:*** instruir sobre interpretação de choro e respostas (pegar ao colo, embalar, fazer massagem de conforto); identificar e gerir obstáculos na comunicação entre elementos da família;

***Disciplina positiva:*** orientar sobre regras e limites; informar sobre birras e afirmação da personalidade; estimular a adoção de rotinas e incentivar para o reforço positivo.

## Sugestão de Focos de atenção e Intervenções de Enfermagem

| Fenómeno                        | Atividade diagnóstica                                                           | Diagnóstico                                                                                | Intervenções de Enfermagem                                      | Resultado esperado                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Desenvolvimento infantil</b> | Avaliar <b>desenvolvimento</b> infantil                                         | Desenvolvimento infantil comprometido                                                      | Monitorizar peso                                                | Sem Desenvolvimento Infantil Comprometido                        |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Monitorizar comprimento/altura                                  |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Monitorizar p. cefálico                                         |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Monitorizar tensão arterial (aos 3 anos)                        |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Estimular desenvolvimento infantil                              |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Referir ao serviço médico desenvolvimento infantil comprometido |                                                                  |
|                                 | Avaliar <b>conhecimento</b> da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil | Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre desenvolvimento infantil       | Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Informar para o papel parental                                  |                                                                  |
| <b>Papel Parental</b>           | Avaliar <b>papel parental</b>                                                   | Papel parental comprometido                                                                | Apoiar papel parental                                           | Sem papel parental comprometido                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Informar para o papel parental                                  |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Incentivar desempenho do papel parental                         |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Orientar para o serviço de saúde                                |                                                                  |
|                                 |                                                                                 |                                                                                            | Promover papel parental                                         |                                                                  |

|                                  |                                                                                                   | Papel parental comprometido<br>(cont.)                                                               | Negociar o papel parental                                    | Sem papel parental<br>comprometido                                          |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Papel Parental</b><br>(cont.) | Avaliar <b>conhecimento</b> da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental               | Conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança         |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene                 |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai a vigiar o coto umbilical          |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai a tratar o coto umbilical          |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Instruir a mãe e(ou) pai a trocar fralda                     |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação urinária          |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre eliminação intestinal        |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação                  |                                                                             |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre gestão do regime terapêutico |                                                                             |
| <b>Papel Parental</b><br>(cont.) |                                                                                                   | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do                                               | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre regime medicamentoso         | Conhecimento da mãe e (ou) do pai para                                      |

|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            |                                                                   |                                                                          |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                                   | pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (cont.)                                                      | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre tratamentos                       | tomar conta (nec. desenvolvimentais)                                     |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas                           |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre comportamento de procura de saúde |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes            |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre higiene                           |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar sobre desenvolvimento infantil                            |                                                                          |
|                                  | Avaliar a <b>capacidade</b> da mãe e(ou) do pai para tomar conta - necessidades desenvolvimentais | Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais)         | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental                    | Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Instruir a mãe a tomar conta do auto cuidado                      |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Treinar a mãe e(ou) o pai a alimentar                             |                                                                          |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene                      |                                                                          |
| <b>Papel Parental</b><br>(cont.) |                                                                                                   | Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) (cont.) | Instruir a mãe e(ou) pai a administrar medicamento                | Capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec. desenvolvimentais) |
|                                  |                                                                                                   |                                                                                                            | Ensinar a mãe e(ou) o pai a avaliar a temperatura corporal        |                                                                          |

|                                   |                                                                 |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                   |                                                                 |                                                                            | Instruir a mãe e(ou) pai a preparar biberão<br>Instruir a mãe e(ou) pai a executar tratamento ao coto umbilical<br>Treinar a mãe e(ou) pai a cuidar da higiene<br>Instruir a mãe e(ou) pai a trocar fralda<br>Instruir a mãe e(ou) pai a alimentar |                                                  |
| <b>Adesão à vacinação</b>         | Avaliar <b>adesão à vacinação</b>                               | Não adesão à vacinação                                                     | Administrar vacina<br>Incentivar vacinação<br>Planejar vacinação<br>Planejar consulta<br>Orientar para o enfermeiro de família                                                                                                                     | Adesão à vacinação                               |
| <b>Adesão à vacinação (cont.)</b> | Avaliar <b>conhecimento</b> da mãe e(ou) do pai sobre vacinação | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre vacinação | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas                                                                                                                                                                                                            | Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre vacinação |
| <b>Mamar</b>                      | Avaliar o <b>mamar</b>                                          | Mamar comprometido                                                         | Treinar a mãe e(ou) o pai a alimentar<br>Alimentar o recém-nascido através de copo                                                                                                                                                                 | Sem mamar comprometido                           |

