



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

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Autoperceção das competências parentais maternas no cuidar do recém-nascido  
premature aquando da alta da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Elsa Isabel da Silva Cardoso

Coimbra, julho de 2021





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

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Autoperceção das competências parentais maternas no cuidar do recém-nascido  
prematureo aquando da alta da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Elsa Isabel da Silva Cardoso

Orientador: Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, julho de 2021



*“O que as pessoas pensam,  
acreditam e sentem, afeta o modo como elas se comportam”.*

Albert Bandura (1986)



*Aos meus filhos,  
Gabriel, Gonçalo e Gustavo*





## **AGRADECIMENTOS**

Ao Exmo. Sr. Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro pela excelência, competência, sabedoria e incomparável mestria. O meu muito obrigada pelo incentivo, disponibilidade e desafio constantes na orientação desta dissertação ... foi um enorme privilégio.

À Exma. Sra. Enfermeira Maria João Alves, Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia A - UCI da Maternidade Daniel de Matos, CHUC, pela disponibilidade, cooperação, confiança, e encorajamento ao longo do estudo;

Aos meus Colegas, excelentes profissionais da equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia A - UCI da Maternidade Daniel de Matos, CHUC, pelo vosso envolvimento e colaboração, a vossa cooperação foi crucial neste percurso;

A todas as Mães dos RN prematuros, que aceitaram participar neste estudo e por isso o tornaram possível, obrigada pelo vosso contributo;

À Neonatologia, este mundo XXS em tons de prematuridade que transformou a minha forma de ver o mundo, que me apaixona e me motiva... aos Recém-Nascidos Prematuros e suas Famílias, pequenos grandes guerreiros de caminhada... Obrigada por tudo o que me ensinam;

Aos meus pais... dois seres humanos muito especiais e pelos quais nutro a maior admiração, obrigada por existirem na minha vida, por me terem ajudado a ser a pessoa que sou e por acreditarem sempre em mim... e acima de tudo saberem sempre que eu sou capaz...você são simplesmente fantásticos, sou-vos eternamente grata por TUDO;

Ao meu marido, Pedro, e aos meus três filhos maravilhosos a quem dedico este estudo, por serem a minha vida, a minha âncora, o meu porto seguro, o meu sol... palavras não chegam... este caminho é trilhado todos os dias convosco, todos JUNTOS... esta conquista é nossa! Obrigada por existirem, por terem chegado à minha vida e aqui permanecerem...

Sou-vos muito GRATA



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CCD** – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

**EAF** – Escala de Apgar Familiar

**EPAEPM** – Escala de Percepção de Autoeficácia da Parentalidade Materna

**NIDCAP** – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Programa Individualizado de Cuidados Desenvolvidorais e de Avaliação do RN)

**PAE** – Percepção de Autoeficácia

**PAP** – Percepção de Autoeficácia Parental

**PAEPM** – Percepção de Autoeficácia Parental Materna

**RN** – Recém-Nascido

**RNP** – Recém-Nascido Prematuro

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



## RESUMO

**Enquadramento:** O nascimento de um recém-nascido prematuro (RNP) é uma experiência desafiante para todos os envolvidos, podendo afetar a percepção que a mãe tem sobre si mesma quanto ao sucesso com que realizará as tarefas parentais. A percepção da capacidade para cuidar do RNP pode ser influenciada pela percepção de autoeficácia (PAE) das mães, assumindo os enfermeiros um papel crucial nesta transição, no apoio e capacitação dos pais.

**Objetivos:** Analisar a percepção de autoeficácia parental (PAP) das mães dos RNP internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), na fase de pré regresso a casa e analisar a relação entre a percepção de apoio familiar e a PAP dessas mães. **Metodologia:**

Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal com uma amostra de 38 mães. Os dados foram obtidos através de um questionário ao qual as mães responderam sob a forma de autorrelato escrito, que incluía os dados sociobiográficos, a Escala de Percepção de Autoeficácia da Parentalidade Materna (EPAEPM) e a Escala de Apgar Familiar (EAF). A análise dos dados foi realizada com o *software* IBM SPSS Statistics V. 24.

**Resultados:** A maioria das mães apresentam uma PAP elevada, somente 5,92% das mães se autoavaliou com uma PAP razoável, sendo que a Dimensão 3 - Ler Comportamento foi a que obteve respostas mais baixas, evidenciando maior necessidade de intervenção nos itens 3, 15 e 16.

As variáveis identificadas inicialmente como possíveis fatores não se revelaram preditivas da PAE materna, excetuando-se o apoio familiar percebido, que revelou estreita relação com a PAE materna, nomeadamente na Dimensão 2 – Eliciar Comportamento, embora no limiar da significância estatística ( $r=0,267$ ;  $p=0,053$ ). A maioria das mães revelou uma percepção de apoio familiar (PAF) elevada e manifestou-se muito satisfeita com os cuidados observados durante o internamento.

**Conclusão:** A avaliação da PAEPM permitiu identificar fragilidades na Dimensão 3 - Ler Comportamento. O conhecimento dos itens revelados pelas mães como de maior fragilidade na sua PAE, contribuirá para que os profissionais possam individualizar um plano de preparação para a alta clínica, que vá ao encontro das suas necessidades específicas.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido Prematuro; Autoeficácia materna; Apoio familiar, Parentalidade; Prematuridade; Enfermagem.



## ABSTRACT

**Background:** The born of a premature newborn it's a challenging experience for everyone involved, it can act on the mother's perception of herself concerning the accomplishment of her performance on the parental tasks. The perception of the ability to care for the newborn can be influenced by the mothers' perception of self-efficacy, therefore nurses assume a crucial role in this transition, in the support and empowerment of parents. **Aims:** Analyze the perception of parental self-efficacy of mothers of premature newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), during the pre-homecoming phase, and to analyze the relationship between the perception of family support and the perception of parental self-efficacy of those mothers. **Methodology:** Quantitative, descriptive and correlational, cross-sectional study with a sample of 38 mothers. Data were obtained through a quizz to which mothers answered in the form of a written self-report, which included the sociobiographical data, the Maternal Parenting Self-Efficacy Perception Scale and the Family Apgar Scale. Data analysis was performed with the *software* IBM SPSS Statistics V. 24. **Results:** Most mothers show a high perception of parental self-efficacy, only 5.92% of mothers self-assessed with a reasonable perception of parental self-efficacy. Dimension 3 – Read Behavior- was the one with the lowest responses, showing items 3, 15 and 16 greater need for intervention. The initially predicted variables were not predictive of maternal perception of self-efficacy, except for perceived family support witch revealed a close relationship with the maternal perception of self-efficacy specifically in Dimension 2 – Educe Behavior though being on the threshold of statistical significance ( $r=0,267$ ;  $p=0,053$ ). Most mothers revealed a high perception of family support and expressed themselves very satisfied with the care observed during hospitalization. **Conclusion:** Evaluation of the Maternal Parenting Self-Efficacy Perception allowed the identification of weaknesses in Dimension 3 – Read Behavior. The identification of the items revealed by mothers as the most fragile in their perception of parental self-efficacy will contribute to individualize a plan to prepare mothers for clinical discharge, attending their specific needs. **Key words:** Premature newborn; Maternal self-efficacy; Family support; Parenting; Prematurity; Nursing.





## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 1</b> - Caracterização Sociodemográfica da amostra .....                                                                                                                                                                              | 65  |
| <b>Tabela 2</b> - Caracterização obstétrica e experiencial da amostra .....                                                                                                                                                                     | 66  |
| <b>Tabela 3</b> - Caracterização Neonatal e situacional da amostra .....                                                                                                                                                                        | 68  |
| <b>Tabela 4</b> - Resultados obtidos para a consistência interna da EPAEPM (n=38) ...                                                                                                                                                           | 72  |
| <b>Tabela 5</b> - Valores médios das dimensões da Autoeficácia Parental Materna Percebida segundo os Testes de normalidade (n=38) .....                                                                                                         | 76  |
| <b>Tabela 6</b> - Valores médios obtidos nos itens de cada dimensão da Autoeficácia Parental Materna Percebida (n=38) .....                                                                                                                     | 81  |
| <b>Tabela 7</b> - Valores médios obtidos nas dimensões da Autoeficácia Parental Materna Percebida (n=38) .....                                                                                                                                  | 83  |
| <b>Tabela 8</b> - Testes de relação entre a percepção de autoeficácia de parentalidade materna (PAEPM) e a complexidade da situação clínica do RNP [Tempo de Gestação; Tempo de Internamento; Complicações Durante o Internamento] (n=38) ..... | 84  |
| <b>Tabela 9</b> - Testes de relação entre a PAEPM e o Nível de Escolaridade da Mãe (n=38) .....                                                                                                                                                 | 85  |
| <b>Tabela 10</b> - Testes de relação entre a PAEPM e a Experiência Prévia materna no cuidar de crianças (n=38) .....                                                                                                                            | 86  |
| <b>Tabela 11</b> - Testes de relação entre a PAEPM e a satisfação com os cuidados observados durante o internamento (n=38) .....                                                                                                                | 87  |
| <b>Tabela 12</b> - Testes de relação entre a PAEPM e o APGAR Familiar (n=38) .....                                                                                                                                                              | 88  |
| <b>Tabela 13</b> - Comparação das pontuações totais das dimensões da EPAEPM deste estudo com as pontuações obtidas noutros estudos .....                                                                                                        | 101 |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1</b> - Relação entre as Habilitações Académicas e o Quadro Nacional de Qualificações (QNQ) ..... | 61 |
| <b>Quadro 2</b> - Níveis de qualificação da Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) .....             | 62 |
| <b>Quadro 3</b> - Classificação dos scores das dimensões e do total da EPAEPM .....                         | 71 |
| <b>Quadro 4</b> - Classificação do tipo de relação familiar sugerido pelas respostas na EAF .....           | 74 |

## SUMÁRIO

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                                                    | 21 |
| <b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO</b> .....                                                    | 27 |
| <b>1. A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE</b> .....                               | 29 |
| 1.1.O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE .....                                       | 33 |
| <b>2. A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA</b> .....                                                 | 37 |
| 2.1.DETERMINANTES DE AUTOEFICÁCIA .....                                                    | 39 |
| 2.2.AUTOEFICÁCIA PARENTAL .....                                                            | 42 |
| 2.3. A IMPORTÂNCIA DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL<br>NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA ..... | 45 |
| <b>3.A PROMOÇÃO DE AUTOEFICÁCIA MATERNA</b> .....                                          | 47 |
| 3.1.O PAPEL DA FAMÍLIA .....                                                               | 47 |
| 3.2.O PAPEL DO ENFERMEIRO.....                                                             | 50 |
| <b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA</b> .....                                                     | 55 |
| <b>4. O ESTUDO</b> .....                                                                   | 57 |
| 4. 1. QUESTÃO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....                                            | 58 |
| 4.2. VARIÁVEIS .....                                                                       | 59 |
| <b>4.2.1. Variáveis centrais</b> .....                                                     | 59 |
| <b>4.2.2. Variáveis independentes</b> .....                                                | 59 |
| 4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....                                                             | 63 |
| <b>4.3.1. Processo de Amostragem</b> .....                                                 | 63 |
| <b>4.3.2. Caracterização da amostra</b> .....                                              | 64 |
| 4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....                                                | 68 |
| <b>4.4.1. Escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna</b> .....           | 69 |
| <b>4.4.2. Escala de APGAR Familiar</b> .....                                               | 73 |
| 4.5. ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS .....                                                        | 74 |
| 4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS .....                                                   | 75 |
| <b>CAPÍTULO III – RESULTADOS</b> .....                                                     | 78 |

|                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5. RESULTADOS .....</b>                                                                                        | <b>80</b>  |
| 5.1. NÍVEL DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PELAS MÃES<br>DE RNP .....                                          | 80         |
| 5.2. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS RELATIVAS À CONDIÇÃO<br>CLÍNICA DO RNP E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA .....           | 83         |
| 5.3. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS RELATIVAS À CONDIÇÃO<br>MATERNA E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA .....                     | 85         |
| <b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO .....</b>                                                                              | <b>89</b>  |
| <b>6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>                                                                           | <b>91</b>  |
| 6.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                                                                               | 92         |
| <b>6.1.1. Autoeficácia parental percebida .....</b>                                                               | <b>92</b>  |
| <b>6.1.2. Relação entre as variáveis relativas à condição clínica do RNP e a<br/>autoeficácia percebida .....</b> | <b>102</b> |
| <b>6.1.3. Relação entre as variáveis relativas à condição materna e a<br/>autoeficácia percebida .....</b>        | <b>103</b> |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                                                            | <b>109</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                           | <b>115</b> |

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados do estudo

APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado

## **ANEXOS**

ANEXO I – Parecer da Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar e  
Universitário de Coimbra (CHUC)

ANEXO II – Autorização para aplicação dos questionários no Serviço de  
Neonatologia A – UCI (CHUC)

## INTRODUÇÃO

Em Neonatologia, a parentalidade é vivida de forma atribulada, pelo que urge a necessidade de conseguir que os pais se sintam confiantes nos cuidados ao seu filho, uma vez que o afastamento entre ambos logo após o nascimento devido à necessidade de cuidados emergentes ao RNP, dificulta o fortalecimento da ligação que vinham a estabelecer desde a gravidez. No entanto, a crescente valorização do papel parental coloca os enfermeiros numa posição privilegiada como promotores do envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, potenciando as habilidades dos mesmos, capacitando-os para cuidar.

A Organização Mundial da Saúde [OMS], (2019), alerta-nos para o facto de nascerem anualmente 15 milhões de RNP em todo o mundo, significando que 1 em cada 10 RN nasce prematuro. Os dados evidenciam que em quase todos os países existe uma tendência para o aumento das taxas de nascimentos prematuros, representando um grave problema de saúde pública a nível mundial. A taxa global do parto pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas) é de 11% a nível mundial e de 8% em Portugal.

O nascimento de um RNP é uma experiência emocional para a qual ninguém se encontra preparado. Além de ser um verdadeiro desafio para os pais, as necessidades envolvidas e as dificuldades são imensuráveis. Acresce, como sublinha Meleis (2010), que os pais, além do experiência de se tornarem pais, veem-se confrontados com o nascimento do seu filho muito antes do tempo previsto, cuja aparência não corresponde ao bebé por eles imaginado, apresentado fragilidades que que impõem o seu internamento e, concomitantemente, um ajustamento de toda a família.

Aprender a ser pai e mãe de um RNP é um desafio, e são vários os fatores que dificultam a vivência da parentalidade neste contexto: a necessidade de cuidados emergentes obriga ao internamento do RNP na UCIN e à consequente separação da mãe logo ao nascimento; as condições de saúde preocupantes do RNP e a incerteza do futuro provocam angústia e insegurança nos pais. Para além disso, as características físicas do RNP condicionam o comportamento e as reações dos pais, que se vêm impostos pela barreira física da incubadora e pelo adiar do contacto físico com o RNP para um momento indeterminado.

Os cuidados especializados de que o bebê necessita colocam muitas vezes os pais numa posição restritiva, de espetadores dos cuidados ao próprio filho. Barroso (2016, SPN) resume esta realidade de uma forma especial: “Ser pai e mãe antes do tempo.... Estar preso a todos os gestos, monitores, alarmes... viver a paternidade do lado de fora da incubadora! Ser pai e mãe de um bebê intocável, frágil. Tantas dúvidas! Tanta incerteza! Tanta dor! (...) A vida suspensa e presa aquela vida tão frágil que é o centro da vida.”

Reconhece-se que a autoeficácia tem vindo a revelar-se determinante nos comportamentos em saúde (Pereira & Almeida, 2004), pelo que conhecer a perceção de autoeficácia das mães de forma a poder edifica-la faz todo o sentido neste contexto, principalmente quando uma perceção de baixa autoeficácia surge frequentemente associada a variáveis parentais como indisponibilidade psicológica, comportamentos defensivos ou de controlo, afeto negativo, stress e algum evitamento em situações em que as crianças evidenciem comportamentos mais difíceis (Coleman & Karreker, 1998).

De acordo com a teoria publicada por Bandura (1977), a autoeficácia refere-se ao “juízo pessoal que os indivíduos constroem acerca do quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (Bandura, 1977, p. 163). Esta pode ainda, ser definida como um conjunto de crenças ou julgamentos, acerca das competências ou aptidões positivas que a mulher cria sobre o seu futuro papel como mãe. A perceção que uma mãe tem da sua eficácia é dos fatores mais importantes para a determinação dos comportamentos que possa vir a adotar, quer em situações de interação dita “normal”, quer em situações mais adversas (Jones & Prinz, 2005).

A perceção de eficácia pode afetar os mais diversos aspetos do comportamento, não só emocionais como os próprios padrões de pensamento. Influencia, para além da escolha das atividades e das situações, o esforço que o indivíduo investe, e o tempo que conseguirá persistir perante os obstáculos e a adversidade (Pais-Ribeiro, 2004).

O comportamento do indivíduo e as suas possíveis alterações são mediadas pela expectativa de autoeficácia pessoal, isto é, pela crença individual na capacidade em atingir um determinado nível de exigência, não dependendo das capacidades, mas sim da utilização dessas mesmas capacidades. A crença na autoeficácia por parte do indivíduo influencia a escolha de tarefas, o esforço e tempo a ser despendido para o cumprimento dessas mesmas

tarefas e para ultrapassar os obstáculos que encontrará nesse processo, acabando também por influenciar as reações emocionais no seu desempenho. Uma autoeficácia adequada exige que o indivíduo seja possuidor de capacidades, mas também que acredite ser capaz de as utilizar eficazmente (Bandura, 1989). Deste modo, as crenças de autoeficácia que os pais têm sobre o seu bebé antedizem muito sobre as práticas parentais positivas que possam vir a adotar, do mesmo modo que a confiança que os pais têm em si próprios de que desempenharão adequadamente o seu papel de pais, pode dar-nos um bom prognóstico dos cuidados que eles irão prestar ao seu bebé.

Para que a mãe apresente uma perceção positiva da sua eficácia no novo papel, é necessário que possua conhecimentos apropriados sobre o cuidado a ter com a criança; confiança nas suas habilidades para as diversas tarefas e crença de que a sua rede social irá apoiar todos os seus esforços, apesar das respostas contingentes que o bebé possa apresentar (Coleman & Karraker, 2003).

Aluns autores creditam que o apoio familiar percebido influencia positivamente a PAE, sobretudo se este se proporcionar através de figuras que lhe sejam significativas e se estas reforçarem as crenças positivas sobre si própria, apoiando-a na certeza de que conseguirá desenvolver adequadamente as suas tarefas e superar os seus desafios. Em relação a quem presta esse mesmo apoio, o suporte conjugal na figura do companheiro parece ser o mais relevante para a mulher (Navarro et al., 2011; Tristão et al., 2015). Nesta medida, avaliar-se-á o Apgar Familiar no sentido de perceber o nível de apoio familiar percebido pelas mães, e a sua relação com o nível de autoeficácia percebida.

A preparação para a alta deve iniciar-se no momento da admissão do RNP e desenvolver-se ao longo de todo o internamento, recolhendo neste percurso, a informação necessária para delinear um plano de intervenção eficaz (Apkon & Friedman, 2014; Pereira, 2013; Petronilho, 2007). O incentivo na prestação de cuidados e a promoção de competências parentais constituem aspetos importantes da ação do enfermeiro, pois é nesta interação que pais e RNP se conhecem melhor e consolidam a sua relação, ao mesmo tempo que os pais vão desenvolvendo gradualmente a sua autonomia e confiança nos cuidados que prestam (Rodrigues, 2010).

Para os enfermeiros de uma UCIN, a sua atenção deve dirigir-se de forma minuciosa para o planeamento da alta do RNP e na transição da prestação dos cuidados para a responsabilidade

dos pais. Habitualmente, este planeamento desenvolve-se mais sobre a figura materna, somente porque esta é quem acompanha o internamento do seu filho. A capacitação das mães, o incentivo ao seu envolvimento nos cuidados diretos aos seus filhos, bem como a supervisão da sua participação e competência na prestação de cuidados são avaliados ao longo de todo o internamento.

No entanto, a teoria de Bandura (1986, 1997) lembra-nos que o foco da enfermagem não deverá ser, exclusivamente, as capacidades das mães relativamente à prestação de cuidados eficazes ao RNP, mas também as crenças que possuem sobre as suas próprias capacidades, pois são essas convicções que determinarão, em grande parte, a sua motivação para os cuidados, a reação à frustração, a resiliência para enfrentar e superar as dificuldades de forma otimista, a capacidade de encaixe e o reconhecimento de necessidade de ajuda quando necessário.

Para o enfermeiro, torna-se fundamental que as mães expressem a perceção da sua autoeficácia por forma a poderem desenvolver a capacitação materna para cuidar do RNP e apoiar na vivência da maternidade de forma positiva e saudável. Detetar os aspetos em que as mães manifestam menor confiança, permitirá à equipa de enfermagem desenvolver um plano de intervenções dirigidas objetivando a melhor preparação das mães no momento da alta.

Porquanto a avaliação da PAE materna nos cuidados aos RNP, não seja ainda uma prática sistemática na UCIN, propôs-se a realização desta investigação no contexto da população de mães das crianças que cuidamos, aplicando a Escala de Perceção de Autoeficácia Parental Materna (EPAEPM), de Tristão et al. (2015), no sentido de melhor se compreender o valor da informação obtida e promover o rastreio dessa perceção como procedimento regular de enfermagem.