|                                               |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
|-----------------------------------------------|--|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|--|
|                                               |  |                            | <table><tr><td>Alimentar por biberão</td></tr><tr><td>Vigiar reflexo de sucção</td></tr><tr><td>Instruir a mãe e(ou) o pai a alimentar</td></tr><tr><td>Instruir a mãe e(ou) o pai a estimular sucção</td></tr><tr><td>Ensinar sobre ingestão nutricional</td></tr><tr><td>Supervisionar a mãe e(ou) o pai a alimentar</td></tr><tr><td>Planar alimentação do recém-nascido</td></tr><tr><td>Estimular o mamar</td></tr><tr><td>Assistir a mãe e(ou) o pai a alimentar</td></tr></table> | Alimentar por biberão | Vigiar reflexo de sucção | Instruir a mãe e(ou) o pai a alimentar  | Instruir a mãe e(ou) o pai a estimular sucção | Ensinar sobre ingestão nutricional | Supervisionar a mãe e(ou) o pai a alimentar | Planar alimentação do recém-nascido | Estimular o mamar | Assistir a mãe e(ou) o pai a alimentar |  |
| Alimentar por biberão                         |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Vigiar reflexo de sucção                      |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Instruir a mãe e(ou) o pai a alimentar        |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Instruir a mãe e(ou) o pai a estimular sucção |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Ensinar sobre ingestão nutricional            |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Supervisionar a mãe e(ou) o pai a alimentar   |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Planar alimentação do recém-nascido           |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Estimular o mamar                             |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Assistir a mãe e(ou) o pai a alimentar        |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Mamar (cont.)                                 |  | Mamar comprometido (cont.) | <table><tr><td>Treinar a amamentar</td></tr><tr><td>Estimular recém-nascido</td></tr><tr><td>Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o mamar</td></tr><tr><td>Assistir o mamar</td></tr><tr><td>Assistir no amamentar</td></tr><tr><td>Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação</td></tr></table>                                                                                                                                                                                             | Treinar a amamentar   | Estimular recém-nascido  | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o mamar | Assistir o mamar                              | Assistir no amamentar              | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação | Sem mamar comprometido              |                   |                                        |  |
| Treinar a amamentar                           |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Estimular recém-nascido                       |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o mamar       |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Assistir o mamar                              |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Assistir no amamentar                         |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |
| Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação   |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                          |                                         |                                               |                                    |                                             |                                     |                   |                                        |  |

|                           |                                             |                                  |                                                              |                             |
|---------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                           |                                             |                                  | Estimular sucção                                             |                             |
| <b>Vinculação</b>         | Avaliar comportamentos de <b>vinculação</b> | Vinculação comprometida          | Incentivar ligação mãe-filho                                 | Sem vinculação comprometida |
|                           |                                             |                                  | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental               |                             |
|                           |                                             |                                  | Instruir a mãe e(ou) o pai sobre o método canguru            |                             |
|                           |                                             |                                  | Encorajar relação dinâmica entre a mãe e(ou) o pai e criança |                             |
|                           |                                             |                                  | Envolver a mãe e(ou) o pai nos cuidados                      |                             |
|                           |                                             |                                  | Incentivar desempenho do papel parental                      |                             |
|                           |                                             |                                  | Incentivar método de canguru                                 |                             |
| <b>Vinculação (cont.)</b> | Avaliar comportamentos de <b>vinculação</b> | Vinculação comprometida (cont.)  | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vinculação                   | Sem vinculação comprometida |
|                           |                                             |                                  | Incentivar amamentação                                       |                             |
|                           |                                             |                                  | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil     |                             |
|                           |                                             | Risco de vinculação comprometida | Estimular a participação nos cuidados da mãe e(ou) do pai    |                             |
|                           |                                             |                                  | Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados                          |                             |

|                           |                                                                         |                                                                                          |                                                                  |                                                          |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                           |                                                                         |                                                                                          | Incentivar método de canguru                                     |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Incentivar mãe e(ou) pai no desempenho do papel parental         |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Incentivar ligação mãe-filho                                     |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Estimular relação entre mãe e(ou) pai e recém-nascido            |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Estimular mãe e(ou) pai a estabelecer relação com a criança      |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Estimular a presença da mãe e(ou) pai                            |                                                          |
| <b>Vinculação (cont.)</b> | Avaliar <b>conhecimento</b> da mãe e(ou) pai para promover a vinculação | Potencial para melhorar conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação         | Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação | Conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação |
|                           |                                                                         | Potencial para melhorar conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação (cont.) | Ensinar sobre amamentar                                          | Conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Informar para o papel parental                                   |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vinculação                       |                                                          |
|                           |                                                                         |                                                                                          | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil         |                                                          |
| <b>Cólica</b>             | Avaliar <b>cólica</b>                                                   | Cólica                                                                                   | Incentivar tratamento com estratégias não farmacológicas         | Sem cólica                                               |

|                                       |                                                                              |                                                                                         |                                                               |                                                               |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Assistir a identificar estratégias de alívio da dor           |                                                               |
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas       |                                                               |
|                                       | ( sem atividade de diagnóstico)                                              | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cólica                 | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre cólica                        | Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cólica                 |
|                                       | Avaliar <b>capacidade</b> da mãe e(ou) do pai para prevenir cólica           | Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para prevenir cólica           | Instruir a mãe e(ou) pai sobre técnica de massagem            | Capacidade da mãe e(ou) do pai para prevenir cólica           |
| <b>Precaução de segurança</b>         | Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com o <b>sol</b>     | Potencial para melhorar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com o sol       | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção da queimadura solar | Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre cuidados com o sol     |
| <b>Precaução de segurança (cont.)</b> | Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de <b>acidentes</b> | Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de acidentes | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança          | Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de acidentes |
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes        |                                                               |
| <b>Processo Familiar</b>              | Avaliar o <b>processo familiar</b>                                           | Processo Familiar Comprometido                                                          | Otimizar processo familiar                                    | Sem Processo Familiar comprometido                            |
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Negociar o processo familiar                                  |                                                               |
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Orientar para a terapia familiar                              |                                                               |
|                                       |                                                                              |                                                                                         | Otimizar a comunicação                                        |                                                               |

|  |  |  |                                                                       |  |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  | Apoiar a familiar a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes |  |
|  |  |  | Incentivar o apoio/ suporte da família                                |  |
|  |  |  | Incentivar o envolvimento da família                                  |  |

## **Material de apoio**

De forma a facilitar a complementaridade dos temas abordados neste procedimento, disponibilizam-se os seguintes sites e documentos de apoio.

- [Associação Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar \(https://spesf.pt\)](https://spesf.pt)
- [Associação Portuguesa para a Igualdade Parental e direitos dos filhos](#)
- [Center for Disease Control and Prevention- Dicas de Parentalidade Positiva](#)
- [Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens- Projeto Adélia- Dicas de parentalidade positiva](#)
- [Cuidado integral e a parentalidade positiva na primeira infância](#)
- [O portal de serviços públicos- Eportugal.gov.pt](#)
- [Sociedade Portuguesa de Pediatria](#)

### ***Amamentação***

[Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. \(2020\). \*Guia de Aleitamento Materno E-Lactancia\*](#)

[Serviço nacional de Saúde. \(2023\). \*Amamentação\*](#)

### ***Sistemas de Retenção de transporte automóvel***

[Associação para a promoção da segurança infantil. \(s.d\). \*Guia digital de segurança: produtos para crianças.\*](#)

### ***Segurança infantil***

[Associação para a promoção da segurança infantil. \(s.d\). \*Segurança infantil\*](#)

### ***Atividade Física***

[Organização mundial de saúde. \(2020\). \*Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade\*](#)

### ***Leitura***

[Plano nacional de leitura](#)

### ***Birras***

[Oliveira, S. & Palha, C. \(2018\). \*Birras\*](#)

### ***Desenvolvimento***

[Pinto, C.S., Vaz, T. R., Santos, S.P. & Teixeira, A. \(2020\). \*Desenho infantil\*](#)

### ***Brincar***

[Brincapé. \(s.d\). Recursos.](#)



## **BIBLIOGRAFIA**

- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto Editora.
- Altafim, E.R.P., Souza, M., Teixeira, L., Brum, D., & Velho, C. *O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância*. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- Council of Europe, Committee of Ministers Recommendation (2006). 19 on policy to support positive parenting.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. (2013). Direção Geral da Saúde.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- International Council of Nurses (2018). *Classificação internacional para a prática de enfermagem. ordem dos enfermeiros*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Lopes, M. S. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10563>.
- Lopes, M. S. C., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400020>
- Macana, E. C., & Comim, F. (2015). O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In G. A. Pluciennik, M. C. Lazzari, & M. F. Chicaro (Orgs.) *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil* (pp. 34-47). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. [https://issuu.com/fmcsv/docs/fundamentos\\_fam\\_lia](https://issuu.com/fmcsv/docs/fundamentos_fam_lia)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range-theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), p.12-28. [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing\\_transitions\\_an\\_emerging\\_middle\\_range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transitions_an_emerging_middle_range.6.aspx)

- Pereira, A.C. (2011a). *Como aprender a brincar dos 0 aos 12 meses*. [https://www.usfnovavia.com/\\_files/ugd/8280e0\\_4bb3e16a91e24d889c99ac3bfd456860.pdf](https://www.usfnovavia.com/_files/ugd/8280e0_4bb3e16a91e24d889c99ac3bfd456860.pdf)
- Pereira, A.C. (2011b). *Como aprender a brincar dos 1 aos 3 anos*. [https://www.usfnovavia.com/\\_files/ugd/8280e0\\_5f31b9409b80414bb64488414b3dfb10.pdf](https://www.usfnovavia.com/_files/ugd/8280e0_5f31b9409b80414bb64488414b3dfb10.pdf)
- Portugal. Ministério da Saúde. (2016). Norma 006/2016 atualizada a 24 de março de 2023: *Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-006-2016-atualizada-em-24-03-2023-pdf.aspx>
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3.<sup>a</sup> ed.). Edições Afrontamento.
- Reticena, K. O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). Promoção da parentalidade positiva: percepção de enfermeiros da atenção básica. *Texto Contexto Enferm*, 31(e20220203), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203pt>
- Sanz, E. (2022). O que é parentalidade positiva e quais seus benefícios?. *A mente é brilhante*. <https://amenteemaravilhosa.com.br/o-que-e-parentalidade-positiva-e-quais-sao-seus-beneficios/>
- Vicente, V. (2021). Promover a esperança parental: o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36833>

## **ANEXOS**

## ANEXO I – SINAIS DE ALARME

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 MÊS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</li> <li>Hiper/Hipotonía</li> <li>Nunca segue a face humana</li> <li>Movimentos oculares erráticos</li> <li>Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).</li> <li>Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos</li> <li>Transição abrupta sono/Irritabilidade</li> </ul>                                                                                |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não fixa nem segue objetos</li> <li>Não sorri</li> <li>Não há qualquer controlo da cabeça</li> <li>Mãos persistentemente fechadas</li> <li>Membros rígidos em repouso</li> <li>Sobressalto ao menor ruído</li> <li>Chora/grita quando se toca</li> <li>Pobreza/assimetria de movimentos</li> </ul>                                                                                                                                               |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de controlo da cabeça</li> <li>Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar</li> <li>Não olha nem pega em qualquer objeto</li> <li>Assimetrias de movimentos/postura</li> <li>Não reage aos sons</li> <li>Não vocaliza</li> <li>Palrar monótono</li> <li>Desinteresse pelo ambiente; apatia</li> <li>Irritabilidade, inconsolável</li> <li>Estrabismo manifesto e constante</li> </ul>           |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não se senta.</li> <li>Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição</li> <li>Assimetrias</li> <li>Sem preensão palmar, não leva objetos à boca</li> <li>Não transfere objetos</li> <li>Não reage aos sons</li> <li>Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização</li> <li>Apático; sem reação aos familiares</li> <li>Engasga-se com facilidade</li> <li>Estrabismo</li> </ul>                                                       |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não suporta o peso nas pernas</li> <li>Permanece imóvel, não procura mudar de posição</li> <li>Assimetrias</li> <li>Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão</li> <li>Não responde à voz</li> <li>Não brinca, nem estabelece contato</li> <li>Não reage ao nome</li> <li>Não mastiga</li> </ul>                                                                                                                                           |
| 3 MESES  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6 MESES  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9 MESES  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 12 MESES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 18 MESES | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas</li> <li>Anda sempre na ponta dos pés</li> <li>Assimetrias</li> <li>Não faz pinça não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador</li> <li>Não responde quando o chamam</li> <li>Não vocaliza espontaneamente</li> <li>Não se interessa pelo o que o rodeia; não estabelece contato</li> <li>Deita os objetos fora.; leva-os sistematicamente à boca</li> <li>Estrabismo</li> </ul> |
| 2 ANOS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não anda sozinho</li> <li>Deita os objetos fora</li> <li>Não constrói nada</li> <li>Não parece compreender o que se lhe diz</li> <li>Não pronuncia palavras inteligíveis</li> <li>Não se interessa pelo que está em seu redor</li> <li>Não estabelece contato</li> <li>Não procura imitar</li> <li>Estrabismo</li> </ul>                                                                                                                         |
| 4-5 ANOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração</li> <li>Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez</li> <li>Estrabismo ou suspeita de déficit visual</li> <li>Perturbação do comportamento</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |

(Silva et al., 2022, p.126)

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – AVALIAÇÃO FAMILIAR

**AVALIAÇÃO ESTRUTURAL** - Permite a análise da estrutura da família que se realiza com o intuito de “identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental” (Figueiredo, 2012, p.73).

Para a avaliação e intervenção familiar, no âmbito da parentalidade positiva, o genograma e o ecomapa deverão ser utilizados como facilitadores do planeamento das intervenções de enfermagem, uma vez que permitem o conhecimento da estrutura familiar, das suas relações, rede de apoio e suporte familiar (Vicente, 2021).

**Genograma familiar** - apesar de não ser possível o seu registo informático, este instrumento de colheita de dados familiares, possibilita a percepção da estrutura familiar e de problemas existentes, permitindo “a construção de uma perspectiva sobre o passado familiar e dos problemas potenciais no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família (...) possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família” (Figueiredo, 2012, p.15).

**Tipo de família** - “A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração.” (Figueiredo, 2012, p.74). Existem diferentes classificações para os tipos de família, sendo possível, através do processo familiar, realizar o seu registo no *SClínico*, como se verifica na figura 1. Esta classificação vai ao encontro dos pressupostos defendidos por Relvas (2004).

| Nome                        | Dta. Nasc. | Idade | Parentesco | Médico Família | Enfermeiro Família | Nº  | Ano Ant. | Rest. |
|-----------------------------|------------|-------|------------|----------------|--------------------|-----|----------|-------|
| PRIMEIRO TITULAR            |            |       |            | ANTONIO AMORIM | ELSA CERQUEIRA     | 23  | 10       | 176   |
| CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR |            |       |            | ANTONIO AMORIM | ELSA CERQUEIRA     | 129 | 7        | 172   |
| PRIMEIRO FILHO              |            |       |            | ANTONIO AMORIM | ELSA CERQUEIRA     | 5   | 8        | 86    |

☐ Unitária - Só 1 elemento  
☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos  
☐ Alargada - Avós, pais e filhos  
☐ Reconstruída - Nova união após reformulação  
☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos  
☐ Outras

**Figura 3 - Tipo de família**

**Ecomapa** - Possibilita “explorar as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares” (Figueiredo, 2012, p.16). No caso da **família extensa** (pretende-se identificar a função, tipo e intensidade de contacto entre os membros da família e outros parentes fora no sistema familiar), e no caso dos **sistemas mais amplos** (pretende-se reconhecer a interação social da família- com por exemplo: instituições religiosas, instituições de saúde, vizinhos....etc) .

**Escala de Graffar Adaptada** - Através da avaliação das condições sócio-económicas da família é identificada a classe social. Permite a previsão de condições de potencial risco, alterações de comportamento e de desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2012). O registo no *SClinico* é realizado no processo familiar, tal como se pode verificar na figura 2.

**Processo Familiar**

Morada: RUA [REDACTED] O PONTE DE LIMA

Telefone: [REDACTED]

| Nome            | Data Nasc. | Idade   | Parentesco                  | Médico Família | Enfermeiro Família | Nº  | Ano Ant. | Rest. |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|----------------|--------------------|-----|----------|-------|
| JOAO [REDACTED] | 1953       | 69 anos | PRIMEIRO TITULAR            | [REDACTED]     | [REDACTED]         | 23  | 10       | 176   |
| [REDACTED]      | 1953       | 69 anos | CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR | [REDACTED]     | [REDACTED]         | 129 | 7        | 172   |
| [REDACTED]      | 1971       | 51 anos | PRIMEIRO FILHO              | [REDACTED]     | [REDACTED]         | 5   | 8        | 86    |

Habitação: Graffar C. Duvall Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

| Profissão                                                                   | Instrução                                     | Fonte principal de rendimento    | Tipo de habitação                                                     | Local de residência    |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/   | Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura        | Propriedade                      | Luxuosa                                                               | Bairro elegante        |
| Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios     | Bacharelato ou Curso Superior                 | Altos vencimentos ou honorários. | Espaciosa e confortável                                               | Bom local              |
| Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados. | Ensino Secundário                             | Vencimentos certos.              | Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.      | Zona antiga            |
| Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados e operários.             | Escolaridade obrigatória segundo a idade.     | Remunerações incertas.           | Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais. | Bairro operário/social |
| Mão de obra indiferenciada.                                                 | Não escolaridade obrigatória segundo a idade. | Assistência                      | Imprópria                                                             | Bairro de lata         |

Classe Social

**Figura 4 - Escala de Graffar**

**Edifício Residencial** - Diz respeito ao espaço onde a família reside “e que lhe proporciona abrigo e proteção, inclui, como categorias estruturantes, aspetos da habitação relacionados com a existência de barreiras arquitectónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação.” (Figueiredo, 2012, p.75). Passível de registar no SClinico, através do processo familiar, tal como se consegue ver na figura 3. Neste item é, também, possível registar o *sistema de abastecimento*.