Nesse sentido, delineou-se um estudo com os seguintes objetivos relativos à condição materna:

- Analisar a PAP das mães dos RNP internados na UCIN, aquando da alta hospitalar;
- Analisar a relação entre o nível de escolaridade das mães e a PAP dessas mães;
- Analisar a relação entre a experiência prévia materna no cuidar de bebés e a PAP dessas mães;
- Analisar a relação entre a satisfação com os cuidados observados durante o



internamento e a PAP dessas mães;

- Analisar a relação entre a percepção de apoio familiar e a PAP dessas mães

Como objetivos relativos à condição clínica do RN pretende-se:

- Analisar a relação entre o tempo de gestação e a PAP dessas mães;
- Analisar a relação entre o tempo de internamento e a PAP dessas mães;
- Analisar a relação entre a presença de complicações durante o internamento e a PAP dessas mães.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento, no qual é sublinhada a importância do enfermeiro como elemento facilitador no processo de transição para a parentalidade, realizando uma abordagem à prematuridade com foco na exigência de se tornar mãe de um RNP, nas vivências associadas a uma gravidez inconcluída, nas dificuldades sentidas pelas mães na adaptação a todo o ambiente técnico de uma UCIN e na impotência sentida pelos pais perante a situação clínica do seu filho. É ainda apresentada, de forma pormenorizada, a PAP de acordo com a teoria de Bandura, bem como os determinantes da mesma, salientando a sua importância na vivência saudável da parentalidade na prematuridade e na preparação para a alta do RNP. Realiza-se uma abordagem ao papel do enfermeiro como promotor do apoio familiar na sustentação e promoção da percepção de autoeficácia em todo o processo adaptativo das mães, salientando a sua importância no resgate das redes de suporte imprescindíveis num momento de crise familiar e de transição para este novo papel.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia da investigação. Encontra-se descrito o tipo de estudo, as questões e hipóteses de investigação, as variáveis, a população e a amostra, os componentes do instrumento de colheita de dados e a referência aos aspetos formais e éticos, bem como aos procedimentos estatísticos utilizados.

Seguidamente, no terceiro capítulo, apresentam-se os resultados obtidos, organizados segundo as questões de investigação e as hipóteses inicialmente colocadas.

O quarto capítulo corresponde à discussão dos resultados, com referência às principais limitações desta investigação.

A conclusão do trabalho, consiste numa síntese dos resultados conseguidos, relevando as principais implicações deste estudo para a prática dos cuidados e apresentando algumas sugestões para futuras investigações neste domínio.



## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO**



## **1. A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE**

Moro (2005, pág. 258) afirma que “não nascemos pais, tornamo-nos pais (...) a parentalidade fabrica-se com ingredientes complexos”. É um caminho que se inicia com o nascimento de um filho, experiência única, complexa e desafiante, um acontecimento que, para além de nos tornar mãe e pai, transmite-nos uma responsabilidade primordial, talvez a mais difícil da vida adulta, senão a mais enigmática.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015) a parentalidade representa possivelmente a questão de saúde pública mais importante que a sociedade enfrenta, sendo da competência dos enfermeiros pediátricos promover uma transição saudável para a parentalidade em todas as suas vertentes. De acordo com a versão 2011 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®, OE, 2013), a parentalidade é definida como:

Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p.64)

A parentalidade no contexto da prematuridade, é vivenciada de forma especialmente peculiar. Diante do impacto do nascimento prematuro, a mãe experiencia um sentimento de incompletude, a quem esta rapidez de acontecimentos fez saltar muitas etapas e lhes trouxe um bebé diferente do imaginado. O tão esperado “momento mágico” concebido em torno do nascimento dá lugar a sentimentos de ambivalência e incerteza em relação ao risco de vida e a gravidade da situação clínica do RNP fazem com que a mãe se vincule ao seu filho de forma gradual. Este vínculo vai necessitar de tempo para ser construído, e, dar lugar ao sentimento de pertença. Este misto de amor e ansiedade, marcam o início de um desafio supremo: como aprender a ser mãe e a ser pai de um RNP (Marchetti & Moreira, 2015).

As famílias não estão emocionalmente preparadas para este acontecimento. Os pais deparam-se simultaneamente com as suas próprias necessidades, as do seu filho e as da sua família

(principalmente quando há outras crianças que dependem de si). Esta situação é agravada pela instabilidade clínica do RN, gerando uma atmosfera de apreensão e incerteza. Os pais do RNP em estado crítico, para além das preocupações relativas à viabilidade e ao adequado desenvolvimento do seu filho enfrentam crises, momentos de grande responsabilidade, sentimentos de desamparo e frustração (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta vulnerabilidade está subjacente ao facto dos pais se sentirem inseguros e incapazes de lidar com o desconhecimento inerente a uma nova situação ou acontecimento (OE, 2015).

Um estudo de Fernandes, Lamy, Morsch, Lamy Filho e Coelho (2011) mostrou que as mães de RNP apresentam uma fragilidade psíquica maior por esta situação ter antecipado também a sua maternidade, sem vivenciarem todas as etapas do período gestacional. Verifica-se ainda grande fragilidade emocional devido à iminência da perda do seu bebé internado na UCIN. Realça-se a necessidade de uma rede de suporte adequada para que se sinta apoiada nas suas dificuldades e venha a desempenhar o seu papel maternal de forma positiva. Estas mães suportam uma dupla separação: o bebé já não está no seu útero, e, simultaneamente, encontra-se longe do seu olhar e do seu alcance. Esta separação é sentida como antinatural, um distanciamento que gera sentimentos negativos, um acontecimento no qual os pais são colocados à prova e necessitam de aprender a lidar com uma situação que lhes é completamente desconhecida e assustadora.

Apesar de continuar a ser uma situação crítica para os RNP e para os pais, tranquiliza-nos perceber que a realidade da neonatologia é hoje muito mais favorável que outrora. A evolução tecnológica nas UCIN, desencadeada a partir da década de 70, tem diminuído consideravelmente os índices de mortalidade dos RNP. Simultaneamente, as políticas de humanização e a inclusão da família no cuidado destas crianças, têm ampliado o olhar dos profissionais de saúde para além da premência da sobrevivência, enfatizando as questões de morbilidade e qualidade de vida do bebé (Pinto, 2009; Silva, Lamy Filho, Gama, Lamy, Pinheiro & Silva, 2011).

A Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2017) define a unidade de neonatologia como sendo o local onde se prestam cuidados de saúde, intensivos, intermédios ou especiais, aos RN, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respetiva família. Neste âmbito, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) têm-se expandido para

incluir uma ampla variedade de intervenções, através das quais os pais passam a perceber a UCIN como um ambiente menos ameaçador. A participação ativa dos pais na construção deste ambiente para o seu filho estimula um maior envolvimento no cuidado diário (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados de enfermagem que se prestam nas UCIN objetivam a visão integrada da criança, família e ambiente e proporcionam aos pais as condições para que estes possam aceitar a sua nova condição, promovendo a vinculação precoce e o seu envolvimento nos cuidados, de modo a desenvolverem competências parentais e a sua PAE, fundamentais para a eficiência dos cuidados ao RN após a alta e para o saudável desenvolvimento infantil do bebé. Os profissionais de saúde podem ajudar os pais a ultrapassar as dificuldades de interação com os bebés prematuros pela informação e apoio contínuo na adoção de estratégias de fortalecimento da interação entre ambos, de forma a reunir as condições desenvolvimentais desejáveis à promoção do desenvolvimento do bebé (SPN, 2016).

A parentalidade é um processo complexo, pelo que os pais necessitam de ter ao seu lado uma equipa informada e empenhada que os ajude nesta transição. Neste sentido, o enfermeiro é o profissional de excelência no acompanhamento do RNP, dos seus pais e de toda a família neste processo, uma vez que, o enfermeiro, sendo conhecedor das fragilidades dos elementos da família, poderá desenvolver estratégias que permitam à mãe, fortalecer e elevar a sua autoeficácia, reforçando as aptidões que lhe permitam cuidar eficazmente do seu filho no domicílio. Os profissionais de saúde devem investir nas estratégias de promoção da relação mãe-RNP, sensibilizando para o cuidado humanizado e individualizado (Marchetti & Moreira, 2015).

Canavarro (2006) defende que a parentalidade é o processo de formação da maternidade e paternidade, em que ambos – homem e mulher – desde o período gestacional, trabalham internamente questões fundamentais no que diz respeito a tornarem-se pais. Esta transição acontece por meio de um processo mental complexo e prolongado no tempo que, no caso de RNP, se realça no período pós-parto (Barros, 2015).

É conhecido que a transição normativa para a parentalidade é acompanhada por um conjunto de dúvidas, incertezas, ansiedades e preocupações por parte dos pais. Numa situação de prematuridade, com a respetiva hospitalização do RNP numa UCIN, toda esta vivência e

envolvência sentimental ganha contornos diferentes e pouco lineares, que Barros (2006) definiu como “um começo de vida diferente ... num ambiente artificial e difícil ...” (p. 235-236), para todos os elos envolvidos: RNP, mãe, pai e restante família. Nestes casos, o início da experiência de parentalidade é remetido para um local estranho e intimidatório, com falta de privacidade, onde os pais têm que lidar com várias fontes de stress (Carvalho, 2013).

O internamento do RNP na UCIN, é definido por Barros (2015) como um momento desencadeador de crise nos pais, particularmente devastador para a sua harmonia e equilíbrio, bem como para a sua capacidade em assumir o seu papel parental. Trata-se de uma situação completamente desconhecida e assustadora, frequentemente de prognóstico incerto. Os pais deparam-se com um ambiente monitorizado, confuso, sobre o qual não possuem nenhum controle e no qual se sentem assustados, sendo ainda frequentemente observados, avaliados e orientados por uma diversidade de profissionais de saúde.

São vários os fatores que se revelam dificultadores nesta transição para a parentalidade. A aparência frágil e vulnerável do RNP, faz com que alguns pais sintam que não conseguem olhar para o seu filho. Concomitantemente, sentem alguma culpabilidade, comprometendo a eficácia da interação pais-RNP. A condição das mães é extremamente complexa, como acompanhantes do RNP na UCIN, uma vez que vivenciam momentos de grande ambivalência, e algum desamparo, para além da insegurança diante da incerteza da vida do seu filho (Fernandes, 2011). A barreira física da incubadora dificulta a aproximação entre ambos e a necessidade de cuidados especializados prestados pela equipa médica e de enfermagem, inevitavelmente aumenta a sensação de distância física entre os pais e o bebé. Barros (2015) refere-se a este protelar dos estímulos e das respostas mútuas da tríade como um adiar para um momento incerto, um momento que o estado e a evolução clínica do bebé hão-de ditar... mãe e filho veem-se separados e obrigados a interagir no ambiente adverso da UCIN, rodeados da mais diversa tecnologia que, embora essencial à sobrevivência do RNP, tende a reduzir as oportunidades de contato mãe-filho. Em contexto de UCIN, a perda do papel parental é a principal fonte de stress e preocupação dos pais, que exige a intervenção do enfermeiro (Barros, 2015). É da competência dos enfermeiros, que prestam cuidados em parceria com a mãe dos RNP, e que se encontram devidamente habilitados, a assunção de um papel facilitador neste processo transicional, visando promover o desenvolvimento das



capacidades e o aumento da PAE maternas.

Quando surge a possibilidade de a mãe poder tocar o filho dentro da incubadora é simplesmente um momento mágico, porque o toque desempenha o meio primordial de comunicação entre ambos. Tocar o bebê e participar nos cuidados ao filho, possibilita à mãe ganhar segurança, fomenta o estabelecimento do vínculo afetivo com o filho e o estímulo à produção de leite materno de modo a que, posteriormente, possa cuidar do bebê em plenitude (Lopes, França & Andrade, 2014).

Para que o enfermeiro possa ir ao encontro das necessidades dos pais importa conhecer o que a evidência científica tem demonstrado quanto às necessidades e preocupações dos pais em contextos de UCIN. As restrições à iniciação dos cuidados constituem um dos principais fatores de stress parental (Barros, 2015). No domínio da percepção da condição clínica do RNP, o nível de escolaridade dos pais poderá influenciar a forma como entendem a gravidade da situação e compreendem todo o processo, pelo que, segundo Liechty (2011), o conhecimento adequado sobre comportamentos de saúde é considerado pré-requisito na transição para a maternidade.

Relativamente ao empoderamento dos pais, o enfermeiro deve estar atento à informação que os pais detêm, salientando que se deve sempre privilegiar a informação dada pelos profissionais do serviço de Neonatologia, de forma detalhada, ponderada e apropriada, alertando que o acesso rápido à informação, facilitada pela generalização dos meios digitais pode provocar nos pais ansiedade ou falsas expetativas. Neste sentido, Carolan (2007) alerta que, apesar da percepção comum de empoderamento, a procura de informações médicas excessivas, não satisfaz as questões de capacitação e educação das mães, podendo mesmo originar ainda mais ansiedade quando mal interpretadas.

## 1.1 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

Meleis et al. (2000) desenvolveram uma teoria que descreve a natureza, as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta comuns aos processos de transição. Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimentais (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-

estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra organizacionais).

A transição para a parentalidade enquadra-se, simultaneamente, no tipo desenvolvimental, situacional e de saúde-doença uma vez que pode estar relacionada com a necessidade de adaptação ao papel parental, a adaptação ao RN e à sua inclusão na unidade familiar, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticas como o nascimento de uma criança doente ou prematura, que exigem a mudança de papéis e a redefinição da identidade parental (Meleis, 2010). Não obstante, a transição para a parentalidade é, simultaneamente, um processo de transformação individual, conjugal e social, mediante o qual os pais redefinem o seu papel parental e desenvolvem competências que lhes permitam responder às mudanças desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que acontecem na vida do seu filho (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

O conceito de transição reveste-se de uma importância central para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e arte, devendo o enfermeiro assumir um papel de “facilitador das transições” (Santos et al., 2015). Conhecer melhor estes pressupostos, possibilita ao enfermeiro um aprofundamento do conhecimento, que lhe permitirá definir orientações para a sua prática profissional, delineando estratégias ao nível da prevenção, promoção e intervenção terapêutica relativamente ao processo de transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

A transição para a parentalidade é experimentada num contexto muito específico, no qual o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de proximidade com os pais de forma a facilitar a identificação das recentes necessidades dos mesmos, num processo de interação participativa, para que possa prescrever os cuidados de enfermagem que melhor se adequam ao processo de adaptação à mudança e ao novo estilo de vida (Meleis, 2005).

Para conhecer as dificuldades sentidas pelos pais e melhor realçar a sua importância na vida dos RNP, o enfermeiro deve também identificar algumas das necessidades sentidas pelos pais durante o internamento do seu filho na UCIN (SPN, 2016). Desta forma, Cleveland (2008), na sua revisão sistemática, identificou seis necessidades parentais nas UCIN: a necessidade de informação precisa e envolvimento nos cuidados ao bebé; a vigilância constante do RN e sua proteção; o ser aceite positivamente pela equipa de enfermagem; os cuidados

individualizados e o estabelecimento de relação terapêutica com a equipa de enfermagem. Por outro lado, identificou quatro comportamentos dos profissionais de enfermagem que dão resposta a essas necessidades dos pais: fornecer apoio emocional; capacitação parental; promoção de um ambiente acolhedor com políticas de apoio na unidade e educação parental, proporcionando assim a oportunidade de praticar novas competências através de uma participação guiada. Estas necessidades, apesar de serem de uma forma geral comuns à maioria dos pais, não dispensam uma avaliação criteriosa por parte do enfermeiro.

Tornar-se mãe envolve um complexo trabalho físico, psicológico e social. A identidade materna é construída, e é conseguida, quando a mãe sente ter atingido a harmonia entre o seu desempenho e as suas expectativas enquanto mãe, sendo que esta nova identidade se constrói com base em três elementos: a ligação com o filho, o sentimento de competência nos cuidados ao filho e a manifestação de contentamento e satisfação no desempenho do papel maternal (Mercer, 1995; Mercer & Walker 2006). Nesta transição, a mãe experimenta uma grande vulnerabilidade que resulta do desconhecimento em lidar com um novo acontecimento, podendo esta fragilidade afetar negativamente a sua PAE. A equipa de enfermagem deve apoiar as mães neste processo de aprendizagem, estimulando a confiança nelas próprias para poderem assumir com segurança a sua identidade de mãe, desempenhando com eficácia o seu novo papel.

Mercer e Walker (2006), realizaram uma revisão sobre as intervenções de enfermagem na promoção do processo de transição para a maternidade, e verificaram que estas se caracterizam em orientações nos cuidados à criança, na construção do entendimento e da capacidade de resposta para poder interagir com o filho e na promoção da vinculação mãe-filho. As intervenções interativas de enfermagem recíproca são as mais eficazes para aumentar as interações mãe-bebé e o conhecimento materno sobre os cuidados com o RN.

Os enfermeiros têm uma posição privilegiada, uma vez que são os principais cuidadores das pessoas e das suas famílias nos principais momentos em que se encontram a vivenciar processos de transição. O grande desafio que se lhes coloca consiste em assistir às alterações e imposições que essas mudanças provocam nas suas vidas, auxiliando nas transições iminentes e criando condições que contribuam para uma transição saudável de forma a facilitar o processo de aprendizagem de competências e que favoreça o desenvolvimento

humano, a maturidade, o equilíbrio e a estabilidade. Embora o cuidado transicional não seja algo definível, palpável, visível, nem tão pouco algo que possa se reduzir a uma simples definição, ele surge da conscientização do enfermeiro ao procurar compreender o cliente enquanto este vivencia o processo transicional (Meleis et al., 2000; Zagonel, 1999).

## **2. A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA**

A Teoria da Autoeficácia foi apresentada e desenvolvida por Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento, tendo por base a Teoria da Aprendizagem Social do mesmo autor (Bandura, 1986). Esta teoria apresenta um modelo triádico de causalidade recíproca em que as características da pessoa, o seu comportamento e o ambiente no qual se envolve estão em constante interação. Para este autor, a autoeficácia é uma variável psicológica distinta que vai além dos próprios conhecimentos específicos, das habilidades ou das experiências e que corresponde a “um julgamento das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir um certo grau de performance” (Bandura, 1986, p.391).

De acordo com Bandura (1997), a autoeficácia é um processo cognitivo e dinâmico no qual o sujeito ajuíza sobre as suas próprias capacidades em lidar com diferentes realidades e em concretizar os comportamentos exigidos. A autoeficácia, pode ser definida como um conjunto de crenças que o indivíduo tem acerca das suas próprias capacidades de organização e execução de tarefas para lidar com situações vindouras (Bandura 1989).

Para Pais-Ribeiro (1995), a autoeficácia refere-se à interpretação do indivíduo acerca da sua capacidade pessoal de organizar e desenvolver atividades em situações desconhecidas e potencialmente geradoras de stress apresentando-se como uma variável cognitiva de função motivacional, sendo que afeta o comportamento do indivíduo, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reação emocional. Melo-Dias e Silva (2019) acrescentam que é um tipo de autorreflexão que permite ao indivíduo avaliar e decidir sobre as expectativas acerca das suas competências. Essas expectativas serão determinantes no seu comportamento, influenciando as escolhas, as decisões, os esforços, a perseverança e os padrões de comportamento, bem como o nível de stress e desânimo que conseguirá tolerar nas interações.

A Teoria de Autoeficácia considera que o comportamento do indivíduo e as suas possíveis alterações são mediadas pela expectativa de autoeficácia pessoal, ou seja, pela crença

individual na capacidade em atingir um determinado nível de exigência (Bandura, 1989), não dependendo das capacidades, mas sim da utilização dessas mesmas capacidades para atingir os objetivos traçados. Isto é, o facto de o indivíduo ser possuidor de capacidades não lhe fornece, por si só, competência para as usar. O que mobiliza o uso das capacidades é a crença na autoeficácia, essa crença é que influencia a escolha das tarefas, o esforço e o tempo a ser despendido, não só para o cumprimento das mesmas, mas também para ultrapassar os obstáculos que encontrar nesse processo. Para conseguir uma elevada autoeficácia, é necessário que o indivíduo não só seja possuidor de capacidades, mas também que acredite ser capaz de as utilizar eficazmente (Brígido, 2003). É a percepção que tem das suas próprias competências que vai influenciar os padrões de pensamento e as reações emocionais ao meio envolvente e às exigências que o rodeiam.

A autoanálise dos atos, comportamentos e pensamentos da vida quotidiana, é uma característica do comportamento humano. Estes entendimentos que o indivíduo elabora acerca da própria competência em desempenhar com sucesso um padrão de comportamento são as percepções de autoeficácia (Bandura, 1989). O mesmo autor salienta que a autoeficácia é dinâmica e resulta das mudanças nas tarefas, das situações e do próprio processo de desenvolvimento de cada indivíduo, podendo variar na mesma pessoa e de tarefa para tarefa. A confiança que o indivíduo deposita nas suas próprias aptidões faz com que as diversas tarefas sejam encaradas como desafios a ultrapassar ao invés de ameaças a serem evitadas. Um elevado sentido de eficácia promove a construção cognitiva de ações eficientes que, por sua vez, reforça as autopercepções de eficácia. Por outro lado, quando a pessoa se autoavalia como ineficaz, percebe mais frequentemente cenários de fracasso focando-se nos aspetos negativos, prejudicando o seu desempenho (Bandura, 1997). Pode ainda afirmar-se que, com base em performances passadas, a percepção da autoeficácia será preditiva de reações futuras (Brígido, 2003).

A PAE é uma capacidade ativa em constante mudança (Pires, 1997) que influencia o comportamento humano e determina o nível de empenho que o sujeito coloca nas suas atitudes para alcançar determinado objetivo, afetando diretamente as suas escolhas, sentimentos, níveis de motivação, resiliência em relação às contrariedades encontradas e a vulnerabilidade ao stress do próprio sujeito (Bandura, 1997).

Quando usada em saúde, esta teoria, explica que o comportamento em saúde é determinado pela expectativa de resposta e pela expectativa de eficácia. A expectativa de resposta consiste na convicção de que um determinado comportamento irá dar origem a uma determinada resposta. A expectativa de eficácia corresponde à crença que se possui sobre a capacidade em desempenhar um comportamento específico, numa situação que proporcione a resposta pretendida (Bandura, 1997).

De acordo com Bandura (1986), as expectativas de autoeficácia as crenças de autoeficácia variam em três dimensões: magnitude ou nível de dificuldade, força e generalização. À *magnitude*, ou nível de dificuldade da tarefa, atribuem-se as dificuldades/ameaças que o indivíduo acredita ser capaz de superar para o desempenho da tarefa ou para o comportamento ser bem-sucedido. A *força* diz respeito ao grau de determinação necessário para o desempenho, pois uma forte PAE resiste após vários fracassos. A *generalização* está relacionada com a quantidade de domínios de funcionamento em que o indivíduo acredita ser eficaz. Será tanto maior, quanto maior for a semelhança entre as atividades a serem realizadas, as habilidades necessárias para a sua concretização, e as situações em que as atividades serão concretizadas (Leite et al., 2002; Nogueira & Mesquita, 1992).

Na prática, a autoeficácia influencia o comportamento humano, de forma que uma pessoa que apresenta uma elevada autoeficácia num determinado domínio pensa, sente e age de forma diferente da que se sente pouco eficaz (Brígido, 2003; Pires, 1997). Perante um sucesso, o indivíduo desenvolve confiança em si mesmo e nas suas capacidades de resolução dos problemas. Por outro lado, o falhanço continuado, será causador de baixas expectativas em relação às capacidades pessoais e, conseqüentemente, de baixos esforços para a sua concretização. Os indivíduos que duvidam das suas capacidades apresentam baixa autoeficácia e demonstram comportamentos de fuga em relação ao cumprimento de determinadas tarefas, que interpretam como difíceis, por considerarem que não têm capacidade para as realizar (Brígido, 2003).

## 2.1. DETERMINANTES DA AUTOEFICÁCIA

As crenças de autoeficácia são construídas a partir de quatro fontes de informação que atuam em conjunto e se influenciam reciprocamente ao longo do desenvolvimento. São elas, a experiência pessoal ou de desempenho, experiência vicária (modelos sociais), persuasão

verbal ou social e estados emocionais ou fisiológicos (Bandura, 1997; Usher & Pajares, 2009).

Outros determinantes da autoeficácia são os fatores pessoais internos e os fatores ambientais externos, que em função da sua variabilidade e controlabilidade se obtém a mudança nos níveis de autoeficácia. Desta forma, o conceito de resiliência, tem sido empregado na Teoria Social Cognitiva para caracterizar o indivíduo que, mesmo sofrendo influências externas desvantajosas, consegue aceitar e ultrapassar (Bandura, 2004; Ramos, 2015).

### ***Experiências pessoais ou de desempenho***

Bandura (1997) defende que a experiência pessoal prévia consiste na principal fonte de autoeficácia, podendo ser uma experiência positiva ou negativa. Revela-nos ainda que quando as pessoas emitem um juízo acerca da sua capacidade de exercer determinada ação fundamentam-se sobretudo nas suas experiências anteriores. Isto é, as pessoas interpretam as suas experiências passadas e, sustentando-se nessas interpretações, constroem as apreciações acerca da eficácia pessoal. Desta forma, as experiências interpretadas como positivas traduzem-se num indicador de capacidade e, por sua vez, as experiências percebidas como negativas, em incapacidade (Selau, Espinosa, Araujo & Veit, 2019). De uma forma geral, as pessoas que estão confiantes nas suas capacidades atribuem as suas falhas a fatores situacionais, enquanto os sujeitos com baixa autoeficácia tendem a imputar as lacunas à sua própria incompetência (Van Der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001). Ver se há mais recente, autor está na bibliografia

### ***Experiências vicariantes***

Bandura (1986) menciona que a segunda maior fonte das crenças de autoeficácia é constituída pelas experiências ou aprendizagens promovidas pela observação, modelação e imitação de modelos sociais. O mesmo autor especifica que a análise do comportamento de outros e das consequências das suas condutas, bem como o uso que se faz dessa informação para construir as expectativas acerca do seu próprio comportamento e respetivas repercussões pode, realmente, sustentar as expectativas da autoeficácia pessoais.

A observação de modelos é uma fonte de autoeficácia menos influente do que a experiência pessoal, contudo, pode colaborar para a apreciação que a pessoa faz da sua própria



capacidade (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001). Isto significa que, observar uma pessoa, que o sujeito entende como seu semelhante, a realizar determinada ação, pode influenciar o próprio a sentir-se capaz de fazer o mesmo (Selau et al., 2019). Aplicado ao contexto de neonatologia, uma mãe que observe outra a cuidar com competência do seu filho, igualmente prematuro, pode fazer com que também ela se sinta capaz de o fazer.

### ***Persuasão verbal ou social***

Uma terceira fonte que está na base das crenças de autoeficácia é a persuasão verbal ou social, através das quais fazemos com que as pessoas acreditem que têm em si todas as competências necessárias para serem bem-sucedidas. Isto é, as pessoas experientes, peritas ou profissionais, podem capacitar a pessoa, convencendo-a do seu potencial para adotar um determinado comportamento. Essencialmente, os distintivos de credibilidade e o prestígio da pessoa que tenta persuadir são fundamentais para que o indivíduo possa ser convencido. Da mesma forma, a persuasão pode constituir uma ajuda crucial nas outras fontes de autoeficácia, uma vez que as pessoas quando estão convictas das suas habilidades, não desistem facilmente, sendo mais resilientes. Esta é a fonte de autoeficácia mais utilizada por profissionais de saúde quando norteiam os seus utentes, convencendo-os e capacitando-os de que eles conseguem executar determinada ação (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

### ***Estados emocionais e fisiológicos***

O quarto e último grande determinante da autoeficácia são os estados fisiológicos e emocionais em que as pessoas se baseiam no julgamento das suas próprias capacidades. Enquanto as reações de tensão, fadiga e desânimo (ansiedade ou depressão) são percebidos como sinais de vulnerabilidade, um humor positivo e uma sensação de bem-estar físico e emocional fortalecem as percepções de eficácia pessoal. Desta forma, pode assegurar-se que a percepção do desempenho e da autoeficácia melhoram quando se reduz o medo e aumenta o bem-estar físico e mental (Salveti & Pimenta, 2005).

A informação que é significativa para qualificar a eficácia pessoal, quer seja transmitida de forma experimental, vicariante, persuasiva ou afetiva, não é especificamente instrutiva, já que adquire significado através do processamento cognitivo (Maddux, 1995). Pode concluir-se que as crenças de autoeficácia são resultado de um processo complexo de auto persuasão

que tem por base o processamento cognitivo de várias fontes de eficácia (Bandura, 1995; Maddux, 1995).

## 2.2. AUTOEFICÁCIA PARENTAL

A aplicação do modelo de Bandura ao domínio parental evidencia que para os pais considerarem que desempenham o seu papel de forma competente e eficiente precisam, antes de mais, de se sentirem eficazes no desempenho das suas tarefas parentais. A autoeficácia parental pode definir-se como o conjunto de perceções que os pais detêm sobre a sua própria competência parental e que estão intimamente relacionadas com a satisfação parental (Bandura, 1997; Coleman & Karraker, 1997; Erdwins, Buffardi, Casper & O'Brien, 2001; Teti & Gelfand, 1991).

Vários estudos encontram uma relação direta entre a elevada PAE materna e as práticas parentais positivas, de tal forma que as mães com baixa autoeficácia parental exibem um risco acrescido de desenvolver perturbação emocional. (Ferreira et.al., 2014). Deste modo, parece determinante a promoção da autoeficácia parental das mães como fator decisivo nas práticas parentais positivas.

Uma elevada autoeficácia no cumprimento das tarefas parentais parece estar diretamente relacionada com a satisfação com o papel parental. Da mesma forma, os pais mais satisfeitos com o seu papel cuidam mais eficazmente dos seus filhos, o que se traduz num desenvolvimento mais favorável da criança a nível físico, emocional e cognitivo (Hudson, Elek & Fleck, 2001; Nystrom & Ohrling, 2004).

Pires (1997) define autoeficácia materna como a sensação, por parte da mãe, das capacidades para cuidar da criança. A sensação de competência e confiança nas suas próprias capacidades, como pessoa e como mãe, será de importância fundamental no estabelecimento da relação precoce mãe-filho. Desta forma, a autoeficácia materna relaciona-se diretamente com o resultado das interações entre a mãe e o RNP, e com o modo como ela interpreta essas mesmas interações, estando diretamente relacionada com a sensação de competência.

Também Navarro, Navarrete e Lara (2011) sublinham que a autoeficácia materna está relacionada com a capacidade da mãe para desempenhar o seu papel. É definida como a apreciação que a mãe faz da sua própria competência e eficácia em lidar com as solicitações

e necessidades da criança. Alguns estudos revelam uma relação direta entre autoeficácia, comportamentos eficazes, capacidade de adaptação e resposta, interpretação das necessidades, e capacidade em incentivar e estimular a criança.

A autoconfiança parental resulta da capacidade dos pais se considerarem autoeficazes no cuidado aos seus filhos. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, precisam desenvolver estratégias para promover o bem-estar da família e fortalecer o vínculo entre pais e RN. Uma das estratégias potenciais nesse sentido consiste em ajudar os pais a adquirirem autoconfiança para cuidar dos seus filhos RNP, desde o internamento, para que possam atingir a independência nos cuidados após a alta hospitalar (Mendes, 2019).

O planeamento da alta é um processo complexo pelo que deve iniciar-se no momento da admissão do RN na unidade, continuando ao longo de todo o internamento, procurando sempre, durante este processo, a integração e envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN (Roque, 2014). O profissional de saúde deve fornecer educação e orientação antecipatória antes da alta, bem como cuidados consistentes no hospital e após a alta, uma vez que isso pode afetar o nível de confiança materna (Premji et al., 2018). Mendes (2019) recomenda que se elaborem protocolos de orientações para a alta hospitalar específicos para pais de RNP e suas famílias, visando a sua inserção nos cuidados e a melhoria da sua perceção de autoeficácia e competência. Além disso, importa investir na capacitação dos pais, levando em consideração as suas individualidades e potencialidades.

Marques e Sá (2004) alertam que, apesar do incentivo à presença e envolvimento dos pais nos cuidados, ainda há um longo caminho a percorrer no sentido da parceria, o que leva a que os pais se sintam muitas vezes inseguros no momento da alta clínica, momento em que os cuidados são transferidos das UCIN para o domicílio, ficando os pais totalmente responsáveis pela tomada de decisão, o que lhes provoca ansiedade.

Uma elevada PAE parental pode influenciar positivamente a alta da criança e, por sua vez, uma preparação eficaz pode fortalecer ainda mais a PAE, elevando-a (Lourenço, 2017).

Lourenço, 2017, indica-nos três fatores influenciadores deste processo:

- Tempo de internamento hospitalar: os internamentos de curta duração poderão influenciar negativamente a PAE por não existir tempo suficiente para uma correta

adaptação, aquisição de competências e aprendizagem das necessidades da criança. Contudo, cuidadores com níveis elevados de autoeficácia farão uma aquisição de conhecimentos mais rápida, sendo menos influenciados por este fator;

- Cuidados a desempenhar: quanto maior a complexidade das tarefas a desempenhar pelo cuidador, maior o desafio, podendo esse estímulo influenciar a PAE. Porém, entende-se que cuidadores com níveis elevados de autoeficácia irão encarar os novos desafios com mais facilidade (Leite, 2012; Leão, 2012);
- Contexto socioeconómico: os meios financeiros, a condição laboral, as circunstâncias habitacionais, bem como o nível de instrução podem influenciar a confiança da mãe para cuidar, no contexto de regresso a casa. Leite (2012) reconhece que baixos recursos económicos, uma situação profissional frágil ou mesmo desemprego, um baixo nível de escolaridade e condições habitacionais precárias poderão colaborar para uma baixa PAE. No entanto, uma participação parental ativa nos cuidados à criança, durante a hospitalização, adotando uma filosofia de parceria, contribui para que haja uma adequada preparação para a alta podendo, deste modo, fortalecer-se a segurança e a confiança dos pais na prestação de cuidados no domicílio e aumentar a sua PAE relativamente à capacidade de cuidar dos seus filhos.

A passagem de um RNP de incubadora para berço, permite que os pais e os profissionais de saúde cuidem dele num contato mais próximo, com maior contato visual, que o pegam ao colo, o abracem e o vistam. Esta etapa é recebida pelos pais com muito entusiasmo porque vêm a oportunidade de cuidar do seu filho com maior envolvimento parental, e consequente autoconfiança, numa fase de pré-regresso a casa (SPN, 2016).

As pessoas com altos níveis de autoeficácia aceitam tarefas difíceis como desafios a serem encarados, sendo mais resilientes e esforçadas. Estas crenças influenciam positivamente as decisões que as pessoas tomam ao longo da vida, fazendo-as optar por caminhos e comportamentos nos quais se consideram eficientes, e evitando ações em que se julgam incapazes (Selau, Espinosa, Araujo & Veit, 2019). É, pois, de suma importância que as mães se sintam capazes de exercer os cuidados ao seu filho com eficácia, sendo indispensável que os profissionais de saúde fomentem o desenvolvimento de tais crenças para que a mãe no momento da alta do seu filho tenha os melhores níveis de autoeficácia.

### 2.3. A IMPORTÂNCIA DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA PARENTAL NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA

O planeamento do regresso a casa é um processo delicado, que deve ser conduzido de forma sequencial e refletida perspetivando-se a prestação de cuidados de qualidade, o estabelecimento de uma relação empática, honesta e de entreajuda entre o enfermeiro e os pais, tendo todos os elementos consciência do processo que estão a vivenciar (Lourenço, 2017).

Os pais tornam-se apreensivos e ao mesmo tempo animados com o aproximar da alta clínica do seu bebé. Possuem muitas preocupações e inseguranças quanto ao cuidado do RN. Preocupam-se com o fato de não serem capazes de reconhecer sinais de perigo ou de doença e de o RN ainda não estar pronto para receber alta. Os enfermeiros devem auxiliar os pais precocemente a adquirir e a melhorar as suas habilidades no cuidado do RN, bem como oferecer as instruções adequadas e permitir aos pais o tempo necessário para que possam compreender as informações fornecidas, expor as suas dúvidas e realizar a aprendizagem das necessidades que o RN necessitará no domicílio. A equipa da UCIN é responsável por garantir que os pais estejam física e emocionalmente preparados para o cuidado dos RN (Hockenberry & Wilson, 2014).

O momento da alta hospitalar representa uma nova etapa, caracterizada por inseguranças e incertezas por mais habilitados que os pais se encontrem, uma vez que a partir desse instante, os pais terão em si a responsabilidade de cuidar do filho e o desempenho absoluto do seu papel parental. O enfermeiro desempenha um papel elementar no processo de preparação para a alta, capacitando a família através de intervenções que visam ensinar, instruir e treinar os pais para que estes sejam dotados de habilidades que lhes permitam poder cuidar do seu filho, autonomamente, no domicílio (Roque, 2014).

Rodrigues (2010) refere que a supervisão, orientação e educação para a saúde são instrumentos fundamentais para potencializar as capacidades dos pais nos cuidados ao filho. À medida que os pais vão desenvolvendo competências e, por conseguinte, prestando cuidados, o enfermeiro vai avaliando todo o processo e observando onde será necessária nova intervenção. A avaliação realizada a cada momento condicionará as intervenções de enfermagem a ser desenvolvidas, para que o plano de cuidados vá ao encontro das

necessidades de cada RN/cuidador. A mesma autora conclui que a reflexão, a auto-observação e a supervisão são meios de se conseguir um feedback e de analisar as interações de forma mais objetiva, de modo a identificar os pontos fortes e os aspetos a melhorar. Só assim é possível desenvolver competências pedagógicas, relacionais, metodológicas e científicas enquanto profissional.

A supervisão em enfermagem neonatal é extremamente complexa, sendo que a função do enfermeiro passa em grande parte por ensinar e ajudar os pais a cuidar do seu filho. No caso de RNP, a vinculação com os pais é difícil e frágil. O enfermeiro deve compreender os sentimentos vividos pelos pais e posteriormente desenvolver estratégias adaptadas a cada família para facilitar a vinculação e preparação dos pais enquanto cuidadores. Diariamente, o enfermeiro negocia com os pais, ensina e encoraja-os a cuidar. Muitas vezes é preciso dar tempo, e progressivamente, desenvolvem-se estratégias e reforçam-se os ensinamentos adequados a cada família, observando e supervisionando os cuidados (Rodrigues, 2010).

### 3. A PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA

É incontestável que a família representa a pedra basilar de uma sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014), consistindo no agente socializador primário que pratica o cuidado, que dá apoio e orientações, que ensina a viver, amar, sentir, a se cuidar e cuidar do outro (Teixeira, Nitschke & Silva, 2011) e influencia a forma como os indivíduos percebem e vivenciam o processo saúde-doença, bem como as necessidades de cuidados dos seus membros (Prates, Schmalfuss & Lipinski, 2015).

Apesar de ao longo dos tempos se terem assumido novos paradigmas, referentes às novas estruturas de família e à igualdade de papéis na estruturação das suas atividades para todos os seus membros, é na mulher que continua a recair a maior parte das funções respeitantes à organização interna da vida familiar; os trabalhos domésticos, os cuidados com as crianças e com as pessoas dependentes (Dias, 2011). Também em Neonatologia, sempre que possível, é a mãe que acompanha mais de perto o internamento do RN. Embora o alvo dos nossos cuidados seja a família, torna-se imprescindível zelar pelo bem-estar da mãe, e este passa pelo bem-estar, não só do RNP, mas também da sua rede de suporte, do seu marido, dos outros filhos e de todos os que são imprescindíveis para o seu equilíbrio.

Para que os pais possam ultrapassar as situações de stress com a ativação de estratégias de *coping* que lhes permitam fazer a transição para a parentalidade, é de extrema importância o apoio familiar e dos amigos, especialmente a nível emocional, mas também nas tarefas domésticas e nos cuidados com as crianças (Reis, 2011).

#### 3.1 O PAPEL DA FAMÍLIA

A interação com as famílias acompanha a enfermagem desde sempre, porque a enfermagem começa em casa das pessoas e tem como objetivo a família, tornando-se essencial potenciar o sistema familiar como parceiro de cuidados e como promotor da saúde dos seus membros (Wright & Leahey, 2009).

Para podermos trabalhar com as famílias, ajudando-as no seu processo de transição com vista

à promoção da sua autonomia e autoeficácia, necessitamos de conhecer algumas teorias que explicam o funcionamento da família e a forma como se reestruturam perante a mudança ou a adversidade de modo a melhor perceber as suas fragilidades e entender como se comportam:

- De acordo com a **Teoria Sistémica da Família**, a família é definida como “um sistema que está em contínua interação com os seus membros e com o ambiente”. Uma mudança em qualquer parte de um sistema familiar afeta outras partes do sistema (casualidade circular). A aplicabilidade desta teoria assenta principalmente nos processos de comunicação familiar, muito relacionados com a delimitação de fronteiras e controle familiar, como é o caso da parentalidade na adolescência (Hockenberry & Wilson, 2014);
- Segundo a **Teoria do Stress Familiar**, o stress é considerado uma parte inevitável da vida familiar e, qualquer evento, mesmo que positivo, pode ser stressante para a família. As famílias enfrentam stresses esperados e stresses situacionais inesperados ao longo do ciclo da vida, mas respondem aos stressores com ampla variedade de estímulos e respostas. É a teoria com maior aplicabilidade no âmbito da transição para a parentalidade e outras transições normativas como famílias que experimentam stress relacionado com doença infantil, morte de um filho, gravidez ou parentalidade na adolescência (Hockenberry & Wilson, 2014);
- A **Teoria do Desenvolvimento** defende que as famílias se desenvolvem e mudam ao longo do tempo de maneiras semelhantes e consistentes. Deste modo, o desempenho do papel familiar num estágio do ciclo de vida da família influencia as opções comportamentais da família num próximo estágio. Esta teoria assume maior aplicabilidade na orientação antecipada em estratégias de educação e desenvolvimento ou fortalecimento de recursos familiares para conduzir a transição à parentalidade ou na gestão de ajustes familiares, como a saída dos filhos de casa (“ninho vazio”) (Hockenberry & Wilson, 2014).

Também o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar tem sido adotado a nível mundial e baseia-se num referencial teórico que envolve não somente o conceito de sistemas, mas também cibernética, comunicação e mudança, sendo constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Contudo, a avaliação das categorias



cabe ao enfermeiro a seleção das subcategorias a serem avaliadas. Deste modo, a categoria estrutural refere-se à estrutura da família; a categoria de desenvolvimento compreende as transformações que a família sofreu ao longo dos tempos (eventos como nascimentos, mortes, curso de vida); a categoria funcional descreve o modo de interação entre os membros da família (Wright & Leahey, 2009).

Quando as famílias têm dificuldades na adaptação, inerentes às diferentes etapas do ciclo, podem instalar-se “crises de desenvolvimento”, caracterizadas por serem universais e previsíveis, gerando alterações na função familiar e problemas nos seus membros. A família desempenha neste ciclo um papel estabilizador, através do processo de socialização, o qual procura produzir a conformidade nos elementos da família, por forma a que se adaptem à nova estrutura como um todo ao qual pertencem (Relvas, 1996).

No que diz respeito ao ciclo gravídico puerperal, entende-se que o apoio familiar é de extrema importância, uma vez que pode ser fundamental no desempenho de uma série de competências específicas no processo de pós-parto. A família tende a tornar-se a principal rede de apoio e suporte durante esse período, podendo ser considerada como um fator de risco ou um fator de proteção no puerpério, consoante a forma como se consigam reestruturar e apoiar entre si. O companheiro deve ser o primeiro a apoiar a mulher, pois embora em posições diferentes, ambos vivenciam o mesmo fenómeno (Melo, Ângelo, Pontes & Brito, 2015). O papel familiar, para além de ser o quadro de referência de crenças e valores que tanto caracterizam a forma como percebemos e reagimos às adversidades é, acima de tudo, uma fonte de segurança, afeto, proteção e bem-estar.

Fernandes et al. (2011) concluíram na sua investigação que, diante do papel de cuidador, socialmente incumbido à mulher, os cuidados com o RNP exigem uma apropriação por parte da mãe de aptidões que lhe permitam, com segurança, cuidar do seu filho. Esta apropriação dá-se pela necessidade que a gestação e o puerpério desencadeiam, de serem cuidadas, para que possam cuidar do bebé, e o apoio que recebem é a sua rede de suporte. A análise demonstrou que o exercício do poder materno dessas mães foi facilitado pela rede de apoio que tiveram disponível no período puerperal. A proteção e o apoio são solicitados ao pai do bebé, à família e estendido para o plano espiritual.