**Processo Familiar**

Morada: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

| Nome       | Data Nasc. | Idade      | Parentesco | Médico Família | Enfermeiro Família | Nº         | Ano Ant.   | Rest.      |
|------------|------------|------------|------------|----------------|--------------------|------------|------------|------------|
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]     | [REDACTED]         | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] |

Habitação: Graffar C. Duvall Tipo de Família: Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: [REDACTED]

| Tipo de alojamento   | Regime de ocupação | Estado geral de conservação | Casa de banho      | Higiene      | Água         | Distribuição                   |
|----------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| Alojamento móvel     | Arrendada          | Bom                         | Desconhecida       | Boa          | Desconhecida | Desconhecida                   |
| Apartamento          | Cedida             | Desconhecido                | Fora do alojamento | Desconhecida | Não          | Fontenário a - de 100m de casa |
| Barraca/casebre      | Desconhecido       | Mau                         | Inexistente        | Má           | Sim          | Fontenário a + de 100m de casa |
| Desconhecido         | Outro              | Razoável                    | No alojamento      | Razoável     |              | Fora do alojamento             |
| Hotel/pensão         | Própria            |                             |                    |              |              | No alojamento                  |
| Instituição          |                    |                             |                    |              |              |                                |
| Morada               |                    |                             |                    |              |              |                                |
| Outro                |                    |                             |                    |              |              |                                |
| Quarto/parte de casa |                    |                             |                    |              |              |                                |
| Sem alojamento       |                    |                             |                    |              |              |                                |

Salubridade da zona residencial

| Salubridade da zona residencial | Tipologia     | Conforto     | Aquecimento  | Electricidade | Barreiras arquitectónicas | No interior | No exterior |
|---------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------------|-------------|-------------|
| Desconhecida                    | Desconhecido  | Bom          | Central      | Desconhecido  | Desconhecido              |             |             |
| Insalubre                       | Não aplicável | Desconhecido | Desconhecido | Não           | Não                       |             |             |
| Salubre                         | T0            | Mau          | Local        | Sim           | Sim                       |             |             |
|                                 | T1            | Razoável     | Nenhum       |               |                           |             |             |
|                                 | T2            |              |              |               |                           |             |             |
|                                 | T3 ou mais    |              |              |               |                           |             |             |

Mobiliário e equipamento básico

| Mobiliário e equipamento básico |
|---------------------------------|
| Desconhecido                    |
| Insuficiente                    |
| Suficiente                      |

**Figura 5 - Edifício Residencial**

**AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO** - A avaliação desta dimensão permite a “compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. (...) A compreensão desta trajetória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições” (Figueiredo, 2012, p.78).

**Ciclo de Duvall** - No *SClínico* é possível identificar, no processo familiar, a etapa do ciclo de vida familiar através do ciclo de *Duvall* (figura 4). No entanto, este modelo é considerado como “estritamente dirigido às famílias nucleares de classe média, não abrangendo outros tipos de família e já não totalmente adaptado à realidade do momento presente” (Pires, 2016, p.28).

| Nome | Data Nasc. | Idade   | Parentesco                  | Médico Família | Enfermeiro Família | Nº  | Ano Ant. | Rest. |
|------|------------|---------|-----------------------------|----------------|--------------------|-----|----------|-------|
|      | -1953      | 69 anos | PRIMEIRO TITULAR            |                |                    | 23  | 10       | 176   |
|      | -1953      | 69 anos | CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR |                |                    | 129 | 7        | 172   |
|      | -1971      | 51 anos | PRIMEIRO FILHO              |                |                    | 5   | 8        | 86    |

**Habitação** **Grafiar** **C. Duvall** **Tipo de Família** **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

- ☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- ☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- ☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- ☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- ☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saíem de casa - "launching family")
- ☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- ☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

**Figura 6 - Ciclo de Duvall**

**Papel parental** - Definido como um padrão de interação que integra conhecimentos e habilidades para desenvolver comportamentos que possibilitem a interiorização da identidade parental e o desenvolvimento infantil. A capacidade para o desempenho do papel parental integra o **conhecimento** e a **capacidade de o transpor** para o

contexto, havendo a necessidade de envolvimento e reconhecimento de terceiros (Figueiredo, 2012).

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL** - Retrata a funcionalidade da família. “Alude primordialmente aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares (...)” (Figueiredo, 2012, p.91).

**Processo Familiar** - Centra-se nos padrões de interação familiar. Compreende cinco sub-definições: comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares. Permite “ (...) uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e, naturalmente, a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.” (Figueiredo, 2023, p.95).

**Comunicação Familiar** - “As intervenções centradas nas forças da família têm-se revelado mais eficazes e gratificantes para os envolvidos, ao invés de uma prática centrada nos seus défices. Enfatizar as forças da família significa centrar o foco nos processos familiares que estimulam o seu crescimento e a sua saúde” (Figueiredo, 2023, p.165).

**Coping Familiar** - “comportamento de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar dando resposta aos fatores de stress intra ou extra-familiares.”

**Interação de Papéis Familiares** - expressa-se pela organização dos papéis familiares e na interligação dos mesmos de acordo com as exigências funcionais do sistema familiar, as expectativas familiares e sociais face às normas e comportamento. Para além do papel parental existem outros papéis desempenhados pela família, nomeadamente: o papel de provedor, gestão financeira, de cuidados doméstico, recreativo e de parente (Figueiredo, 2012).