Alguns estudos sustentam que dentro do apoio familiar, há a realçar a importância do

envolvimento paterno. A participação dos companheiros nos cuidados ao bebê e na presença efetiva, suscita sentimentos de satisfação, além de estreitar o vínculo familiar, favorecer as relações conjugais e as relações entre pai e filho, sendo fundamental para o desenvolvimento familiar saudável. O envolvimento paterno efetivo possibilita, ainda, o incentivo ao aleitamento materno, o fortalecimento do desenvolvimento do bebê e do vínculo pai-filho e, conseqüentemente, maior capacidade social e regulação emocional (Silva, Marcolino, Ganassin, Santos & Marcon, 2016).

Embora o ato de cuidar seja cultural e naturalmente colocado a cargo da mulher, há momentos nos quais elas também necessitarão de cuidados, como é o caso do puerpério. Neste caso, poder contar com uma rede social de apoio, com destaque à participação específica do companheiro, proporciona à mulher a vivência desse período de uma forma mais positiva, e contribui para um melhor desenvolvimento do bebê dentro do contexto familiar (Romagnolo, Costa, Souza, Somera & Benincasa, 2017).

Botero (2004) destaca que quando o pai está presente e oferece uma relação harmoniosa, a mãe é capaz de resgatar o seu bebê real de todos os bebês imaginários. Da mesma forma, o suporte familiar constitui uma importante ferramenta para o casal no período puerperal, na medida em que é à família que os indivíduos recorrem quando necessitam de ajuda, orientação e conselhos (Dias, 2018), com maior relevância no contexto da prematuridade em que a situação do bebê e do casal se fragiliza e as necessidades de apoio à mãe se elevam. A mãe experiêcia uma gravidez interrompida antes do término, olha o seu bebê frágil, e vive com medo pela incerteza da sua sobrevivência ou desenvolvimento saudável. O acompanhamento do internamento nos cuidados intensivos, habitualmente assumido pela mãe, torna-a vulnerável e a necessitar também ela de muito apoio e cuidados. O pai é, habitualmente, o elemento de referência para a mãe, que melhor entende e pode dividir as angústias da situação que estão a vivenciar e com o qual poderá tomar decisões.

### 3.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO

Existem evidências de que a separação emocional que acompanha a separação física entre mães e bebês interfere na formação do vínculo afetivo. O vínculo afetivo que se inicia antes da concepção é fortalecido pela ocorrência de acontecimentos significativos ainda durante a gravidez, tornando-se efetivo no contato mãe-bebê durante o período neonatal e infância. A

fragilidade clínica do RN e a dúvida da sobrevivência podem fazer recuar os pais na relação afetiva com o bebê (Hockenberry & Wilson, 2014). O olhar atento da equipa de enfermagem e os cuidados centrados na família (CCF) do RNP de alto risco incluem o encorajamento e a facilitação do envolvimento dos pais, devendo os enfermeiros aproximar, o mais precocemente possível, as mães dos seus filhos, de modo a reduzir os efeitos negativos da separação física (Hockenberry & Wilson, 2014). Pode facilitar-se essa aproximação, dando a conhecer as competências do RN, ajudando a reconhecer os sinais e a ler os comportamentos do mesmo, promovendo o vínculo entre ambos.

O desajuste entre o bebê imaginário e o bebê real pode ser mais intenso no contexto da prematuridade por diversas razões (Brazelton & Cramer, 1989). Diante do nascimento do RNP, da sua fragilidade e internamento na UCIN, a mãe necessita de passar por um processo psíquico de elaboração da perda do bebê imaginário para vincular-se ao bebê real e adaptar-se às suas necessidades (Fleck & Piccinini, 2013). Nesta realidade tão diferente da idealizada, em que a barreira da incubadora parece aumentar a distância, o toque é quase sempre o primeiro ato de comunicação entre os pais e a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Este contato entre a díade, é decisivo na recuperação e no desenvolvimento do RN, pelo que os enfermeiros o devem promover o mais precocemente possível, reduzindo as barreiras físicas e emocionais que possam existir, de forma a promover a vinculação dos RNP com os seus pais.

Para Scortegagna et al. (2005), um momento singular que serve de ligação entre a mãe e o bebê, é o interesse desta em tocá-lo. Os dados da sua pesquisa evidenciam que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-bebê. É por meio dessas modalidades de contato que o RN e sua mãe estabelecem a trama dos vínculos afetivos. Auxiliar a observar, reconhecer, compreender e responder adequadamente às informações e aos sinais do bebê é fundamental para o desenvolvimento inicial dessas relações e para o desenvolvimento futuro do RN.

Para Casey (1993), as crenças e valores que sustentam os CCF reconhecem os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança. Hockenberry e Wilson (2014) explicam que esta filosofia de cuidados baseia-se em dois conceitos fundamentais, são eles a capacitação e o empoderamento. É da competência dos profissionais de saúde, mas especialmente dos

enfermeiros, capacitarem as famílias, concedendo-lhes as oportunidades e os meios de que necessitam para desenvolverem as suas habilidades e competências, tornando-se competentes para satisfazerem as necessidades da criança de forma autónoma e eficaz. O empoderamento corresponde à relação que se estabelece entre os profissionais e as famílias com o objetivo de desenvolver nas mesmas um sentimento de controlo sobre as suas próprias vidas, reconhecendo os comportamentos de que promovem as suas próprias resistências, competências e intervenções. Esta filosofia, encara as famílias como famílias e as crianças como crianças, identificando que ambas detêm em si um conjunto de forças, interesses, emoções e aspirações, que vão muito para além da sua condição de dependência de cuidados de saúde atual (Hockenberry & Wilson, 2014).

Embora o enfermeiro numa UCIN desenvolva bastantes competências técnicas, cabe-lhe também desenvolver competências que se enquadrem na dimensão ética, deontológica e relacional, objetivando a qualidade dos cuidados prestados na interação com o RN e família de forma holística (Roque, 2014). A equipa de enfermagem deve estar ciente da sua influência na promoção de vínculo entre família e RNP, assim como oferecer apoio aos pais, é importante que se prescrevam intervenções que promovam um ambiente acolhedor para que os pais se sintam seguros na prestação de cuidados ao seu filho.

É crucial que os enfermeiros tomem consciência da importância que o seu comportamento assume nas experiências parentais. A sua abordagem é fundamental no apoio e na promoção dos mecanismos de *coping* dos pais, relativamente à situação vivenciada (Fegran & Helseth, 2009). O enfermeiro é o profissional de excelência na mediação da relação pais-RNP, pelo que deve atuar como facilitador do processo de vinculação e parentalidade. Nos cuidados ao RN de alto risco, a sua postura deve ser de inclusão, encorajamento e facilitação no envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho. O enfermeiro deve envolver os pais em todos os cuidados, mesmo nas atividades que lhe pareçam pouco significativas, porque é nesse envolvimento que os pais se sentem mais úteis, com um papel mais ativo e com maior controlo sobre a situação. Para além disso, é fundamental que o enfermeiro promova uma relação saudável entre os pais e a criança, encorajando a presença dos mesmos nos momentos em que estes podem ser envolvidos e dando-lhes um reforço positivo quando prestam cuidados ou quando interagem com o seu filho (Hockenberry & Wilson, 2014). Fujiwara,

Kato e Sanders (2011), consideram que ensinar, instruir e treinar os pais na prestação de cuidados ao RN constituem ferramentas elementares à apreciação e desenvolvimento da parentalidade, através da demonstração e execução com ajuda até à realização autónoma, com supervisão, oferecendo sempre feedback do seu desempenho, sugerindo aspetos a melhorar e a definição de metas em parceria.

A comunicação entre profissionais da UCIN e os pais vai muito para além da informação acerca do estado clínico do RN. Os profissionais de saúde têm o dever de educar e nortear os pais na participação ativa dos cuidados ao seu filho, capacitando-os para que se possam tornar parceiros efetivos no processo de tomada de decisão. Para além disso, as habilidades comunicacionais devem servir como veículo para a equipa compreender e integrar os medos e emoções dos pais, de forma a fornecer-lhes o apoio e o conforto de que necessitam nos momentos mais críticos do internamento do seu filho, inclusive, no luto (Orzalesi & Lucia, 2011). Pela complexidade inerente ao cuidar das famílias em situações críticas e pela sensibilidade que exige, pode dizer-se que a dimensão emocional do cuidar está diretamente relacionada com o grau de perícia e experiência profissional dos enfermeiros (Barros, 2015). É expectável que o enfermeiro respeite os tempos de que os pais necessitam, a sua vontade e o seu desejo de participação nos cuidados, e lhes dê espaço para processarem toda a informação e consigam ultrapassar os seus próprios obstáculos (Meleis, 2010).



## **CAPÍTULO II. METODOLOGIA**





#### **4. O ESTUDO**

Este estudo trata-se de uma investigação quantitativa, descritivo e correlacional, transversal. Foi orientado no sentido de analisar a PAP das mães dos RNP internados numa UCIN, na fase de pré regresso a casa. A amostra refere-se a mães residentes na região centro de Portugal.

O estudo foi realizado na cidade de Coimbra, numa unidade de neonatologia dos CHUC. Esta é uma unidade diferenciada com uma lotação de 9 incubadoras de cuidados intensivos e 6 berços de cuidados intermédios.

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente, 2016), esta instituição hospitalar é classificada como Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado.

De acordo com Marlow (2012), as unidades de cuidados neonatais podem diferenciar-se em três níveis: I, II e III, encontrando-se esta unidade no Nível III (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais). Esta classificação deve-se ao facto de:

- Providenciar todo o tipo de cuidados médicos neonatais, excetuando-se algumas especialidades (como cirurgia neonatal);
- A equipa médica ser apenas formada por médicos neonatologistas, admitindo-se diferentes níveis de graduação.

Este capítulo descreve a metodologia adotada na realização da investigação. Inicia-se com a apresentação das questões e hipóteses consideradas. Segue-se a identificação das variáveis em estudo; a descrição da população e a caracterização da amostra; o processo de colheita de dados (especificando o instrumento de colheita de dados com as respetivas escalas que o compõem); os aspetos formais e éticos; e, por último, uma breve referência ao processo de análise dos dados.

#### 4.1. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com o processo metodológico da investigação e atendendo aos objetivos anteriormente descritos, foram operacionalizadas duas questões de investigação (Q1 e Q2) e cinco hipóteses de investigação (H1-H5).

##### ***Questões:***

Q1: Qual o nível de autoeficácia parental percebida pelas mães de RNP na fase final de internamento numa UCIN?

Q2: Quais as dimensões percebidas por essas mães como de menor e maior autoeficácia parental?

##### ***Hipóteses:***

Os objetivos definidos relativamente à análise da relação entre a autoeficácia parental percebida pelas mães dos RNP e presumíveis fatores (a complexidade da situação clínica do bebé, o nível de escolaridade das mães, a experiência prévia materna e a satisfação com os cuidados no internamento) foram operacionalizados através das seguintes hipóteses de investigação:

H1: A PAP das mães de RNP na fase final de internamento está negativamente correlacionada com a complexidade da situação clínica do RN.

H2: A PAP das mães de RNP na fase final de internamento está positivamente correlacionada com o seu nível de escolaridade.

H3: A PAP das mães de RNP na fase final de internamento está positivamente correlacionada com a experiência prévia materna.

H4: A PAP das mães de RNP na fase final de internamento está positivamente correlacionada com a sua satisfação com os cuidados observados no internamento.

H5: A PAP das mães de RNP na fase final de internamento está positivamente correlacionada com o apoio familiar.

## 4.2 VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo foram determinadas pelas questões e hipóteses de investigação formuladas inicialmente, em função do quadro concetual e da operacionalização do estudo. Foram definidas variáveis centrais e variáveis independentes que serão explanadas em seguida.

### 4.2.1 Variável central

A variável central do estudo, e que no contexto das hipóteses funciona como dependente, é a *Perceção de Autoeficácia Parental Materna* (PAEPM).

Entende-se por **PAEPM** a avaliação que as mães fazem do seu próprio desempenho relativamente à capacidade de entender e cuidar do seu bebé. No presente estudo foi mensurada pela *Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna* (EPAEPM). Segundo os seus autores, compreende quatro dimensões:

Dimensão 1 - *Tomar Conta* – Entende-se como a percepção sentida pela mãe relativa à sua própria capacidade para cuidar do seu filho relativamente ao assegurar das suas necessidades básicas.

Dimensão 2 - *Eliciar comportamento* – Entende-se como a percepção sentida pela mãe relativa à sua própria aptidão para conseguir uma alteração de comportamento no seu filho, conseguir uma determinada reação.

Dimensão 3 – *Ler comportamento* - Entende-se como a percepção sentida pela mãe relativa à sua própria capacidade para identificar, perceber e interpretar alterações de comportamento no seu filho e compreender os sinais que este lhe transmite.

Dimensão 4 - *Crenças situacionais* - Entende-se como a avaliação, a percepção sentida pela mãe relativa à interação que estabelece com o seu filho, a vinculação entre ambos.

### 4.2.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram organizadas em dois grupos: o primeiro grupo compreende a **Condição Clínica do RN** (Idade Gestacional ao Nascimento, o Tempo de Internamento, e as Complicações Durante o Internamento); o segundo, refere-se à **Condição Materna**, como

as Habilitações Literárias da mãe, a Experiência Prévia Materna e a Satisfação com os Cuidados Observados durante o Internamento e a Percepção de Apoio Familiar.

- **Condição Clínica do RN**

Quanto à Condição Clínica do RN, estabeleceram-se como critérios, a ***Idade Gestacional ao Nascimento***, o ***Tempo de Internamento***, e as ***Complicações Durante o Internamento*** como indicadores do grau de complexidade da situação clínica do RN.

A *Idade Gestacional ao Nascimento*, revela-nos um indicador evidente do grau de prematuridade do RN e fornece-nos inúmeras informações com base no conhecimento acerca da prematuridade. As semanas de gestação que o RNP apresenta ao nascimento, permitem-nos perspetivar de uma forma genérica, o tempo de internamento mínimo de que o RNP necessita para reunir as condições essenciais para poder receber alta clínica, bem como as complicações possíveis e previsíveis durante o mesmo. Contudo os dois últimos indicadores podem surgir dissociados do primeiro, o que nos conduzirá a outra interpretação da situação clínica.

- **Condição Materna**

Relativamente aos aspetos relacionados com a mãe, definiram-se as ***Habilitações Literárias da Mãe*** como um indicador de literacia em geral, relacionado com a capacidade cognitiva e a habilidade para conseguir aceder a informação, aptidão para mobilizar conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e utilizar recursos que lhe permitam ultrapassar as dificuldades e participar ativamente nos cuidados ao seu filho.

Para classificar este critério, foi questionado às mães as suas habilitações académicas e a sua profissão, dois aspetos que poderão influenciar quer o nível de conhecimentos, quer a experiência materna. De forma a facilitar a compreensão e tratar os dados, procede-se à categorização e codificação das habilitações académicas, apresentado no quadro seguinte (Quadro 1), estabeleceu-se uma correspondência entre as habilitações académicas e os níveis de qualificação expressos no Quadro Nacional de Qualificações (QNQ) (DGES, 2009). O QNQ é um instrumento de referência único para classificar todas as qualificações produzidas no sistema educativo e formativo nacional. Estrutura-se em 8 Níveis de

Qualificação, e adotou os níveis de qualificação e respetivos descritores do Quadro Europeu de Qualificações (QEQ).

### Quadro 1

Relação entre as Habilitações Académicas e o Quadro Nacional de Qualificações

| Habilitações Académicas           |         | Quadro Nacional de Qualificações                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ensino Superior                   | Nível 8 | Doutoramento                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Nível 7 | Mestrado                                                                                                                                                                                           |
|                                   | Nível 6 | Licenciatura                                                                                                                                                                                       |
|                                   | Nível 5 | Qualificação do nível pós-secundário não superior com créditos para prosseguimento de estudos de nível superior                                                                                    |
| Ensino Secundário ou Profissional | Nível 4 | Ensino secundário obtido por percursos de dupla certificação ou ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudos de nível superior acrescido de estágio profissional mínimo de 6 meses |
|                                   | Nível 3 | Ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudos de nível superior                                                                                                                     |
| Ensino Básico                     | Nível 2 | 3º Ciclo do ensino básico obtido no ensino básico ou por percursos de dupla certificação                                                                                                           |
| Ensino Primário                   | Nível 1 | 2º Ciclo do ensino básico                                                                                                                                                                          |

A profissão/área profissional dos pais inquiridos foi codificada de acordo com os níveis de qualificação expressos na Classificação Portuguesa das Profissões (CPP), 2010 (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011), por forma a categorizar e tornar mais fácil a interpretação dos mesmos, que se apresentam no quadro seguinte (Quadro 2).

## Quadro 2

Níveis de qualificação da Classificação Portuguesa das Profissões

| <b>Grande Grupo de Profissões da CPP 2010</b>                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Profissões das Forças Armadas                                                                           |
| Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas                                                 |
| Técnicos e profissões de nível intermédio                                                               |
| Pessoal administrativo                                                                                  |
| Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores                               |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta                        |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices                                         |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores                                                    |
| Trabalhadores não qualificados                                                                          |

A ***Experiência Prévia Materna*** foi avaliada questionando o grau de experiência prévia em cuidar de bebés em quatro opções de resposta (Nenhuma, Observação, Colaboração, Responsável) e pela revelação da Existência de Filhos Anteriores e pela existência de partos prematuros anteriores. Considerou-se que todos são indicadores de experiências prévias que enriquecem conhecimentos e estimulam o desenvolvimento de capacidades, recursos e competências que poderão influenciar a forma como as mães percecionam a sua autoeficácia e encaram os desafios atuais.

A ***Satisfação com os cuidados observados durante o internamento*** foi constituída variável uma vez que poderá ser um indicador de aprendizagem e desenvolvimento de capacidades relativas ao novo papel maternal, aprendizagens essas feitas por observação e instrução, sendo sugerida pela literatura como um preditor de autoeficácia, no sentido em que a observação de modelos poderá constituir uma fonte de autoeficácia, influenciando, deste modo, a avaliação que a pessoa faz de si própria e das suas capacidades.

A avaliação que a mãe faz relativamente à sua Satisfação com os Cuidados observados durante o Internamento, foi parametrizado em quatro opções (Muito Satisfeita, Satisfeita,

Pouco Satisfeita e Nada Satisfeita) e poderá representar um indicador da interpretação e do significado que a mãe atribui às aprendizagens relacionadas com o seu papel materno, adquiridas durante o internamento, quer por observação, instrução ou reforço.

A ***Perceção do Apoio Familiar*** corresponde ao modo como o indivíduo julga o funcionamento da sua família, expressando o seu grau de satisfação com o cumprimento de funções básicas. Para avaliar a PAF das mães que integraram o estudo, utilizou-se a Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978). Este método permite conhecer a perceção que a mãe tem do funcionamento da sua família, tem validade e credibilidade já testadas com bons índices, e é um excelente indicador da (dis)função familiar.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Com base nos objetivos propostos, definiu-se como população de referência as mães dos RNP internados numa UCIN (diferenciada), na fase de pré regresso a casa. A amostra refere-se a mães residentes na região centro de Portugal.

##### 4.3.1. Processo de Amostragem

O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico, acidental, constituído pelas mães presentes e acessíveis na referida UCIN. As mães foram convidadas para participar na amostra à medida que reuniam as condições ideais, isto é, na fase em que se previa que a alta do seu filho acontecesse nas 72 horas seguintes e até a amostra atingir o tamanho desejado. Inicialmente, estipulou-se que a amostra deveria ultrapassar 30 elementos. Neste sentido, aproxima-se de uma amostragem consecutiva.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado às mães de RNP internados na referida UCIN, que se encontravam na fase de pré regresso a casa, e que cumpriam os critérios de inclusão. A integração das mães na amostra fez-se de forma sequencial, conforme previsão de regresso a casa nas 72 horas seguintes. A amostra ficou constituída por 38 mães.

Os critérios de inclusão que foram definidos compreendiam todas as mães de RNP internados nessa UCIN durante mais de 7 dias, que dominassem a língua portuguesa, e capazes de responder ao questionário sob a forma de autorelato, só com ajuda mínima, se necessário.

Apesar da alta hospitalar começar a ser preparada por toda a equipa multidisciplinar desde a

admissão do RNP, optou-se por este intervalo de tempo (72 horas antes do regresso a casa) pelo facto de se entender que será próximo deste momento que as mães estarão mais conscientes do seu papel e melhor habilitadas para responder às questões colocadas, precisamente por terem começado também a preparar o regresso a casa com o seu filho. Assim, esta altura pareceu ser o momento mais propício para as mães se autoavaliarem quanto à percepção de autoeficácia.

#### **4.3.2. Caracterização da amostra**

A amostra foi constituída por 38 mães e encontra-se caracterizada sumariamente na Tabela 1.

A maioria dos elementos da amostra compreendiam o grupo etário entre os 26 e os 35 anos, eram de nacionalidade portuguesa e solteiras.

Quanto ao Estado Civil, e considerando a semelhança no tipo de relação, agrupando-se as relações caracterizadas por Uniões de Facto com as relações caracterizadas como Casamentos, obtém-se um valor maioritário de mães com esta tipologia de relação.

Quanto às Habilitações Literárias, a maioria das mães possuía o Ensino Superior, seguindo-se o Ensino Básico com um valor pouco inferior e por último, mas com diferenças pouco significativas, as mães com o Ensino Secundário.

Quanto à atividade profissional, a grande maioria ocupava a posição 2 e 5 do quadro da Classificação Portuguesa das Profissões 2010, especialistas das atividades intelectuais e científicas; e trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, respetivamente. É de salientar que das profissões exercidas pelas mães que constituíram a amostra, três das mães possuem uma profissão que lhes pode proporcionar mais conhecimentos em saúde e/ou cuidado com crianças - uma enfermeira, uma psicóloga e uma educadora de infância. Estas mães poderão encontrar-se melhor preparadas, pelo conhecimento adquirido durante a sua formação académica, pelo conhecimento que possuem acerca do desenvolvimento da criança e pela eventual destreza e segurança resultantes das suas experiências relacionadas com a sua prática profissional.