**Relação Dinâmica** - engloba as seguintes categorias: influência e poder; alianças e uniões; coesão e adaptabilidade familiar e a perceção dos membros da família sobre a sua funcionalidade familiar, permitindo ter conhecimento sobre aspetos específicos do contexto familiar direccionados para a identificação das suas forças e dos seus recursos. Para facilitar a avaliação desta dimensão recorre-se ao APGAR familiar de Smilkstein ( Figura 5) e à escala da FACES II. O *APGAR* familiar tem um número

reduzido de itens e é facilmente aplicável. O princípio básico deste instrumento de avaliação é que o indivíduo tenha conhecimento do funcionamento familiar e possa expressar o seu nível de satisfação através do cumprimento de parâmetros básicos de funcionamento familiar identificados pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (Adaptation); P - Participação (Participation); G - Crescimento (Growth); A - Afeição (Affection); R – Resolução (Resolution). (Sousa et al, 2010). O seu registo no SClinico é possível através da intervenção “Escala Apgar Familiar (Smilkstein)”.

The screenshot shows a software interface for recording the Smilkstein Family APGAR scale. It includes user identification fields, a list of scale items with response options, and tables for recording scores for each item and a total score.

**Figura 7 - Escala de APGAR familiar de Smilkstein**

**Crenças** - as crenças familiares que se definem como “valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde” (Figueiredo, 2012, p.100). Existem vários tipos de crenças tais como: crenças em saúde, religiosa, espiritual, em valores, cultural ou crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde.



## APÊNDICE II – QUADRO RESUMO DO PROCEDIMENTO

| AVALIAÇÃO FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrutural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Desenvolvimento                                                                                                 | Funcional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Composição Familiar<br>Família Extensa<br>Sistemas Mais Amplos<br>Tipo de Família<br>Escala Graffar<br>Edifício Residencial (sistema de abastecimento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GENOGRAMA<br>ECOMAPA<br><br>Ciclo Vital<br>Papel Parental<br>(conhecimento do papel e comportamentos de adesão) | APGAR Familiar<br>Processo Familiar <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Comunicação Familiar</li> <li><input type="checkbox"/> <i>Coping</i> Familiar</li> <li><input type="checkbox"/> Interação de papéis</li> <li><input type="checkbox"/> Crenças</li> <li><input type="checkbox"/> Relação Dinâmica</li> </ul> |
| AVALIAÇÃO INDIVIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Tipo e local do parto, índice de APGAR, complicações no parto/pós parto, idade gestacional, peso ao nascimento, perímetro cefálico, comprimento, diagnóstico precoce (data e local), cordão umbilical (data de queda, cicatrização e aspeto) e alimentação (tipo leite).</p> <p><b>Avaliação de medidas antropométricas:</b> peso; comprimento/altura; perímetro cefálico (até aos 2 anos) e IMC.</p> <p><b>Avaliação da tensão arterial:</b> aos 3 anos</p> <p><b>Avaliação de critérios de elegibilidade para Bacilo de Calmette e Guérin (BCG)</b></p> <p><b>Avaliação do desenvolvimento através da Escala de Mary Sheridan Modificada</b></p> <p><b>Exame Físico</b> (permeabilidade das fontanelas, presença de deformidades crânio, pele, genitália, coto umbilical, dentição, reflexos...)</p> <p><b>Avaliar sinais de alarme</b></p>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEMAS A ABORDAR<br>(considerando as dimensões da parentalidade positiva)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Necessidades físicas da criança:</b> amamentação/aleitamento; higiene e conforto(cólicas); diversificação alimentar; sono e repouso;</p> <p><b>Segurança da criança:</b> medidas de prevenção de acidentes; cuidados com o sol; estilo de vida saudável (ambiente, hábitos alimentares, exercício); vigilância de saúde (PNV; consultas de vigilância); orientar sobre situação de doença;</p> <p><b>Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança:</b> instruir na escolha de brinquedos, música, livros e brincadeiras; informar sobre as etapas de desenvolvimento da criança; abordar importância da socialização e relação emocional;</p> <p><b>Comunicação positiva:</b> instruir sobre interpretação de choro e respostas (pegar ao colo, embalar, fazer massagem de conforto); identificar e gerir obstáculos na comunicação entre elementos da família;</p> <p><b>Disciplina positiva:</b> orientar sobre regras e limites; informar sobre birras e afirmação da personalidade; estimular a adoção de rotinas e incentivar para o reforço positivo.</p> |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

APÊNDICE VII – DOCUMENTOS ENVIADOS PARA A UNIDADE DE  
FORMAÇÃO DA ULSAM

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor:USF Mais Saúde

Área Temática:Parentalidade Positiva

**Fundamentação/Justificação** (O porquê da realização desta atividade):

A parentalidade positiva inclui as tarefas necessárias para que os pais cuidem e eduquem os seus filhos, com a imposição de limites e relacionamento positivo, sendo essencial para a saúde e otimização do potencial de desenvolvimento da criança (Lopes e Dixe, 2012). Segundo Seabra-Santos et al. (2019), torna-se indispensável formar profissionais, capacitando-os para fornecer apoio e ferramentas adaptadas a cada família, transformando-as em agentes eficazes para prevenir trajetos de desenvolvimento negativos e promover práticas parentais eficazes, capazes de criar mudanças efetivas na comunidade. Neste sentido, reconhecendo-se o impacto que a família e toda a equipa multidisciplinar tem no comportamento da criança, (Seabra-Santos et al, 2019), torna-se pertinente esta formação realizada no âmbito no Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar.

**Objetivos:**

Sensibilizar os profissionais do centro de saúde de Ponte de Lima relativamente à parentalidade positiva/consciente.