**Tabela 1**

Caracterização Sociodemográfica da amostra (n=38)

| <b>Variáveis</b>               | <b>nº</b>            | <b>%</b>           |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|
| <b>Idade da Mãe</b>            |                      |                    |
| ≤25 anos                       | 8                    | 21,1               |
| 26-35 anos                     | 21                   | 55,2               |
| ≥36 anos                       | 9                    | 23,7               |
|                                | <b>Mediana=30,50</b> | <b>Média=30,84</b> |
|                                |                      | <b>DP=5,385</b>    |
| <b>Nacionalidade</b>           |                      |                    |
| Portuguesa                     | 36                   | 94,7               |
| Brasileira                     | 2                    | 5,3                |
| <b>Estado Civil</b>            |                      |                    |
| Solteira                       | 16                   | 42,1               |
| União de Facto                 | 7                    | 18,4               |
| Casada                         | 13                   | 34,2               |
| Divorciada                     | 2                    | 5,3                |
| <b>Habilitações Literárias</b> |                      |                    |
| Ensino Básico                  | 2                    | 5,3                |
| Ensino Secundário              | 17                   | 44,7               |
| Ensino Superior                | 19                   | 50,0               |
| <b>Atividade Profissional*</b> |                      |                    |
| 1                              | 2                    | 5,3                |
| 2                              | 9                    | 23,7               |
| 3                              | 3                    | 7,9                |
| 4                              | 3                    | 7,9                |
| 5                              | 9                    | 23,7               |
| 6                              | 1                    | 2,6                |
| 7                              | 1                    | 2,6                |
| 8                              | 4                    | 10,5               |
| Estudante                      | 2                    | 5,3                |
| Desempregada                   | 4                    | 10,5               |

\*1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; 2- especialistas das atividades intelectuais e científicas; 3- técnicos e profissões de nível intermédio; 4- pessoal administrativo; 5- trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 6- agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; 7- trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8- operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem. (INE, 2011).

Na tabela seguinte (Tabela 2), encontram-se discriminados os dados relativos à experiência materna em cuidar de crianças das mães que constituem a amostra. Dentre eles, destaca-se a existência de filhos anteriores, a ocorrência de partos prematuros anteriores, o nível de experiência prévia materna em cuidar de bebês e o grau de satisfação com os cuidados observados/analísados durante o internamento do seu filho.

Relativamente aos aspetos relacionados com a experiência materna, verificou-se que a maioria das mães, era mãe pela primeira vez, estando a experienciar a prematuridade pela primeira vez. Só uma das mães é que se encontrava a vivenciar a experiência da prematuridade pela terceira vez.

Quanto à experiência prévia referida, obteve-se um número igual de mães que já colaborou na prestação de cuidados a bebês, e que já foi responsável pelos cuidados a bebês anteriormente. Contudo, uma percentagem considerável (21,1%) referiu não ter tido nenhuma experiência anterior no cuidar de bebês.

No que diz respeito à satisfação das mães relativamente aos cuidados observados/analísados durante o internamento, a larga maioria referiu estar Muito Satisfeita (63,2%), sendo que 34,2% das mães se encontrou Satisfeita com os mesmos. Não houve nenhuma mãe que tenha referido Insatisfação com os cuidados observados/analísados durante o internamento do seu filho.

**Tabela 2**

Caracterização Obstétrica e Experiencial da amostra (n=38)

| <b>Variáveis</b>                    | <b>nº</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| <b>Filhos Anteriores</b>            |           |          |
| Sem Filhos Anteriores               | 31        | 81,6     |
| 1 Filho                             | 5         | 13,2     |
| 2 Filhos                            | 2         | 5,3      |
| <b>Partos Prematuros Anteriores</b> |           |          |
| Nenhum                              | 37        | 97,4     |
| 1                                   | -         | 0,0      |
| 2                                   | 1         | 2,6      |

|                                            |    |      |
|--------------------------------------------|----|------|
| <b>Experiência Prévia</b>                  |    |      |
| Nenhuma                                    | 8  | 21,1 |
| Observação                                 | 4  | 10,5 |
| Colaboração                                | 13 | 34,2 |
| Responsável                                | 13 | 34,2 |
| <b>Satisfação Cuidados no Internamento</b> |    |      |
| Muito Satisfeita                           | 24 | 63,2 |
| Satisfeita                                 | 13 | 34,2 |
| Pouco Satisfeita                           | 1  | 2,6  |
| Insatisfeita                               | -  | 0,0  |

Na tabela seguinte estão sistematizados os dados relativos à condição clínica do RNP, dados que caracterizam a idade do RN quanto às semanas de gestação ao nascimento, ao tempo de internamento e à existência de complicações durante o mesmo.

A maioria dos RNP nasceram entre as 34 e as 36 semanas de gestação (39,5%), contudo, 28,9% nasceu entre as 28 e as 31 semanas e, com uma diferença pouco significativa, (26,3%) dos RNP nasceram entre as 32 e as 33 semanas. Com menos de 28 semanas de gestação nasceram apenas 5,3% dos RNP da amostra.

Quanto ao tempo de internamento, a grande maioria dos RNP (76,3%) esteve internado entre 8 e 30 dias, seguindo-se 15,8% dos RNP com um tempo de internamento entre 31 e 60 dias. Dois RNP (5,3%) tiveram um internamento compreendido entre 61 e 80 dias e somente 1 RNP (2,6%) esteve internado mais de 81 dias.

Relativamente à presença de complicações durante o internamento, 71,1% das mães referiu que os seus filhos não tiveram complicações durante o mesmo, contudo, 28,9% terão tido, complicações do seu estado clínico no decorrer do internamento.

**Tabela 3**

Caracterização Neonatal e Situacional da amostra (n=38)

| Variáveis                                  | nº | %    |
|--------------------------------------------|----|------|
| <b>Idade do RN (Semanas)</b>               |    |      |
| <28                                        | 2  | 5,3  |
| 28-31                                      | 11 | 28,9 |
| 32-33                                      | 10 | 26,3 |
| 34-36                                      | 15 | 39,5 |
| <b>Tempo de internamento (Dias)</b>        |    |      |
| 8-30                                       | 29 | 76,3 |
| 31-60                                      | 6  | 15,8 |
| 61-80                                      | 2  | 5,3  |
| ≥81                                        | 1  | 2,6  |
| <b>Complicações durante o internamento</b> |    |      |
| Sim                                        | 11 | 28,9 |
| Não                                        | 27 | 71,1 |

#### 4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O método de abordagem dos inquiridos foi na sua grande maioria o autorrelato escrito. Após ter sido obtido o consentimento informado oral e escrito, as mães foram convidadas a responder ao questionário de colheita de dados, que decorreu no serviço de Neonatologia A-UCI no qual o estudo foi aplicado. A colheita de dados foi realizada nas 72 horas prévias à alta hospitalar do RNP.

O instrumento de colheita de dados elaborado (Apêndice 1) divide-se em 3 partes: a primeira parte é composta por um questionário sociodemográfico, clínico e de apreciação situacional das mães. A segunda parte incluía a avaliação da PAE do desempenho do papel parental materno, conseguido pelo preenchimento da *Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM)*. A terceira e última parte corresponde a um questionário sobre a perceção de funcionalidade das respetivas famílias, avaliada pela *Escala de Apgar Familiar*. As escalas serão descritas de forma mais pormenorizada de seguida.

#### **4.4.1. Escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna**

A *Escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (EPAEPM)*, é um instrumento que foi elaborado e validado em Inglaterra por Barnes e Adamson-Macedo em 2007. Foi concebida pela necessidade de criar uma ferramenta que avaliasse a autoeficácia materna e colmatasse as limitações existentes nos instrumentos anteriores. Foi posteriormente traduzida e validada para português por Tristão et al. (2015), que a replicaram num estudo aplicado na população brasileira. Trata-se de um questionário inicialmente desenvolvido para medir a PAE materna, que veio permitir avaliar as percepções da mãe sobre a sua aptidão para entender e cuidar do seu filho RN, internado numa UCIN.

Tristão et al. (2015), revelam que a consistência interna da escala PAEPM, no seu global, alcançou o valor de 0.86, tendo obtido igualmente valores aceitáveis de consistência interna e confiabilidade para cada uma das subescalas (Dimensões). Numa análise fatorial para validação do construto, emergiram quatro fatores distintos (Dimensões) congruentes com as quatro subescalas (Dimensões) já referidas e propostas no artigo original de Barnes e Adamson-Macedo (2007). Neste sentido, esta escala oferece uma metodologia especialmente construída para ajudar a equipa neonatal na triagem das habilidades parentais das mães, tendo como propósito maior, a identificação das mães que têm baixos níveis de PAE e pode ser utilizada para focar as intervenções da equipa multidisciplinar que acompanham estas mães no ambiente hospitalar.

É uma escala na qual a mãe é convidada a responder, autoavaliando-se de acordo com o que acredita que consegue fazer em relação aos cuidados do seu bebé e à interação que estabelece com ele. As respostas são dadas em escala Likert de quatro pontos: Discordo Totalmente (DT), Discordo (D), Concordo (C) e Concordo Totalmente (CT). É composta por 20 itens agrupados em quatro Dimensões da parentalidade materna:

**Dimensão 1:** *Tomar Conta*, refere-se aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebé e avalia a percepção materna sobre a sua capacidade de executar atividades e tarefas relacionadas com as necessidades básicas do bebé, como Alimentação, Higiene, Vestir e Despir, e é composta por 4 itens (6. Eu sei bem como manter o bebé distraído; 17.

Eu sei bem como alimentar o meu bebé; 18. Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) ao meu bebé; 19. Eu sei bem como dar banho ao meu bebé).

**Dimensão 2:** *Eliciar comportamento*, refere-se à avaliação materna sobre a sua habilidade em conseguir obter mudanças no comportamento do bebé, e compreende 7 itens (5. Eu posso fazer o meu bebé feliz; 8. Eu posso acalmar o meu bebé quando ele/ela está a chorar; 9. Eu sou boa em acalmar o meu bebé quando ele/ela está triste; 10. Eu sou boa em acalmar o meu bebé quando ele/ela está irritado; 11. Eu sou boa em acalmar o meu bebé quando ele/ela não para de chorar; 12. Eu sou boa em acalmar o meu bebé quando ele/ela fica mais impaciente; 14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebé).

**Dimensão 3:** *Ler Comportamento* avalia as perceções maternas sobre a habilidade de interpretar, compreender e identificar mudanças no comportamento do bebé e é composta por 6 itens (1. Acredito que posso dizer quando o meu bebé está cansado e precisa dormir; 2. Acredito que eu tenho controle sobre os cuidados com o meu bebé; 3. Eu posso dizer quando o meu bebé está doente; 4. Eu posso compreender os sinais do meu bebé; 13. Eu sou boa em entender o que o meu bebé quer; 15. Eu sou boa em saber quais as atividades que o meu bebé não gosta).

**Dimensão 4:** *Crenças Situacionais* representa as crenças maternas em relação à sua habilidade de manter interação com o bebé e compreende 3 itens (6. Eu acredito que o meu bebé responde bem a mim; 7. Eu acredito que o meu bebé e eu temos uma boa relação; 20. Eu sei como mostrar o meu afeto pelo meu bebé).

A EPAEPM possui itens claros, compreensíveis e pertinentes relativos ao domínio de funcionamento a ser explorado revelando-se com validade de conteúdo. Demora apenas 10 minutos a ser respondida, o que a torna de fácil aplicação em ambiente hospitalar.

A pontuação global pode variar entre 20 e 80 pontos, como esquematizado no Quadro 4 (Barnes & Adamson-Macedo, 2007). Os autores do estudo original recomendam que a pontuação total deve ser usada como um indicador geral do nível de PAE, mas que as subescalas (Dimensões) também devem ser interpretadas para entender melhor as diferentes necessidades a apoiar em cada indivíduo, especificamente (Tristão et al., 2015).

Como cada uma das quatro Dimensões consideradas na escala têm número de itens distintos, os pontos de corte utilizados para a discriminação da percepção do nível de auto eficácia é diferenciada, conforme se explicita no quadro seguinte (Quadro 3).

### Quadro 3

Classificação dos scores das dimensões, e do total da EPAEPM (Tristão et al.,2015)

| EPAEPM                                            | Autoeficácia Parental Percebida |       |          |       |         |       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|-------|----------|-------|---------|-------|
|                                                   | Baixa                           |       | Razoável |       | Elevada |       |
|                                                   | Soma                            | Média | Soma     | Média | Soma    | Média |
| <b>Dimensão 1</b><br><b>Tomar Conta</b>           | 4 a 7                           | 1 a 2 | 8 a 11   | 2 a 3 | 12 a 16 | 3 a 4 |
| <b>Dimensão 2</b><br><b>Eliciar comportamento</b> | 7 a 13                          | 1 a 2 | 14 a 20  | 2 a 3 | 21 a 28 | 3 a 4 |
| <b>Dimensão 3</b><br><b>Ler Comportamento</b>     | 6 a 11                          | 1 a 2 | 12 a 17  | 2 a 3 | 18 a 24 | 3 a 4 |
| <b>Dimensão 4</b><br><b>Crenças Situacionais</b>  | 3 a 5                           | 1 a 2 | 6 a 8    | 2 a 3 | 9 a 12  | 3 a 4 |
| <b>Soma dos Itens</b>                             | 20 a 39                         | 1 a 2 | 40 a 59  | 2 a 3 | 60 a 80 | 3 a 4 |
| <b>Média dos Itens</b>                            |                                 | 1 a 2 |          | 2 a 3 |         | 3 a 4 |

### *Consistência Interna verificada no presente estudo*

Quanto à fidelidade da escala, foi avaliada a consistência interna (resultados apresentados na Tabela 4), pelo cálculo do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), considerando o total de itens, para a amostra ( $n=38$ ), cujo resultado foi de 0,93, o que denota uma boa fidelidade, um pouco superior à obtida no estudo original de Barnes e Adamson-Macedo (2007), que foi de  $\alpha=0,91$ .

Os cálculos para cada uma das sub-escalas também evidenciaram valores satisfatórios: **Dimensão 1 – Tomar Conta** ( $\alpha=0,771$ ), (na escala original  $\alpha=0,74$ ); **Dimensão 2 - Eliciar**

comportamento, ( $\alpha=0,862$ ), (na escala original  $\alpha=0,89$ ); **Dimensão 3 – Ler Comportamento** ( $\alpha=0,842$ ), (na escala original  $\alpha=0,74$ ) e na **Dimensão 4 – Crenças Situacionais** ( $\alpha=0,740$ ), (na escala original  $\alpha=0,72$ ).

**Tabela 4**

Resultados obtidos para a consistência interna da EPAEPM (n=38)

| EPAEPM                                            | Item | Correlação de Item<br>Total corrigida | Alfa de Cronbach |
|---------------------------------------------------|------|---------------------------------------|------------------|
| <b>Dimensão 1</b><br><i>Tomar Conta</i>           | 16   | 0,479                                 | 0,925            |
|                                                   | 17   | 0,750                                 | 0,920            |
|                                                   | 18   | 0,583                                 | 0,924            |
|                                                   | 19   | 0,626                                 | 0,923            |
| $\alpha =0,771$                                   |      |                                       |                  |
| <b>Dimensão 2</b><br><i>Eliciar comportamento</i> | 5    | 0,498                                 | 0,925            |
|                                                   | 8    | 0,615                                 | 0,923            |
|                                                   | 9    | 0,712                                 | 0,921            |
|                                                   | 10   | 0,692                                 | 0,921            |
|                                                   | 11   | 0,653                                 | 0,922            |
|                                                   | 12   | 0,654                                 | 0,922            |
|                                                   | 14   | 0,500                                 | 0,925            |
| $\alpha =0,862$                                   |      |                                       |                  |
| <b>Dimensão 3</b><br><i>Ler Comportamento</i>     | 1    | 0,606                                 | 0,923            |
|                                                   | 2    | 0,662                                 | 0,922            |
|                                                   | 3    | 0,665                                 | 0,922            |
|                                                   | 4    | 0,618                                 | 0,923            |
|                                                   | 13   | 0,572                                 | 0,924            |
|                                                   | 15   | 0,503                                 | 0,926            |
| $\alpha =0,842$                                   |      |                                       |                  |
| <b>Dimensão 4</b><br><i>Crenças Situacionais</i>  | 6    | 0,576                                 | 0,924            |
|                                                   | 7    | 0,554                                 | 0,924            |
|                                                   | 20   | 0,574                                 | 0,924            |
| $\alpha =0,740$                                   |      |                                       |                  |
| <b>Total</b>                                      |      | $\alpha =0,927$                       |                  |



#### 4.4.2. Escala de APGAR Familiar

A *Escala de APGAR Familiar*, é um instrumento que foi concebido em 1978 pelo Dr. Gabriel Smilkstein (Universidade de Washington), que, baseado na sua experiência como médico de família, sugeriu aplicar este teste como uma ferramenta de abordagem para a análise da função familiar, a partir dos diferentes níveis de satisfação quanto ao funcionamento da família expressos pelos inquiridos e foi adaptada à população portuguesa por Azeredo (1998) (Andrade & Martins, 2011). A escala de autorresposta consiste em 5 questões que avaliam a Flexibilidade, a Parceria, o Crescimento, o Afeto e a Capacidade de Resolução.

Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

**A – Adaptação** (*adaptation*) – alude à utilização de recursos, bem como ao grau de satisfação do indivíduo face à atenção que considera receber dos demais elementos da família;

**P – Participação** (*participation*) – refere-se à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades entre os membros da família, atendendo à comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

**G – Crescimento** (*growth*) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional. Compreende a maturidade física, psíquica, emocional e a realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;

**A – Afeto** (*affection*) – abarca a satisfação do indivíduo relativamente às interações familiares, nomeadamente quanto à existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

**R – Resolução** (*resolution*) – reflete o compromisso tomado na dedicação de tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente, o que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

É um instrumento composto por cinco questões que mensuram a perceção que o indivíduo possui sobre o funcionamento da sua família, bem como a satisfação quanto à assistência que lhe é prestada pelos demais membros da família. Cada questão permite três alternativas de

resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e pode oscilar entre zero (0) e dez (10). Quanto maior a pontuação, melhor será a percepção da funcionalidade familiar, o total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar em: Família Altamente Funcional (7-10), Família com Disfunção Moderada (4-6) e Família com Disfunção Acentuada (0-3) (Andrade & Martins, 2011; Smilkstein, 1978), como esquematizado no Quadro 4, apresentado em seguida.

#### **Quadro 4**

Classificação do tipo de relação familiar sugerido pelas respostas na EAF

|                  |                                          |
|------------------|------------------------------------------|
| De 7 a 10 pontos | Sugere uma família altamente funcional.  |
| De 4 a 6 pontos  | Sugere uma família com disfunção leve.   |
| De 0 a 3 pontos  | Sugere uma família com disfunção severa. |

#### **4.5. ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS**

A autorização formal para a realização deste estudo foi solicitada por escrito à Unidade de Inovação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, que após deliberação favorável do Conselho de Ética, encaminhou ao Conselho de Administração do mesmo Hospital, que concedeu autorização para a realização desta investigação e aplicação dos instrumentos de colheita de dados (Anexo I).

A colheita de dados foi iniciada a 1 de dezembro de 2019, após a referida autorização do Conselho de Administração (Anexo I) e respetiva permissão da Exma. Sr<sup>a</sup>. Diretora Clínica e da Exma. Sr<sup>a</sup>. Enfermeira Chefe do Serviço de Neonatologia A – UCI (Anexo II) para proceder à aplicação do questionário no referido serviço.

Inicialmente, o prazo estipulado para a colheita de dados foi de 3 meses, contudo, findo esse prazo, o número de questionários conseguidos considerava-se insuficiente, o que motivou a prorrogação do prazo para aplicação do instrumento até perfazer um número aceitável, o que aconteceu a 15 de agosto de 2020, quando se obtiveram 38 questionários.

### ***Consentimento Informado***

As mães foram abordadas nas 72h antes da data prevista para a alta hospitalar do RNP e convidadas a participar no estudo de forma esclarecida e voluntária. Para tal, foram informadas da natureza e objetivos deste trabalho de investigação, assegurando-lhes o anonimato, a confidencialidade e o direito de escusa de participação. Todas as mães aceitaram participar no estudo, e assinaram o formulário de Consentimento Informado (Apêndice II), que foi entregue em simultâneo com os questionários.

Os questionários não consideravam qualquer elemento identificativo e foram entregues dentro de um envelope, no qual seriam devolvidos após preenchimento, à investigadora ou a outro colega capacitado para o efeito, demonstrando disponibilidade para qualquer esclarecimento.

Não foram usados quaisquer dados claramente identificativos da criança ou dos pais, assim como não foram consultados nem utilizados dados do processo clínico neste estudo.

Foi salvaguardado o respeito pelas determinações da Lei de Investigação Clínica (Lei nº 21/2014) e os pressupostos éticos para a investigação médica em seres humanos, subjacentes à Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) .

#### **4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS**

A análise dos dados foi precedida pela introdução dos mesmos em base de Excel, e posteriormente migrados para o programa informático SPSS para proceder à sua análise estatística.

Inicialmente, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, calculando-se as distribuições de frequências (absolutas e relativas), as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão ou variabilidade (desvio padrão).

Antes de proceder à análise inferencial, foi testado o pressuposto de normalidade das distribuições relativas à variável central do estudo, recorrendo-se aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Os resultados não permitiram assumir o pressuposto de normalidade das respetivas distribuições na população, uma vez que o valor de  $p$  calculado

foi inferior a 0,05 na maioria das dimensões. Assim, as hipóteses do estudo foram testadas com recurso a testes não paramétricos (Tabela 5).

**Tabela 5**

Caracterização dos valores médios das dimensões da Autoeficácia Parental Materna Percebida segundo os Testes de normalidade (n=38)

| Kolmogorov-Smirnov                                           |       |    |       | Shapiro-Wilk |    |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|----|-------|--------------|----|-------|
| Estatísticas:                                                |       | gl | p     | Estatística  | gl | p     |
| <b>EPAEPM</b>                                                |       |    |       |              |    |       |
| <b>Dimensão 1</b><br><i>Tomar Conta</i><br>(média)           | 0,221 | 38 | 0,000 | 0,905        | 38 | 0,004 |
| <b>Dimensão 2</b><br><i>Eliciar Comportamento</i><br>(média) | 0,231 | 38 | 0,000 | 0,871        | 38 | 0,000 |
| <b>Dimensão 3</b><br><i>Ler Comportamento</i><br>(média)     | 0,133 | 38 | 0,088 | 0,962        | 38 | 0,214 |
| <b>Dimensão 4</b><br><i>Crenças Situacionais</i><br>(média)  | 0,371 | 38 | 0,000 | 0,676        | 38 | 0,000 |
| PAEPM GLOBAL<br>(Média)                                      | 0,117 | 38 | 0,200 | 0,965        | 38 | 0,281 |

Tendo em conta a decisão por testes não paramétricos, recorreu-se ao teste de significância do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao teste U de Mann-Whitney e ao teste de Kruskal-Wallis.



### **CAPÍTULO III - RESULTADOS**



## 5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise dos dados obtidos na investigação, de forma a responder às questões de investigação e verificar as hipóteses formuladas para a mesma.

Iniciamos pelas respostas às duas questões de investigação. Posteriormente, são apresentados os resultados dos testes das hipóteses enunciadas.

### 5.1. NÍVEL DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PELAS MÃES DE RNP

Como referido anteriormente, de forma a avaliar o nível de autoeficácia parental percebida pelas mães de RNP na fase final de internamento na referida UCIN foi aplicada a Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (EPAEPM).

Optou-se por utilizar a média dos valores obtidos nas dimensões e no total (em alternativa à dos respetivos itens), tendo em conta a uniformidade na análise relativamente aos valores singulares e dos scores das dimensões com número de itens diferentes. Assim, considerou-se a seguinte classificação:

- Baixa autoeficácia parental percebida, se a média se situar entre 1 e 2.
- Razoável autoeficácia parental percebida, se a média se situar entre 2 e 3.
- Elevada autoeficácia parental percebida, se a média se situar entre 3 e 4.

#### ***Nível de autoeficácia parental percebida pelas mães de RNP na fase final de internamento numa UCIN***

Pela observação da tabela seguinte (Tabela 6), podemos constatar que o nível de autoeficácia parental percebida pelas mães de RNP na fase final de internamento na UCIN, de uma forma geral, manifesta-se elevada em todas as dimensões analisadas. Sendo que o Item 5 – “*Eu posso fazer o meu bebé feliz*” é o item com maior pontuação média (3,92), seguindo-se do Item 20 – “*Eu sei como mostrar o meu afeto pelo meu bebé*” com (3,89), e em terceiro lugar



melhor pontuado surge o Item 18 – “*Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) o meu bebé*” com uma pontuação de 3,84. Curiosamente, os três itens melhor pontuados (5, 20 e 18), pertencem todos a dimensões diferentes, dimensão 2, 4 e 3 respetivamente. Estes resultados sugerem que as mães sentem que são capazes de fazer o seu bebé feliz, demonstrar-lhe afeto e cuidar do seu bebé nas suas necessidades básicas como mudar a roupa e trocar a fralda.

O Item 3 – “*Eu posso dizer quando o meu bebé está doente*”, é o item em que as mães se avaliaram com pior pontuação média, embora se encontre ainda num nível de autoeficácia percebida razoável, com pontuação de 2,97. O Item 15 – “*Eu sou boa em saber quais as atividades que o meu bebé não gosta*”, e o Item 16 – “*Eu sei bem como manter o meu bebé distraído*” são, respetivamente, o segundo e terceiro item com pontuação menos elevada (3,03 e 3,05, respetivamente). Os dois primeiros itens com pontuação mais baixa (item 3 e item 15) pertencem à Dimensão 3 - *Ler comportamento*, o que denota que as mães sentem dificuldade em descodificar, em interpretar os sinais que o bebé lhes transmite, apesar de se avaliarem com uma autoeficácia elevada no geral da escala.

**Tabela 6**

Valores médios obtidos nos itens de cada dimensão da Autoeficácia Parental Materna Percebida (n=38)

| <b>EPAEPM</b>                             | <b>Média</b> | <b>DP</b>   | <b>Mediana</b> |
|-------------------------------------------|--------------|-------------|----------------|
| <b>Dimensão 1 - Tomar Conta</b>           |              |             |                |
| Item 16                                   | 3,05         | 0,46        | 3,00           |
| Item 17                                   | 3,50         | 0,51        | 3,50           |
| Item 18                                   | 3,84         | 0,37        | 4,00           |
| Item 19                                   | 3,63         | 0,54        | 4,00           |
| <b>Total</b>                              | <b>3,51</b>  | <b>0,37</b> | <b>3,50</b>    |
| <b>Dimensão 2 - Eliciar comportamento</b> |              |             |                |
| Item 5                                    | 3,92         | 0,27        | 4,00           |
| Item 8                                    | 3,74         | 0,45        | 4,00           |
| Item 9                                    | 3,47         | 0,56        | 3,50           |
| Item 10                                   | 3,45         | 0,50        | 3,00           |
| Item 11                                   | 3,37         | 0,59        | 3,00           |

|                                          |             |             |             |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Item 12                                  | 3,42        | 0,55        | 3,00        |
| Item 14                                  | 3,34        | 0,53        | 3,00        |
| <b>Total</b>                             | <b>3,53</b> | <b>0,37</b> | <b>3,50</b> |
| <b>Dimensão 3 - Ler comportamento</b>    |             |             |             |
| Item 1                                   | 3,39        | 0,50        | 3,00        |
| Item 2                                   | 3,42        | 0,50        | 3,00        |
| Item 3                                   | 2,97        | 0,55        | 3,00        |
| Item 4                                   | 3,18        | 0,46        | 3,00        |
| Item 13                                  | 3,11        | 0,51        | 3,00        |
| Item 15                                  | 3,03        | 0,59        | 3,00        |
| <b>Total</b>                             | <b>3,18</b> | <b>0,39</b> | <b>3,17</b> |
| <b>Dimensão 4 - Crenças Situacionais</b> |             |             |             |
| Item 6                                   | 3,63        | 0,49        | 4,00        |
| Item 7                                   | 3,87        | 0,34        | 4,00        |
| Item 20                                  | 3,89        | 0,31        | 4,00        |
| <b>Total</b>                             | <b>3,80</b> | <b>0,32</b> | <b>4,00</b> |
| <b>GLOBAL</b>                            | <b>3,46</b> | <b>0,36</b> | <b>3,54</b> |

### ***Dimensões percebidas pelas mães como de menor e maior autoeficácia parental***

Como já se tinha verificado, as mães expressam de um modo geral uma elevada PAE nas suas competências maternas. Não obstante, analisando os dados das quatro Dimensões consideradas (Tabela 7), verifica-se que as mães dos RNP percebem a sua autoeficácia nos cuidados maternos como elevada, em todas as dimensões estudadas.

A Dimensão 4 – *Crenças Situacionais*, é a Dimensão em que as mães, notoriamente, se avaliam com níveis mais elevados de autoeficácia (100% com pontuação de 3 ou mais). Esta dimensão está relacionada com a avaliação que a mãe faz da relação que consegue estabelecer com o seu bebé. Seguem-se as Dimensões 1 e 2, muito idênticas em termos de pontuação, ambas expressando também um nível de autoeficácia elevada (97,37%).

A Dimensão pior pontuada, mas com valores de referência ainda assim, elevados, é a Dimensão 3 – *Ler Comportamento*, sendo das quatro, a Dimensão com um valor médio inferior (3,18). Contudo, 18,42% das mães apresentam uma PAE Razoável.

**Tabela 7**

Valores médios obtidos nas dimensões da Autoeficácia Parental Materna Percebida (n=38)

| EPAEPM                                            | Razoável    |             | Elevada      |              | Média       | DP          | Mediana     |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                   | nº          | %           | nº           | %            |             |             |             |
| <b>Dimensão 1</b><br><i>Tomar Conta</i>           | 1           | 2,63        | 37           | 97,37        | 3,51        | 0,37        | 3,50        |
| <b>Dimensão 2</b><br><i>Eliciar comportamento</i> | 1           | 2,63        | 37           | 97,37        | 3,53        | 0,37        | 3,50        |
| <b>Dimensão 3</b><br><i>Ler comportamento</i>     | 7           | 18,42       | 31           | 81,58        | 3,18        | 0,39        | 3,17        |
| <b>Dimensão 4</b><br><i>Crenças Situacionais</i>  | –           | –           | 38           | 100,00       | 3,80        | 0,32        | 4,00        |
| <b>Global</b>                                     | <b>2,25</b> | <b>5,92</b> | <b>35,75</b> | <b>94,08</b> | <b>3,46</b> | <b>0,36</b> | <b>3,54</b> |

## 5.2. RELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO CLÍNICA DO RNP E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

Para caracterizar a *complexidade da situação clínica do RN*, foram definidos três indicadores importantes: **o tempo de gestação**, que nos indica a idade gestacional do RNP ao nascimento e, conseqüentemente, o grau de prematuridade do RN, o que nalguns casos permite deduzir a maior ou menor sensibilidade da situação clínica do RNP. Por outro lado, **o tempo de internamento**, por ser um indicador que, podendo ou não estar relacionado com o anterior, nos poderá levar a indagar sobre a gravidade da situação clínica, principalmente se associado à presença de **complicações durante o internamento**, terceiro indicador da condição clínica do RN.

Para testar as relações entre as variáveis, calcularam-se os *Coeficientes de Correlação de Spearman* ( $r_s$ ) para verificar a existência de relação entre a PAEPM e o Tempo de Gestação

e entre a PAEPM e o Tempo de Internamento. Para analisar a relação entre a PAEPM e as complicações durante o internamento utilizou-se o teste *U de Mann-Whitney* (Tabela 8).

Os resultados obtidos não evidenciaram a existência de qualquer relação significativa entre a PAEPM e o tempo de gestação, o tempo de internamento ou a presença de complicações durante o internamento.

**Tabela 8**

Testes de relação entre a PAEPM e a complexidade da situação clínica do RNP [Tempo de Gestação; Tempo de Internamento; Complicações durante o Internamento] (n=38)

| <b>EPAEPM</b>        | <b>Tempo de Gestação</b>                 | <b>Tempo de Internamento</b> | <b>Complicações durante o Internamento</b> |             |
|----------------------|------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-------------|
|                      | <b>Significância de <math>r_s</math></b> |                              | <b>U de Mann-Whitney</b>                   |             |
| <b>Dimensão 1</b>    |                                          |                              |                                            |             |
| <i>Tomar Conta</i>   | $r_s = 0,001$                            | $r_s = - 0,097$              | Sim (n=11)                                 | Z = - 0,480 |
| (média)              | p = 0,497                                | p = 0,281                    | Não (n=27)                                 | p = 0,631   |
| <b>Dimensão 2</b>    |                                          |                              |                                            |             |
| <i>Eliciar</i>       | $r_s = 0,083$                            | $r_s = - 0,204$              | Sim (n=11)                                 | Z = -1,149  |
| <i>Comportamento</i> | p = 0,310                                | p = 0,110                    | Não (n=27)                                 | p = 0,250   |
| (média)              |                                          |                              |                                            |             |
| <b>Dimensão 3</b>    |                                          |                              |                                            |             |
| <i>Ler</i>           | $r_s = 0,048$                            | $r_s = - 0,103$              | Sim (n=11)                                 | Z = -1,174  |
| <i>Comportamento</i> | p = 0,386                                | p = 0,268                    | Não (n=27)                                 | p = 0,241   |
| (média)              |                                          |                              |                                            |             |
| <b>Dimensão 4</b>    |                                          |                              |                                            |             |
| <i>Crenças</i>       | $r_s = 0,116$                            | $r_s = - 0,122$              | Sim (n=11)                                 | Z = - 0,712 |
| <i>Situacionais</i>  | p = 0,244                                | p = 0,233                    | Não (n=27)                                 | p = 0,477   |
| (média)              |                                          |                              |                                            |             |
| <b>EPAEPM Global</b> |                                          |                              |                                            |             |
| (média)              | $r_s = 0,066$                            | $r_s = -0,164$               | Sim (n=11)                                 | Z = -1,177  |
|                      | p = 0,347                                | p = 0,163                    | Não (n=27)                                 | p = 0,239   |

### 5.3. RELAÇÃO ENTRE A CONDIÇÃO MATERNA E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

Como indicadores da *condição materna*, consideraram-se quatro variáveis: as **habilidades literárias** da mãe; a **experiência materna anterior** no cuidar de bebês; a **satisfação com os cuidados observados** durante o internamento do RNP na UCIN e o **apoio familiar percebido**.

#### *Habilidades Literárias*

Para analisar a existência de correlação entre a PAEPM e as habilidades literárias das mães foi utilizado o teste U de Mann-Whitney (Tabela 9). Como se pode observar, contrariamente ao que tínhamos previsto em hipótese, não se evidencia qualquer relação significativa entre as variáveis.

**Tabela 9**

Testes de relação entre a PAEPM e o Nível de Escolaridade da mãe (n=38)

| <b>EPAEPM</b>                           | <b><i>Habilidades Literárias*</i></b> |             |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
|                                         | <b><i>U de Mann-Whitney</i></b>       |             |
| <b>Dimensão 1</b>                       | Grupo A (n=19)                        | Z = - 0,661 |
| <i>Tomar Conta</i><br>(média)           | Grupo B (n=19)                        | p = 0,509   |
| <b>Dimensão 2</b>                       | Grupo A (n=19)                        | Z = - 0,030 |
| <i>Eliciar Comportamento</i><br>(média) | Grupo B (n=19)                        | p = 0,976   |
| <b>Dimensão 3</b>                       | Grupo A (n=19)                        | Z = - 1,331 |
| <i>Ler Comportamento</i><br>(média)     | Grupo B (n=19)                        | p = 0,183   |
| <b>Dimensão 4</b>                       | Grupo A (n=19)                        | Z = - 0,238 |
| <i>Crenças Situacionais</i><br>(média)  | Grupo B (n=19)                        | p = 0,812   |
| <b>EPAEPM Global</b>                    | Grupo A (n=19)                        | Z = - 0,848 |

|         |                |          |
|---------|----------------|----------|
| (média) | Grupo B (n=19) | p= 0,396 |
|---------|----------------|----------|

\*Grupo A – Ensino Básico e Ensino Secundário; Grupo B – Ensino Superior

### ***Experiência prévia materna***

Para analisar a relação entre a PAEPM e a experiência prévia das mães em cuidar de bebés, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 10). De acordo com os dados colhidos, foi possível constituir três grupos (Grupo A – Nenhuma experiência e só Observação (n=12); Grupo B – Colaboração (n=13) e Grupo C – Responsável (n=13).

Os testes realizados não confirmaram qualquer relação entre a experiência prévia materna e os níveis de PAEPM.

**Tabela 10**

Testes de relação entre a PAEPM e Experiência Prévia da mãe no cuidar de crianças (n=38)

| <b>EPAEPM</b>                                                | <b><i>Experiência Prévia*</i></b> |                               |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
|                                                              |                                   | <b><i>Kruskal-Wallis</i></b>  |
| <b>Dimensão 1</b><br><i>Tomar Conta</i><br>(média)           | Grupo A (n=12)                    | $\chi^2 = 1,441$<br>p = 0,486 |
|                                                              | Grupo B (n=13)                    |                               |
|                                                              | Grupo C (n=13)                    |                               |
| <b>Dimensão 2</b><br><i>Eliciar Comportamento</i><br>(média) | Grupo A (n=12)                    | $\chi^2 = 2,184$<br>p = 0,336 |
|                                                              | Grupo B (n=13)                    |                               |
|                                                              | Grupo C (n=13)                    |                               |
| <b>Dimensão 3</b><br><i>Ler Comportamento</i><br>(média)     | Grupo A (n=12)                    | $\chi^2 = 0,320$<br>p = 0,852 |
|                                                              | Grupo B (n=13)                    |                               |
|                                                              | Grupo C (n=13)                    |                               |
| <b>Dimensão 4</b><br><i>Crenças Situacionais</i><br>(média)  | Grupo A (n=12)                    | $\chi^2 = 0,462$<br>p = 0,794 |
|                                                              | Grupo B (n=13)                    |                               |
|                                                              | Grupo C (n=13)                    |                               |
| <b>EPAEPM Global</b><br>(média)                              | Grupo A (n=12)                    | $\chi^2 = 1,098$<br>p = 0,577 |
|                                                              | Grupo B (n=13)                    |                               |
|                                                              | Grupo C (n=13)                    |                               |

\*Grupo A – Nenhuma experiência ou só Observação; Grupo B – Colaboração; Grupo C –

Responsável

***Satisfação com os cuidados observados no internamento***

Para verificar a hipótese constituíram-se dois grupos, sendo que o Grupo 1 – *Muito Satisfeita* (n=24) e o Grupo 2 – *Satisfeita* (n=14), não existindo nenhum elemento da amostra que tenha manifestado insatisfação com os cuidados observados durante o internamento.

Aplicando o teste de U de Mann-Whitney para estudar a existência de diferença na PAEPM em função da satisfação das mães com os cuidados observados no internamento, verifica-se que nenhum dos grupos estudados resulta em valores com significado estatístico.

**Tabela 11**

Testes de relação entre a PAEPM e a Satisfação com os Cuidados Observados Durante o Internamento (n=38)

| <b>EPAEPM</b>                | <b><i>Satisfação com os cuidados*</i></b> |             |
|------------------------------|-------------------------------------------|-------------|
|                              | <b><i>U de Mann-Whitney</i></b>           |             |
| <b>Dimensão 1</b>            | Grupo 1 (n=24)                            | Z = - 0,545 |
| <i>Tomar Conta</i>           | Grupo 2 (n=14)                            | p = 0,586   |
| (média)                      |                                           |             |
| <b>Dimensão 2</b>            | Grupo 1 (n=24)                            | Z = - 0,139 |
| <i>Eliciar Comportamento</i> | Grupo 2 (n=14)                            | p = 0,890   |
| (média)                      |                                           |             |
| <b>Dimensão 3</b>            | Grupo 1 (n=24)                            | Z = -0,966  |
| <i>Ler Comportamento</i>     | Grupo 2 (n=14)                            | p = 0,334   |
| (média)                      |                                           |             |
| <b>Dimensão 4</b>            | Grupo 1 (n=24)                            | Z = - 1,286 |
| <i>Crenças Situacionais</i>  | Grupo 2 (n=14)                            | p = 0,199   |
| (média)                      |                                           |             |
| <b>EPAEPM Global</b>         | Grupo 1 (n=24)                            | Z = - 0,591 |
| <b>(média)</b>               | Grupo 2 (n=14)                            | p = 0,554   |

\*Grupo 1 – Muito Satisfeita / Grupo 2 – Satisfeita e Pouco Satisfeita

### ***Apoio familiar percebido***

Relativamente à verificação de relação entre a PAEPM e o apoio familiar percebido (APGAR familiar), utilizou-se o cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman e os respectivos níveis de significância (Tabela 12).

Os dados não revelam existência de relação com significado estatístico claro, entre a autoeficácia das mães e o APGAR familiar. Contudo, é de ressaltar que na Dimensão 2 – *Eliciar comportamento*, verificou-se uma associação positiva, no limiar da significância estatística, com o APGAR familiar ( $r=0,267$ ;  $p=0,053$ ), podendo induzir a possibilidade de alguma influência.

**Tabela 12**

Testes de relação entre a PAEPM e o APGAR familiar ( $n=38$ )

| <b>EPAEPM</b>                                                | <b>APGAR</b>                      |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b><i>rhô de Spearman</i></b>                                |                                   |
| <b>Dimensão 1</b><br><i>Tomar Conta</i><br>(média)           | $r_s = 0,009$<br>$p = 0,479$      |
| <b>Dimensão 2</b><br><i>Eliciar Comportamento</i><br>(média) | $r_s = 0,267$<br>$p = 0,053^{LS}$ |
| <b>Dimensão 3</b><br><i>Ler Comportamento</i><br>(média)     | $r_s = 0,060$<br>$p = 0,360$      |
| <b>Dimensão 4</b><br><i>Crenças Situacionais</i><br>(média)  | $r_s = 0,172$<br>$p = 0,152$      |
| <b>EPAEPM Global</b><br>(média)                              | $r_s = 0,189$<br>$p = 0,128$      |

<sup>LS</sup> – No limiar da significância ( $0,05 < p < 0,10$ )



## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO**



## 6. DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apontadas as limitações deste estudo e discutidos os resultados obtidos em forma de reflexão, de acordo com os objetivos propostos e organizados em concordância com as questões e hipóteses de investigação, como apresentado no capítulo anterior.

A principal limitação deste estudo, prende-se com o tamanho reduzido da amostra (n=38). Por este motivo, e salvaguardando a interpretação cuidadosa dos resultados, alerta-se para uma generalização cautelosa e verosímil dos mesmos.

Uma limitação que fez aumentar o tempo da recolha dos dados, e consequentemente o término desta investigação, prendeu-se com o escasso número de internamentos de RNP na referida UCIN que cumprissem os critérios de inclusão, durante o período inicialmente estipulado para a mesma. Este facto motivou a prorrogação do período de aplicação dos instrumentos de avaliação até a amostra atingir o tamanho desejado (n=38).

Outra limitação que considerámos foi o facto de a investigadora ser enfermeira na UCIN onde se desenvolveu a investigação, e também, o facto de, no momento da aplicação dos questionários, a mãe ainda ter o seu filho internado na referida unidade. Considerámos que estes fatores podem ter tido influência nas respostas das mães devido ao efeito de desejabilidade social. Para além disso, o facto do questionário ter sido aplicado antes da alta, poderá também ter induzido nas mães um sentimento de avaliação por parte dos profissionais de saúde num momento em que se preparavam para levar o seu filho para casa, o que poderá ter eventualmente, influenciado as respostas.

O facto desta investigação decorrer durante o período de pandemia por SARS-CoV-2, foi também, um fator muito limitativo em diversos aspetos. Felizmente, nesse momento, o processo de colheita de dados encontrava-se na sua fase de finalização, contudo, a alteração da normalidade e realidade dos serviços; as exigências e solicitações profissionais; as medidas de segurança que alteraram a presença dos pais nas maternidades; a instabilidade e a insegurança vivenciada por toda a população; o encerramento do ensino presencial e a

coordenação da vida familiar decorrente de todas estas mudanças, tornou este processo inevitavelmente, muito mais dificultado e alongado no tempo.