**Destinatários:**

Multiprofissional

☒

Restrito ao Serviço/Setor

☐

Alargado a outros Serviços/Setores

☒

Quais: Centro de Saúde de Ponte de Lima

**Realização:**

Data: 16/02/2024

Hora:13h00m

Local: Sala de Reuniões piso 4 do HCB

Duração:1h30m

**Apoio de Meios Audiovisuais:** Computador e retroprojektor

**Observações:**

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável

O Coordenador da Ação

Mod.Q502.2 Jun/2020

Departamento de Formação Acreditado  
Despacho de 4/12/2000 DRHMS

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: USF Mais Saúde

Área Temática: Procedimento: Parentalidade Positiva em crianças dos 0 aos 3 anos - Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar

Fundamentação/Justificação (O porquê da realização desta atividade):

Melhoria Contínua da Qualidade

Uniformizar práticas de cuidados de Enfermagem

Objetivos:

Apresentar o procedimento de consulta de Enfermagem de Saúde Familiar: Parentalidade Positiva com vista à uniformização da prática de cuidados.

Destinatários: Enfermeiros da USF Mais Saúde

Multiprofissional

Restrito ao Serviço/Setor ☒

Alargado a outros Serviços/Setores

Quais:

Realização:

Data: 21/02/2024 Hora: 13h30m Local: Sala de Reuniões piso 4 do HCB

Duração: 1h00m

Apoio de Meios Audiovisuais: Computador

Observações:

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável \_\_\_\_\_

O Coordenador da Ação Jana Lameira / Liliana Vieira

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR- MAIS SAÚDE

Data: 21/02/2024, das 13 horas às 14 horas.

Atividade (Título): Procedimento: Parentalidade Positiva em crianças dos 0 aos 3 anos- Consulta de Saúde Familiar

Pág. 1 de 2

### Resumo da Atividade

Apresentar e discutir com a equipa de Enfermagem o procedimento da consulta de Saúde Familiar no âmbito da parentalidade positiva.

Analisar sugestões de melhoria

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação: Sim Não x

### Registo de Presenças

| Formadores<br>ULSAM | Nº Mec. | Nome | Assinatura |
|---------------------|---------|------|------------|
|                     |         |      |            |
|                     |         |      |            |
|                     |         |      |            |
|                     |         |      |            |
|                     |         |      |            |
|                     |         |      |            |

| Formadores<br>Externos | Nome           |  | Assinatura     |
|------------------------|----------------|--|----------------|
|                        | JOANA LARANJO  |  | Joana Laranjo  |
|                        | LILIANA VIEIRA |  | Liliana Vieira |
|                        |                |  |                |

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: USF Mais Saúde

Área Temática: Parentalidade Positiva em Cuidados de Saúde Primários

Fundamentação/Justificação (O porquê da realização desta atividade):

A parentalidade positiva inclui as tarefas necessárias para que os pais cuidem e eduquem os seus filhos, com a imposição de limites e relacionamento positivo, sendo essencial ao contexto dos cuidados de saúde primários

Objetivos:

Uniformizar práticas de cuidados

Melhoria Contínua da Qualidade

Abordar o impacto das práticas parentais no desenvolvimento infantil

Destinatários: Médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde de Ponte de Lima

Multiprofissional

Restrito ao Serviço/Setor ☒

Alargado a outros Serviços/Setores

Quais:

Realização:

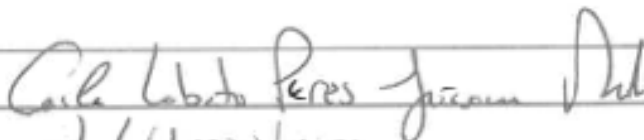
Data: 08/03/2024 Hora: 13h00m Local: Sala de Reuniões piso 4 do HCB

Duração: 1h30m

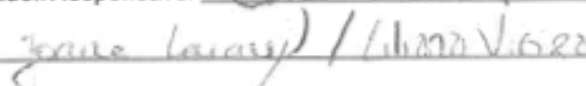
Apoio de Meios Audiovisuais: Computador e retroprojektor

Observações:

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável



O Coordenador da Ação



|                                                                                   |                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
|  | <b>Formação em Serviço</b><br><b>Relatório de Atividade Formativa</b> | 1         |
|                                                                                   |                                                                       | Pág. de 2 |

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR- MAIS SAÚDE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: 08\_/03/2024, das 13 horas às 14:30 horas.

Atividade (Título): Parentalidade Positiva em Cuidados de Saúde Primários

### Resumo da Atividade

Esta atividade formativa foi realizada do âmbito do mestrado de Enfermagem de Saúde Família. Pertendeu-se abordar a parentalidade positiva através do método expositivo/interativo junto de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, uma vez que realizam um acompanhamento de proximidade às famílias ao longo do ciclo vital. Abordou-se a aplicabilidade prática da temática na consulta de saúde infantil à família.

Parentalidade: definições, modelos tradicionais e novos modelos; impacto no desenvolvimento das crianças

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação: Sim Não x

### Registo de Presenças

| Forma-<br>dore<br>s<br>ULSA<br>M | Nº Mec. | Nome           | Assinatura |
|----------------------------------|---------|----------------|------------|
|                                  | 2504    | HUGO RODRIGUES | 98         |
|                                  |         |                |            |
|                                  |         |                |            |
|                                  |         |                |            |
|                                  |         |                |            |

| Forma-<br>dore<br>Extern | Nome | Assinatura |
|--------------------------|------|------------|
|                          |      |            |



APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO SOBRE CONTEÚDOS A ABORDAR NA  
FORMAÇÃO INTERNA

## Parentalidade Positiva em Cuidados de Saúde Primários

De forma a otimizar os conteúdos a abordar nas sessões de formação sobre Parentalidade Positiva, pedimos que responda às seguintes questões de forma sincera.