À parte destes fatores, sublinhamos a importante contribuição deste estudo na compreensão da *PAEPM* das mães dos RNP na fase de pré regresso a casa, como um indicador de confiança, preparação e segurança perante a adversidade e nos cuidados que são capazes de prestar ao seu filho após a alta hospitalar. Poderá ser um importante contributo para a equipa de enfermagem, fornecendo indicadores valiosos acerca das dimensões nas quais se verifica maior necessidade de ensinamentos e preparação dos pais.

## 6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida passaremos a fazer a discussão dos valores da autoeficácia parental percebida e a sua relação com as variáveis relativas à condição clínica do RNP e as variáveis relativas à condição materna.

### 6.1.1. Autoeficácia parental percebida

Quanto aos níveis de autoeficácia parental percebida, os resultados obtidos revelaram que a maioria das mães apresenta uma Perceção de Elevada Autoeficácia na globalidade da escala, isto é, as mães possuem uma opinião muito positiva acerca da relação que conseguem estabelecer com o seu bebé e acerca do seu próprio desempenho nos cuidados ao seu filho, avaliando de forma muito favorável as suas capacidades no cumprimento do seu papel de mãe e no cuidar do seu RNP. Esta constatação permite-nos depreender que as mães estudadas, perante situações novas ou adversas tendem a reagir de forma segura no sentido de as resolver, não as evitando, mas sendo resilientes na adversidade. Esta constatação, tranquiliza-nos quanto aos cuidados que irão ser prestados a estes RNP no domicílio.

Os RNP apresentam maiores fragilidades e diferentes necessidades do que um RN de termo, requerendo cuidados e vigilância acrescidos, pelo que beneficiam muito em ter mães que se percecionem autoeficazes e confiantes, que estejam despertas para compreender os seus sinais de doença atempadamente e sejam promotoras do seu desenvolvimento e que os saibam cuidar eficazmente.

Estes resultados podem ser interpretados como positivos, uma vez que outros estudos

demonstraram que os pais que se percebem mais eficientes na execução das suas tarefas parentais tendem a ser mais bem-sucedidos na vivência da paternidade. Do mesmo modo, os pais que conseguem desempenhar os cuidados parentais com mais sucesso tendem a se perceber mais capazes na execução dessas mesmas tarefas (Coleman & Karraker, 2003; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Sanders & Woolley, 2005).

Neste sentido, alguns estudos mostram a associação entre uma elevada PAE e práticas parentais positivas, salientando-se a maior capacidade para fornecer à criança um ambiente saudável e feliz, bem como a maior habilidade para perceber os sinais da criança (Ferreira et al., 2014).

De igual forma, os pais com autoeficácia mais elevada estarão mais envolvidos na paternidade e uma pessoa com elevada autoeficácia percebida será mais perseverante na tentativa de realizar determinada tarefa com sucesso (Hudson et al. 2001), o que nos permite conjecturar que pode ser um fator preditor de parentalidade positiva e, conseqüentemente, promotor do desenvolvimento infantil. Como sugeriram Johnson e Mash (1989), as crianças filhas de mães com níveis mais elevados de autoeficácia apresentam índices de desenvolvimento superiores e interagem de modo mais positivo, apresentando menos comportamentos negativos.

A aprendizagem de novas competências é facilitada pela PAE (Bandura, 1982), mas as crenças de autoeficácia determinam o nível de motivação e o esforço investido na concretização dum objetivo. O esforço é tanto maior, quanto a crença que o indivíduo tem nas suas próprias capacidades e contribui para o êxito do seu desempenho (Bandura, 1989). O mesmo autor refere que pessoas com uma PAE mais elevada conseguem imaginar cenários de sucesso, o que os motiva para a proatividade na execução das tarefas a que se propõem. Pelo contrário, aqueles que se percebem como incapazes, facilmente idealizam cenários de fracasso, que os inibem de tentar alcançar os seus fins. Cação (2015) destaca ainda que a autoeficácia contribui, decisivamente, quer para o desenvolvimento das capacidades que já possuem, quer mesmo para o aparecimento de novas capacidades, constituindo uma verdadeira capacidade criadora de novas potencialidades.

Considerando os valores de autoeficácia materna por Dimensão, a grande discrepância encontra-se entre a Dimensão 3 – *Ler Comportamento* (3,18, a pontuação média mais baixa

das quatro dimensões) e a Dimensão 4 – *Crenças Situacionais* (3,80, a pontuação média mais elevada).

A Dimensão 4 – *Crenças Situacionais* está relacionada com a autoreflexão que a mãe faz quanto à forma como se consegue relacionar com o seu bebé. Intimamente relacionada com a vinculação, esta Dimensão refere-se à ligação mãe-filho e à relação que é estabelecida entre ambos. Sendo esta Dimensão a melhor pontuada de toda a escala, com um nível de autoeficácia elevada (100%), pode depreender-se que as mães deste estudo acreditam ter uma boa relação com o bebé, acreditam ser capazes de demonstrar o afeto que sentem por ele e acreditam conseguir obter uma boa resposta do seu filho na maioria das situações. Esta confiança é crucial para a qualidade da relação mãe-filho, para o fortalecimento de relações futuras, para a qualidade e eficácia dos cuidados ao RN e para o desenvolvimento infantil do RN.

O longo período de hospitalização do RN é apontado como um fator negativo no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados ao seu filho prematuro e, conseqüentemente, na formação da ligação entre ambos (Souza et al., 2010), pelo que devem estimular-se as relações iniciais estabelecidas entre mãe e RNP, visto que a qualidade da relação entre ambos possibilitará à criança um desenvolvimento psíquico e emocional saudável (Mozzaquatro, Arpini & Polli, 2015)

Pontes & Cantillino (2014) concluíram no seu estudo que a maioria das mães descreveu como traumático o facto do seu filho ser prematuro, associando-o com sentimento de tristeza, o que torna o vínculo mãe-filho negativo. Da mesma forma, a maneira como a mãe encara a prematuridade e se readapta a esta situação inesperada, gera-lhe sentimentos mais negativos de ligação mãe-filho.

Apesar dos valores globais de autoeficácia percebida das mães deste estudo serem muito satisfatórios, o nosso olhar deve focar atentamente nos, não menos importantes, 5,92% das mães que se avaliaram com uma PAE razoável. Analisando os itens nos quais as pontuações foram menos elevadas, por forma a poder perceber as áreas de maior fragilidade em que o enfermeiro poderá investir de forma mais consistente, de forma a poder promover nas mães o crescimento do seu sentimento de autoeficácia parental percebida, constatamos que o domínio a investir com mais afinco é o domínio 3 – *Ler comportamento*. Este Domínio retrata

a percepção da mãe na sua capacidade em compreender os sinais que o seu bebé lhe quer transmitir e está profundamente relacionado com os aspetos mais frágeis e delicados do cuidar. Engloba os itens consonantes com os cuidados centrados no desenvolvimento, que contemplam a observação e a interpretação dos sinais de doença.

Podemos inferir que os cuidados prestados na UCIN ao nível da capacitação dos pais para a prestação de cuidados básicos ao RNP (no âmbito do tomar conta), bem como ao nível da vinculação, são eficazes. Contudo, ao nível do reconhecimento de sinais, da leitura do comportamento do RNP e na capacitação para a tomada de decisões, verifica-se que podemos melhorar nalguns aspetos. Sendo este domínio de interpretação tão subjetiva, devemos questionar-nos: acerca da efetividade da informação partilhada entre profissionais de saúde e pais; acerca da eficiência dos ensinamentos que são realizados às mães durante o internamento do seu filho acerca das áreas em que esses ensinamentos incidem com maior relevância.

Por outro lado, urge a questão da valorização da informação pelas próprias mães e do significado que as mesmas atribuem ao que lhes é transmitido. Isto é, seria importante conhecer de que forma as mães apreendem a informação transmitida, bem como o significado e a valorização que atribuem a cada um dos domínios do cuidar.

Do ponto de vista social e histórico, ainda há poucos anos, as mães duvidavam das competências do seu RN ao nascimento, questionando frequentemente se são capazes de ver ou ouvir, por exemplo. Esta realidade, ainda recente, pode justificar o significado que as mães atribuem aos ensinamentos que lhes são dirigidos, podendo dar mais valor aos cuidados gerais ao RNP e à ligação mãe-filho em detrimento dos cuidados relacionados com o seu desenvolvimento.

Por forma a proporcionar uma verdadeira relação de ajuda na parceria de cuidados, capacitando os pais e promovendo a sua plena autonomia nos cuidados ao RN aquando da alta hospitalar (OE Regulamento, 2011), o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) sublinha a importância do método de enfermeiro de referência, e sugere a elaboração de um plano de alta individualizado às necessidades de cada RN e família, incluindo os pais nesse planeamento, por forma a reconhecerem as suas próprias dificuldades e a receber apoio e preparação individualizados.

A fragilidade de autoeficácia neste domínio revela-nos que algumas mães não conhecem muito bem o seu filho e sentem dificuldade em decifrar o que ele lhe quer transmitir. As mães necessitam de intervenções que as ajudem a conhecer os sinais do seu bebé, de forma a responder assertivamente às solicitações e promover o desenvolvimento do bebé da forma mais saudável possível, aprendendo a detetar sinais de alerta e antever algum problema de saúde.

Por forma a proporcionar uma verdadeira relação de ajuda na parceria de cuidados, capacitando os pais e promovendo a sua plena autonomia nos cuidados ao RN aquando da alta hospitalar (OE Regulamento, 2011), o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) sublinha a importância do método de enfermeiro de referência, e sugere a elaboração de um plano de alta individualizado às necessidades de cada RN e família, incluindo os pais nesse planeamento, por forma a reconhecerem as suas próprias dificuldades e a receber apoio e preparação individualizados.

Apesar da PAE razoável, as mães evidenciaram que os itens onde necessitam de maior intervenção de enfermagem são o Item 3 – *“Eu posso dizer quando o meu bebé está doente”*, o Item 15 – *“Eu sou boa em saber quais as atividades que o meu bebé não gosta”* e o Item 16 – *“Eu sei bem como manter o meu bebé distraído”*. O conhecimento destas lacunas de conhecimento, são preciosas contribuições para a equipa de enfermagem neonatal poder prescrever um plano de intervenção individualizado e dirigido a cada uma das mães, no âmbito da capacitação parental para a tomada de decisões, capacitando-as e preparando-as da melhor forma para o seu regresso a casa.

Algumas intervenções poderão ajudar o enfermeiro a trabalhar com as mães estes aspetos, como a educação para a saúde e os ensinamentos sobre os sinais de doença, a promoção do contacto precoce e interação com o bebé nos momentos de prestação de cuidados para promover a vinculação e estimular o conhecimento entre ambos. Na promoção desta interação, o enfermeiro deve estar atento à idade gestacional do RNP, percebendo quando este possui a capacidade de dirigir o olhar a quem o solicita. É nesse momento, então, que o conhecimento da equipa pode facilitar a interação através da informação e demonstração das capacidades evolutivas do RN (Scortegagna, Miranda, Morch, Carvalho, Biasi & Cherubini, 2005). Os autores, evidenciaram que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são



fundamentais no processo interativo entre a mãe e o RNP. É através desse contato que se estabelece este romance, onde a troca de vínculos afetivos entre ambos ganha um lugar de destaque. Ajudar a observar, a reconhecer, a compreender e a responder adequadamente às informações e aos sinais que o RNP internado em cuidados intensivos transmite é elementar para o desenvolvimento inicial da vinculação, para o conhecimento do bebê por parte da mãe e para o desenvolvimento futuro do bebê.

Todavia, conhecer o RNP pode ser inicialmente um desafio para os pais. Segundo a SPN (2016), alguns RNP apresentam dificuldades no seu processo de organização interna, emitindo sinais pouco explícitos ou deturpados, o que dificulta a compreensão dos mesmos pelos pais. Contudo, os pais necessitam estar ao mais alto nível no momento da alta clínica do RNP, e para isso é imperativo que o enfermeiro, os adestre atempadamente no conhecimento do bebê e na compreensão desses mesmos sinais para que, conhecendo o seu filho possam responder adequadamente aos seus anseios.

Neste sentido, Brazelton mostrou-nos umas “novas lentes, uma nova cartografia para observarmos, compreendermos e valorizarmos o comportamento do RN, as diferenças individuais, as interações entre cuidadores e bebês, os cuidados antecipatórios, os cuidados centrados na família e a colaboração transdisciplinar” (Brito, 2018, pág.7).

O modelo Touchpoints constitui um excelente modelo de apoio à família, que estimula e fortalece o sentido de competência das mesmas (Castelão, Pinto e Fuertes, 2015). Pretende-se que “os pais em todos os lugares trabalhem com provedores de apoio, sintam-se confiantes em seu papel de pais e formem ligações fortes e resilientes com seus filhos” Brazelton Touchpoints Center (2018). Por ser dinâmico e oferecer uma abordagem modernizada com implicações positivas nas práticas profissionais e no trabalho com as crianças e as suas famílias, convida a produzir uma forma diferente de agir em toda a intervenção, comunicação e interação com as famílias (Sparrow, 2010), promovendo alicerces fundamentais para um desenvolvimento mais saudável.

A Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS), é uma ferramenta que permite contemplar um vasto leque de comportamentos, transmitindo-nos um retrato comportamental da criança que - face a diferentes estímulos - ilustra as suas forças, as suas respostas de adaptação e possíveis vulnerabilidades. A avaliação partilhada é uma viagem à descoberta do RN com os

pais, para que os mesmos possam desenvolver estratégias de prestação de cuidados e fortaleçam a interrelação entre si e os seus filhos. Representa uma preciosa ajuda para os pais e os profissionais de saúde entenderem a linguagem do RN, isto é, a melhor forma de compreenderem o bebé enquanto ser humano (Brazelton & Nugent, 2011).

O sistema NBO (Neonatal Behavioral Observations), deste autor, auxilia também os profissionais de saúde a apoiar os pais na transição para a parentalidade. É um sistema de observação do comportamento do bebé que permite a descoberta da sua singularidade, das suas capacidades, preferências e áreas que beneficiam de ajuda, dando-as a conhecer aos pais, de forma a promover a confiança parental e as interações positivas entre os pais e o bebé. Deste modo, contribui para o estabelecimento de uma vinculação saudável e para um adequado desenvolvimento do RN. Permite ainda observar a capacidade de habituação do mesmo face a estímulos sonoros e luminosos; a qualidade do tónus motor e o nível de atividade; a capacidade de autorregulação; a resposta ao stress e as capacidades visuais, auditivas e interativas do RN. (Brazelton, 2011; Brazelton & Sparrow, 2003; Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2014).

Os resultados de Ferraz (2017) demonstraram ainda que as UCIN com um nível superior de diferenciação de cuidados, bem como as que têm implementado um programa de CCD (NIDCAP ou outro) são as que revelam uma prática de CCD, mais próxima do desejável, podendo, este fator, ser apontado como preditor de práticas parentais positivas.

O NIDCAP foi concebido como forma de reduzir os efeitos negativos que o ambiente da UCIN pode provocar no desenvolvimento do RNP, atendendo a uma adaptação do ambiente e dos cuidados da UCIN. Pretende realçar os pontos positivos de cada RN e a sua autorregulação, adotando uma abordagem comportamental individualizada na prestação de cuidado e focalizada numa leitura detalhada dos sinais comportamentais individuais (Als, 2017 e Santos, 2011). De acordo com Als (2017), toda esta adaptação deve ser realizada em estreita colaboração com os pais uma vez que estes são os principais responsáveis pelos cuidados ao RNP, potencializando, desta forma, a sua vinculação.

Também os profissionais que trabalham nas UCIN estão cada vez mais focados na otimização do desenvolvimento do RNP, adotando meios de avaliação e documentação das suas competências, estabelecendo limites comportamentais para a desorganização do RNP

visando a proteção do sistema nervoso e promoção do melhor desenvolvimento Als (2015).

Por estes fatores, realça-se a importância do trabalho do enfermeiro de neonatologia no que concerne a adoção de medidas que promovam a elevada autoeficácia materna. Bandura sublinha algumas medidas como: promover a vinculação precoce entre mãe e filho, estimulando o toque e a envolvimento nos cuidados ao RNP o mais cedo possível; direcionar os ensinamentos desenvolvidos com as mães fornecendo-lhes a informação de que necessitam para poder conhecer o seu filho; desenvolver a instrução e treino de habilidades capacitando-as de ferramentas que sustentem a autoconfiança nos cuidados a prestar ao RNP para que, e de acordo com Bandura (1989), possam dinamizar a sua autoeficácia, modificando-a, alterando os determinantes da tarefa, da situação ou do processo de desenvolvimento individual do sujeito.

As equipas de enfermagem das UCIN poderiam beneficiar de formação neste sentido, potenciando os seus conhecimentos e uniformizando cuidados dentro destas filosofias de promoção dos cuidados desenvolvimentais para que possam preparar melhor os pais.

Os resultados podem evidenciar que os cuidados desenvolvidos ao longo de todo o internamento do bebé como o envolvimento no cuidar, a promoção da vinculação, o conhecimento e a preparação desenvolvidos, terão contribuído de forma positiva para que estas mães se sintam mais confiantes na fase de pré regresso a casa, dado que as mães, na sua grande maioria se auto avaliaram com uma PAEPM elevada. Para além disto, a maioria das mães demonstrou Muita Satisfação com os cuidados observados durante o internamento, e a maioria da aprendizagem constrói-se por observação.

O ser humano ao longo dos tempos desenvolveu e aprimorou a capacidade de aprender por observação, o que lhe permitiu ampliar os seus conhecimentos e as suas potencialidades de uma forma rápida. Presumivelmente, grande parte da aprendizagem comportamental, cognitiva e afetiva pode ser aprendida observando o comportamento dos outros e suas consequências (Melo-Dias & Silva, 2019).

A aprendizagem por observação e imitação parece ser a que melhor sustenta os nossos comportamentos, uma vez que grande parte das coisas que fazemos é por observação e imitação dos outros. Para Bandura (1977), as pessoas podem aprender tão bem diretamente

como indiretamente, salientando que a modelação constitui a fonte da maior parte da aprendizagem humana. Explica que quando observamos as ações dos outros, concebemos uma ideia de como se realizam os comportamentos, o que numa situação posterior, vai permitir a execução do mesmo comportamento com base nas informações obtidas anteriormente. Desta forma, os enfermeiros sendo a principal referência das mães na prestação de cuidados, podem aperfeiçoar-se no seu papel de modeladores por forma a conseguirem induzir nas mães a aprendizagem desejada.

Outros estudos foram realizados para avaliação da PAEPM. Em todos eles, se verificou uma PAE elevada: 71,15 (DP=10,5), em Kahya & Uluc (2021); 53,1 (DP=7,1), em Kurokawa, Yamamoto & Takada (2020); 65 (DP=8), no estudo de Leahy-Warren, McCarthy e Corcoran, (2011); 62,4 (DP=6,6), no estudo de Pedrini (2018) e 74,92 (DP=11,05), no estudo de Morrell & Watts (2018).

Para além de analisar os valores da PAEPM e suas dimensões neste estudo, considerámos interessante poder compará-los com os valores obtidos noutros estudos que lhe são semelhantes Albuquerque (2019); Barnes & Adamson-Macedo (2007); Hsião et al. (2017); Tristão et al. (2015) e, conforme (Tabela 13). Também nesses estudos, o domínio 3 - *Ler Comportamento*, foi o que conseguiu a menor média.

Podemos por essa tabela perceber que as diferenças entre os valores globais da EPAEPM não são substanciais. Contudo, podemos observar que o estudo atual é o que apresenta a pontuação de autoeficácia percebida ligeiramente mais elevada, comprovadamente corroborado com um valor de desvio padrão mais baixo. Isto é, neste estudo as mães evidenciaram ter uma PAP superior a qualquer um dos estudos anteriores, devemos analisar este resultado com algum cuidado, uma vez que as diferenças de valores podem dever-se a vários fatores como o tamanho da amostra, a realidade cultural e/ou o contexto de cuidados, porque embora se tratando de uma UCIN, a tipologia de cuidados diverge nos diferentes países e dentro do mesmo país, consoante os contextos e as circunstâncias de cada serviço.

Os itens da Dimensão 4 – Crenças situacionais, podem ser influenciados pelo contexto cultural específico das mães refletindo as crenças maternas de determinada região, povo ou país. Por outro lado, as diferenças nos cuidados de enfermagem que são prestados nas UCIN dos vários países são também influenciados pelas diferenças culturais dos mesmos, pelo que

os resultados deste e de outros estudos poderão refletir essas diversidades (Kurokawa, Yamamoto & Takada, 2020).

O estudo de Albuquerque (2019) é o estudo que mais semelhanças culturais apresenta com o presente estudo porque também foi realizado em Portugal, contudo, o momento de aplicação do questionário no estudo de Albuquerque difere de todos os outros, ocorrendo depois da alta clínica, enquanto que em todos os restantes estudos, e neste em particular, o questionário é aplicado ainda durante o internamento. Portanto, deve ter-se em conta essa particularidade ao fazerem-se comparações.

Um outro fator que podemos identificar como justificativo desta diferença, dever-se-á ao efeito de desejabilidade social. Isto é, as mães, tendo conhecimento de que a investigadora é enfermeira na UCIN onde a investigação foi realizada, e estando o seu filho internado nesta referida unidade, poderão deduzir que a sua autoconfiança é resultante do seu envolvimento nos cuidados proporcionados pela equipa de enfermagem através dos ensinamentos e instrução dos mesmos, poderá este reconhecimento, eventualmente, ter influenciado as respostas dadas.