Estudantes da Especialidade em Enfermagem em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar em estágio na USF Mais Saúde.  
Joana Laranjo e Liliana Vieira

joana@laranjo.eu [Mudar de conta](#)



Não partilhado

\* Indica uma pergunta obrigatória

A que grupo profissional pertence? \*

- ☐ Enfermagem
- ☐ Médico

Já frequentou alguma formação sobre parentalidade positiva? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em consulta, sente-se à vontade na abordagem das práticas parentais junto das famílias? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não

O que gostaria de saber sobre parentalidade positiva? \*

- ☐ Conceito
- ☐ Benefícios da sua aplicabilidade
- ☐ Diferentes Domínios
- ☐ Abordagem prática na consulta de Saúde Infantil e Juvenil
- ☐ Outra:

Enviar

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este formulário foi criado fora do seu domínio. [Contactar proprietário do formulário](#) [Termos de Utilização](#)  
[Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatar](#)

Google Formulários

APÊNDICE IX – PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

## INTRODUÇÃO

A parentalidade positiva tem vindo a ser reconhecida como um modelo educativo e relacional que valoriza o respeito mútuo, a comunicação eficaz e o estabelecimento de limites claros e consistentes. Estas práticas contribuem para um ambiente familiar que favorece o desenvolvimento integral da criança — físico, emocional e social — e que atua como fator protetor essencial no seu percurso de crescimento (Lopes & Dixe, 2012; Moura et al., 2022).

O exercício da parentalidade é um processo complexo e dinâmico, influenciado por múltiplos determinantes individuais, familiares e contextuais. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF) assume um papel estratégico na promoção da parentalidade positiva. A sua prática, sustentada na proximidade, continuidade e abordagem centrada na família, permite uma intervenção orientada para a capacitação parental e a prevenção de dificuldades no exercício do papel parental.

A literatura em Enfermagem tem evidenciado o contributo de modelos de intervenção familiar que se têm mostrado eficazes na promoção de ganhos em saúde familiar e na melhoria das competências parentais (Ferreira et al., 2020). Apesar da relevância crescente da parentalidade positiva no campo da saúde familiar, verifica-se uma dispersão de abordagens e conceitos na literatura, dificultando a identificação das principais dimensões exploradas no âmbito da Enfermagem em CSP. Assim, justifica-se a realização de uma *scoping review*, cujo objetivo é mapear a evidência disponível e identificar lacunas de conhecimento que possam orientar futuras investigações e práticas clínicas.

Deste modo, a presente *scoping review* visa identificar os tópicos de análise abordadas nas publicações relativas ao processo de cuidados de enfermagem, no âmbito da parentalidade positiva em contexto CSP, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)* e as diretrizes *PRISMA-ScR*.

## 1. OBJETIVO

### 1.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os tópicos de análise relativos ao processo de cuidados de enfermagem evidenciados no âmbito da parentalidade positiva em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as concepções de parentalidade positiva presentes na literatura;

Identificar a importância e vantagens da parentalidade positiva;

Explorar a perceção dos enfermeiros de CSP relativamente à parentalidade positiva;

Explorar a perceção dos pais sobre a parentalidade positiva;

Caracterizar o processo de intervenção do enfermeiro de CSP na promoção da parentalidade positiva.

## 2. QUESTÃO DE REVISÃO

Com o intuito de dar resposta ao objetivo, em concordância com o acrónimo PCC, surge a pergunta de revisão que será fundamental para manter o foco na temática que se propõe a investigar: **“Quais as dimensões no processo de cuidados de Enfermagem, evidenciados no âmbito da Parentalidade Positiva em contexto de Cuidados de Saúde Primários?”**

**P (Population):** Enfermeiros; **C (Concept)** Parentalidade positiva; **C (Context):** Cuidados de Saúde Primários.

## 3. METODOLOGIA

Esta revisão seguirá a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* para scoping reviews e as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*.

### 3.1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Serão pesquisadas as seguintes bases de dados eletrónicas:

- Web of Science (Core Collection)
- PubMed/MEDLINE
- CINAHL
- MedicLatina
- Cochrane Library
- Nursing & Allied Health Collection

Poderá ainda ser incluída **literatura cinzenta**, através de repositórios científicos de universidades e instituições de saúde.

### 3.2. DESCRITORES

A estratégia de pesquisa será construída com base na combinação de descritores controlados (MeSH e DeCS) e termos livres, de forma a assegurar uma cobertura ampla e adequada da literatura sobre a temática.

#### **Descritores MeSH/DeCS:**

*Parenting* (Parentalidade)

*Primary Health Care* (Cuidados de Saúde Primários)

*Nursing* (Enfermagem)

#### **Termos livres adicionais (em inglês):**

*Positive parenting*

*Parenting support*

*Family nursing*

*Health promotion*

*Community nursing*

*Nurse's role*

#### **Operadores booleanos:**

“AND” – para combinar diferentes conceitos;

“OR” – para incluir sinónimos ou termos relacionados.

**Exemplo de combinação geral:**

("Parenting" OR "Positive parenting") AND ("Nursing" OR "Family nursing") AND ("Primary health care" OR "Community health nursing")

A estratégia final será ajustada a cada base de dados para garantir consistência e exaustividade da pesquisa.

### 3.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Serão elegíveis para inclusão nesta *scoping review* estudos publicados em formato de artigo científico, dissertação ou relatório técnico, que abordem o conceito de parentalidade (incluindo parentalidade positiva) no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e que apresentem contributos para a prática de Enfermagem.

Período temporal: publicações entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2025.

Idiomas: português, inglês e francês.

Tipo de fonte: estudos empíricos, revisões de literatura, relatórios técnicos, literatura cinzenta e documentos institucionais relevantes.

Acesso: texto integral disponível.

Revisão por pares: preferencialmente incluídos, mas não constituirá critério de exclusão absoluto, dado o carácter exploratório da *scoping review*.