**Tabela 13**

Comparação das pontuações totais das dimensões da EPAEPM deste estudo, com as pontuações obtidas noutros estudos

| EPAEPM                     | Dimensão 1 |      | Dimensão 2 |     | Dimensão 3 |     | Dimensão 4 |      | Global | Global |
|----------------------------|------------|------|------------|-----|------------|-----|------------|------|--------|--------|
|                            | média      | DP   | média      | DP  | média      | DP  | média      | DP   | média  | DP     |
| <b>Presente Estudo</b>     | 14,0       | 1,5  | 24,7       | 2,6 | 19,1       | 2,3 | 11,4       | 0,95 | 69,2   | 6,3    |
| <b>Albuquerque (2019)</b>  | 13,7       | 2,00 | 23,2       | 4,1 | 18,9       | 2,6 | 10,9       | 1,3  | 66,9   | 8,9    |
| <b>Hsião et al. (2017)</b> | 12,8       | 3,20 | 22,5       | 5,1 | 18,1       | 4,5 | 10,6       | 1,8  | 63,6   | 14,7   |

|                                                          |      |     |      |     |      |     |      |     |       |       |
|----------------------------------------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|-------|-------|
| <b>Tristão et al.<br/>(2015)</b>                         | 13,2 | 2,3 | 22,7 | 5,1 | 18,2 | 4,2 | 10,9 | 1,5 | 65,00 | 12,90 |
| <b>Barnes &amp;<br/>Adamson-<br/>Macedo<br/>(2007) *</b> | 11,6 | -   | 21,2 | -   | 17,1 | -   | 10,1 | -   | 59,00 | 11,4  |

\*Autores da EPAEPM

### 6.1.2. Relação entre as variáveis relativas à condição clínica do RNP e a autoeficácia percebida

Primeiramente, relembro que na hipótese enunciada, a relação proposta entre a complexidade clínica do RN era inversamente proporcional à PAE materna.

Quanto ao tempo de gestação, na amostra estudada, a maioria dos RNP (39,5%) possuíam entre 34 e 36 semanas de gestação, eram, prematuros tardios; e somente 5,3% tinham idade inferior a 28 semanas de gestação, contudo uma grande proporção da amostra (55,2%) situava-se entre as 28 e 33 semanas de gestação.

Contrariamente ao que se tinha previsto em hipótese inicialmente, as variáveis, ***tempo de gestação, tempo de internamento e complicações durante o internamento***, não se revelaram preditivas de PAE.

Estes dados estão de acordo com os resultados apresentados por Albuquerque (2019), que também não encontrou significado estatístico na relação entre a PAP e a idade gestacional ao nascimento ou o número de filhos anteriores. Do mesmo modo, não observou relação estatisticamente significativa entre a PAP e o tempo de internamento ou a satisfação de apoio familiar.

Quanto às complicações que decorrem durante o internamento, e apesar dos dados não se revelarem determinantes na promoção da autoeficácia materna, são sempre um momento gerador de crise emocional e familiar para os pais. A receção de más notícias causa angústia e tristeza, assistir ao sofrimento de um filho aflora todas as fragilidades maternas e torna vulnerável, a mais forte das mães... este momento é muito bem retratado nas palavras de Peixoto (2011, p. 108) ao referir que ao “assistirmos ao sofrimento do nosso filho é estarmos

em carne viva por dentro, é não termos pele, é um incêndio a arder no mundo inteiro.” A equipa de profissionais e o apoio familiar são dois pilares importantes nestes momentos de angústia parental e crise familiar, não permitindo que a mãe desacredite, ajudando-a a encontrar formas de transformar a dor em coragem e oferecendo estratégias de empoderamento que promovam a elevação da sua PAE.

### **6.1.3. Relação entre as variáveis relativas à condição materna e a autoeficácia percebida**

Tristão et al. (2015) alertam-nos para a importância de alguns fatores preponderantes na relação mãe-bebé e que podem ter implicações na PAE materna. Esses fatores são de cariz psicológico e psicossocial, como o número de gestações, o número de nascimentos, o número de filhos vivos, o tempo de relacionamento do casal, a baixa escolaridade materna, assim como o baixo nível socioeconómico, a ocorrência de gravidez não planeada, a ocorrência de parto prematuro, a tentativa de interrupção da gravidez, a presença de sentimentos negativos e a falta de rede de apoio familiar. Face a estes princípios, neste estudo foram definidas variáveis maternas e analisadas as respetivas correlações a PAE materna.

Contrariamente ao conjecturado em hipótese, o nível de escolaridade materna, a experiência prévia no cuidar de bebés e a satisfação com os cuidados observados durante o internamento não se evidenciaram como determinantes da PAE materna.

Quanto ao **nível de escolaridade materna**, e apesar de não se ter revelado preditor de PAE, considerou-se interessante estudá-lo no sentido em que poderia constituir um indicador de literacia materna. Não sendo necessariamente sinónimo de mais ou melhores conhecimentos, atributos ou competências, poderia ser preditiva de maior disponibilidade e facilidade na aquisição, interpretação e compreensão de informações acerca do estado clínico do RN, o que por sua vez poderia aumentar a PAE. Também é consensual que a mulher com um nível moderado de literacia possui os conhecimentos que lhe permitem procurar informação, utilizá-la de modo a promover o bem-estar do seu filho e recorrer a serviços de saúde quando necessário.

Andrade et al. (2015) vem salientar que as mães com uma maior escolaridade podem compreender melhor as atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde e, concludentemente, ser decisivo na segurança dos cuidados que venham a ser prestados à

criança no futuro.

Apesar dos resultados deste estudo mostrarem que esta variável não exerce influência na PAE das mães, alguns estudos demonstram associações positivas e outros, negativas. Fernandes (2013), observou no seu estudo que, nesta fase, as mães, evidenciam níveis de autoeficácia percebida elevados independentemente da idade, do número de filhos e do estado civil. Relativamente à escolaridade materna, o autor constatou que as mães cujos graus variam entre 1.º e o 3.º ciclo apresentaram maior nível de autoeficácia total percebida. Por sua vez, Fong, Rothman, Garner, Ghazarian, Morley, Singerman e Bair-Merritt (2018) constataram que um menor nível de alfabetização em saúde está associado a menor autoeficácia parental em pais de RN.

No estudo de Ferreira et al. (2014), as habilitações literárias das mães mostram uma associação fraca e negativa com o sentimento geral de eficácia parental da parentalidade e Martins (2021), constatou uma redução da percepção de parentalidade materna com o aumento da literacia.

Por outro lado, vários estudos demonstraram associação positiva entre o nível de escolaridade e instrução materna e a autoeficácia percebida. As mães com um maior nível educacional apresentaram maiores pontuações médias na EPAEPM (Zheng, Morrell & Watts, 2018; Jackson, 2000; Green e Rodgers, 2001).

Os resultados encontrados neste estudo podem estar relacionados com o facto da nossa amostra ser composta por um leque de mães com moderada/elevada formação académica: 44,7% possuem o ensino secundário e 50% possui o ensino superior, sendo que mais de 50% das mães têm profissões que se situam nos primeiros cinco níveis de qualificações expressos na CPP. Estes dados parecem ir ao encontro dos encontrados em três estudos que alcançaram resultados semelhantes nos quais as mães também detinham um nível de formação elevado, não refletindo dissemelhanças relativamente ao nível de escolaridade (Shorey et al., 2015; Zang e Shen, 2010; Gao et al., 2014)

Porém, e atendendo a que a maioria das mães apresentou uma PAEPM elevada, podemos especular que a equipa multidisciplinar da UCI terá sido competente nos processos e intervenções instrutivas, bem como na capacitação materna, na realização de ensinamentos e instruções adequadas ao contexto e às capacidades sociais e cognitivas das mães.



Relativamente à **experiência prévia materna** nos cuidados a crianças, e contrariamente aos dados deste estudo, Sousa (2012) refere que

Ter outros filhos, dá aos pais muitos elementos para a realização dos cuidados parentais; o conhecimento e as habilidades adquiridas com as experiências prévias facilitam o desenvolvimento de competências relativas ao papel parental, a autoestima, a perceção da autoeficácia e geram tranquilidade. (p.25)

Os dados de caracterização da amostra revelam-nos que a maioria das mães que integraram o estudo situa-se num nível de experiência entre a *colaboração* e o *responsável* de cuidados, o que evidencia uma experiência prática razoável no cuidado de bebés. Contudo, cruzando os mesmos dados, percebe-se ainda que a maioria das mães (81,6%) é mãe pela primeira vez e em 97,4% das mães é o seu primeiro filho prematuro. Podemos deduzir que o nível de experiência prévia adquirida pode não ter sido determinante nesta amostra em concreto porque a experiência vivenciada por estas mães dista abruptamente em termos de contexto, circunstância e realidade de cuidados, da situação que se encontram a vivenciar. Portanto, pode depreender-se que apesar da experiência referida, estas mães têm os seus RNP internados numa UCI, alguns deles grandes prematuros, com complicações decorrentes do internamento e com particularidades e necessidades específicas que os diferenciam de qualquer outro RN que a mãe possa ter tido oportunidade de cuidar ou de colaborar nos cuidados. Portanto, atendendo ao facto de que os cuidados inerentes a um RNP são de uma singularidade muito própria, a experiência prévia materna no cuidado de bebés pode não ter assumido o significado esperado pela dissemelhança em termos de cuidados, e a mãe pode sentir-se pouco confiante quando confrontada com a necessidade de cuidar do seu filho prematuro. Parece, assim, que neste contexto devam ser implementadas diretrizes mais direccionadas e que vão ao encontro das necessidades específicas sentidas por estas mães, que se revelem eficazes para que possam limar os seus obstáculos e desenvolver plenamente a sua PAE.

Os cuidados em neonatologia foram sofrendo uma melhoria significativa ao longo dos tempos e muito se tem feito nos últimos anos para o aumento da sobrevivência do RNP, promoção do desenvolvimento infantil saudável, inclusão da família no seio dos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) admite que os enfermeiros atualmente encontram-se mais

empenhados em conciliar cuidados de alta qualidade com a sua capacidade de identificar as necessidades dos utentes, pelo que a implementação de projetos de ensino, instrução e treino, deverá ser o alvo da atuação do enfermeiro, assistindo, incentivando e supervisionando o exercício da parentalidade, sustentando as questões éticas, as expetativas dos pais e os aspetos culturalmente sensíveis.

A aprendizagem por modelos através da observação dos cuidados de enfermagem analisados está na base da aquisição de conhecimentos e autoeficácia que as mães desenvolvem durante o internamento do seu filho. Ainda assim, Bandura designa por modelagem o processo de aprendizagem social feito com base na observação que permitem às pessoas aprender sem precisar praticar nenhum comportamento.

Os nossos resultados vão contra os dados apresentados no estudo de Pinheiro (2019) no qual revelou que a paridade, os anos de estudo, o apoio social e suas dimensões se mostraram preditores da Autoeficácia Materna Percebida. Também Martins (2021), sustenta que quanto maior o número de partos anteriores, maior a PAE materna demonstrada pelas participantes do seu estudo.

Quanto à **satisfação com os cuidados observados durante o internamento**, a maioria das mães (n=24) revela-se *Muito Satisfeita* com os cuidados e, somente 14 das mães, referem-se *satisfeitas*. Contudo, apesar de se encontrarem bastante satisfeitas com os cuidados observados durante o internamento, esse fator não se revelou preditor de autoeficácia percebida.

Contudo, devemos debruçar-nos atentamente para estes 34,2% das mães que se revelaram somente satisfeitas com os cuidados, uma vez que o seu grau de satisfação reflete um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, Loureiro, Araújo e Charepe (2021) referem que a satisfação dos pais de crianças hospitalizadas tem sido utilizada para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, é de todo o interesse conhecer, identificar e descrever a satisfação das mães, bem como identificar os motivos que levam à sua satisfação ou insatisfação (Coelho, 2013), pelo que faria todo o sentido explorar esses motivos, num estudo posterior, eventualmente com recurso a uma escala adequada para o efeito.

Ondino e Guirardello (2010), Correia e Pereira (2015) e Santos, Sardinha e Santos (2017), sustentam os nossos resultados e demonstram que as puérperas estudadas revelaram-se satisfeitas com os cuidados de enfermagem e privilegiam o internamento no pós-parto como um período de adaptação ao novo papel parental, no qual a aquisição de competências contribui para a adaptação à sua condição de mãe.

O **apoio familiar percebido**, foi de todas as variáveis maternas, a que demonstrou ter associação mais relevante com a PAE materna, nomeadamente no Domínio 2 – Eliciar Comportamento, sendo esta positiva, embora no limiar da significância estatística ( $r=0,267$ ;  $p=0,053$ ). Ainda que o valor de  $p$  seja superior a 0,05, encontra-se próximo de ser estatisticamente significativo, o que leva a presumir que as mães que se encontram mais satisfeitas com o apoio familiar recebido, apresentam maior probabilidade de desenvolverem uma elevada PAE.

O apoio familiar percebido é uma avaliação subjetiva do apoio que a mãe sente que recebe do outro e está inerente à sensação de ser ajudado/ser cuidado por alguém que faz parte das suas relações familiares. O que se encontra realçado na fundamentação teórica, é que o apoio familiar nesta fase é de extrema importância, sendo que é na pessoa do conjuge que a mulher mais anseia receber esse apoio. Rodrigues, Guedes e Silva (2000) destacam que a perceção de suporte familiar, encontra-se diretamente relacionada com o apoio prestado pela família em resposta às necessidades evidenciadas pelos seus membros e constitui uma fonte de autoeficácia extremamente importante.

Considera-se que o apoio familiar, principalmente neste momento da vida das mães, é de crucial importância para o seu equilíbrio e bem-estar, contribuindo favoravelmente para que se sintam mais confiantes e com uma PAE mais elevada. Henkin (2010), afirma que o vínculo emocional e o suporte instrumental oferecidos pela família favorecem a PAE, contribuindo favoravelmente no enfrentamento das adversidades e Albuquerque (2019) concluiu que quanto menor a satisfação com o apoio familiar, maior o risco de depressão. Também Mozzaquatro, Arpini & Polli (2015) realçaram a participação do pai nos cuidados e na relação com o RN, como um fator essencial no desenvolvimento emocional e na construção de novas relações por parte do mesmo. Tal como, Pontes e Cantillino (2014) que consideraram a importância do apoio do pai para a mãe como fator protetor, facilitando uma adaptação à

maternidade mais responsiva, principalmente em condições estressantes como a prematuridade, promovendo o desenvolvimento de uma vinculação forte entre mãe-filho.

Vários estudos correlacionam positivamente o apoio social prestado por pais, parceiros e enfermeiros com os níveis de AEPM percebida pelas mães. Quanto à autoeficácia materna, foi relacionada positivamente com níveis mais altos de apoio recebido por parte dos pais (avós do bebê), que por sua vez foi associada com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva pós-parto. Do mesmo modo, o apoio recebido por parte do parceiro mostrou-se preditor da autoeficácia materna (Haslam et al, 2006). Shorey et al (2015) afirmam que o apoio prestado em forma de informações pelos enfermeiros revelou uma diferença significativa da pontuação da autoeficácia entre os dois grupos estudados, sendo que a pontuação de autoeficácia mais elevada corresponde às mães do grupo controle.

Em diferentes estudos, níveis mais altos de apoio dos pais foram relacionados à maior autoeficácia materna, que por sua vez foi associada com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva (Haslam et al., 2006; Shorey et al., 2015; Korja et al., 2015)

## CONCLUSÃO

O nascimento de uma criança é e sempre será um momento sublime, um acontecimento que desperta o melhor de um ser humano, mas que em determinadas situações poderá também trazer emoções intensamente dolorosas (SPN, 2016). A chegada de um filho prematuro desperta nos pais um turbilhão de sentimentos e pensamentos complexos, conduzindo-os para uma complexidade angustiante para a qual se encontram naturalmente despreparados. É no seio da equipa da UCIN e propriamente na pessoa do enfermeiro que muitas vezes os pais encontram o apoio necessário para poderem evoluir e corresponder positivamente a uma situação para eles adversa. Para além de escorar os pais nesta caminhada, ao enfermeiro compete fornecer-lhes as ferramentas necessárias e capacitá-los para que façam esta travessia da forma mais saudável possível, tornando-os autónomos e competentes nos cuidados ao seu filho, mas ao mesmo tempo, confiantes e habilitados no momento do regresso a casa. Conhecer a PAE materna e resgatar o apoio familiar é essencial pela importância que assumem neste processo como elementos decisivos no sucesso da autoeficácia materna.

Cuidar de um RNP requer uma aprendizagem altamente complexa, quer pelas necessidades específicas inerentes à imaturidade do RN, quer pelas complicações decorrentes da própria prematuridade, pelo que a aprendizagem de capacidades por parte dos pais pode tornar-se muito desafiante. O envolvimento dos pais é fundamental no processo de desenvolvimento da criança. Torna-se essencial conhecer as dificuldades sentidas pelos pais para que os profissionais de saúde possam intervir de forma a transformar as suas fragilidades em forças que lhes permitam formarem com eles uma equipa coesa de apoio (SPN, 2016).

O objetivo que norteou esta investigação foi a análise da PAP das mães dos RNP internados na UCIN, numa fase de pré regresso a casa, bem como analisar a relação entre a perceção de apoio familiar e a Perceção de PAP dessas mães.

Os resultados deste estudo revelaram que a grande maioria das mães apresenta uma elevada autoeficácia, o que nos permite concluir que a maioria das mães se avaliam positivamente no

seu desempenho, apresentado uma PAEPM elevada, o que leva a crer que quando expostas a situações de maior complexidade, possuem a segurança e confiança necessárias para poder responder de forma assertiva, transformando os medos em forças para lidar com as dificuldades e ultrapassar as adversidades encontradas. Estes resultados, podem ser interpretados como satisfatórios na medida em que alguns estudos têm demonstrado que uma elevada percepção de autoeficácia é preditiva de qualidade de cuidados prestados ao RNP no domicílio.

Das quatro dimensões avaliadas, aquela em que as mães manifestam um nível de autoeficácia percebido mais elevado é a dimensão 4 – *Crenças situacionais*, que está relacionada com o julgamento que a mãe faz de si própria e a convicção que sente em ser capaz de obter respostas do seu filho. No entanto, a dimensão com pontuação menos elevada, embora com valores muito positivos, é a Dimensão 3 – *Ler Comportamento*, estes resultados mostram que as intervenções de enfermagem têm de incidir sobre a promoção precoce do conhecimento do RNP, as mães precisam de ser ajudadas a decifrar os sinais emitidos pelo seu bebé de forma a poderem responder adequadamente às solicitações do mesmo e poder decifrar atempadamente sinais de doença. Estes dados podem revelar-se importantes para a identificação de estratégias que visem a preparação do regresso a casa com sucesso e segurança.

Relativamente à percepção da autoeficácia, consideramos decisivo que o enfermeiro conheça os domínios de maior fragilidade sentida pelas mães e compreenda os fatores que influenciam a mesma, de modo a promover o empoderamento das mães na elevação da sua percepção de autoeficácia, preparando-as para cuidar do seu filho com maior segurança e autonomia.

Contrariamente ao previsto inicialmente, verificou-se ainda que nenhuma das variáveis em estudo se revelaram preditoras de PAE materna, excetuando-se uma ténue relação entre o apoio familiar percebido e a PAE materna, com especial ênfase no Domínio 2 – *Eliciar Comportamento* no qual se verifica uma associação positiva ( $r=0,267$ ;  $p=0,053$ ). Embora este valor se encontre no limiar da significância estatística, pode evidenciar a relevância que o apoio familiar assume na tranquilidade e segurança da mãe nesta fase tão delicada da sua vida, na qual a mãe necessita de se sentir apoiada pela sua rede de suporte familiar para

conseguir responder prontamente às solicitações e exigências pessoais e emocionais a que está exposta, sentindo-se segura e poder perceber-se eficaz.

Os resultados obtidos evidenciaram ainda que a maioria das mães se encontra muito satisfeita com os cuidados observados durante o internamento do seu filho, o que de certo modo poderá ser preditivo de qualidade de cuidados prestados na UCIN e um indicador do trabalho que os profissionais de enfermagem constroem com os pais desde a admissão do RN até ao momento da alta. Ensinar, instruir e treinar os pais nos cuidados ao seu filho são cuidados autónomos de enfermagem e a satisfação das mães poderá revelar que tem sido produzido um trabalho favorável nesse âmbito.

Neste estudo, as variáveis inicialmente colocadas em hipótese, por se considerarem possíveis influenciadoras da PAE materna (complexidade da situação clínica do RN, nível de escolaridade materna, experiência prévia materna, satisfação com os cuidados observados durante o internamento), não se revelaram determinantes na perceção da autoeficácia materna, pelo que se considera fundamental proceder ao aprofundamento desta temática, correlacionando a autoeficácia com outras variáveis e aplicando-o em amostras que sejam também mais representativas da população. Excetuando-se o apoio familiar percebido, variável com valor de correlação no limiar da significância estatística, mas evidenciando alguma relação.

Este estudo, pelos dados que revelou, tornou possível retirar algumas conclusões e inferir outras, mas seria pertinente que mais investigações deste género explorassem as razões sentidas pelas mães como promotoras do desenvolvimento da sua autoeficácia para que os profissionais de saúde pudessem investir neste domínio com maior assertividade.

Sendo esta uma temática do foro exclusivo e autónomo da acção do enfermeiro, os resultados deste estudo representam algumas implicações para a prática clínica. Consideramos que poderão contribuir para a reflexão da equipa de enfermagem neonatal; para a melhoria da qualidade dos cuidados; para diminuição dos tempos de internamento; para o aumento da satisfação familiar e para a promoção do desenvolvimento infantil. O conhecimento sobre os níveis de PAE materna são uma informação crucial para podermos promover cuidados de enfermagem mais dirigidos às necessidades das mães e dos RNP, investindo nos domínios

essenciais para a promoção da AEP materna.

O conhecimento da PAEPM nas suas quatro Dimensões permitirá à equipa a identificação dos domínios e dos itens revelados pelas mães como de maior fragilidade, auxiliando na elaboração dum plano mais personalizado de preparação para a alta clínica, que vá ao encontro das suas necessidades mais específicas e promovam a capacitação dos pais no adequado desempenho das suas responsabilidades parentais.

Este estudo servirá para realçar o papel do enfermeiro de cuidados intensivos neonatais no cuidado ao RNP envolvendo e integrando a família como elementos essenciais no processo desenvolvimento. Este distinto grupo profissional que se veste de verde/azul tem a função privilegiada de transformar um lugar instrumentado, monitorizado e munido com “naves espaciais” que se conectam à vida por um fio (ou vários fios), num lugar onde a magia também transforma laços em abraços e molda a dor em coragem.

Os resultados deste estudo, que salientam uma elevada PAE materna, e uma elevada satisfação com os cuidados observados durante o internamento, acreditamos poderem contribuir positivamente para a motivação profissional dos profissionais de enfermagem, que, correndo o risco de me repetir, são um pilar fulcral na promoção do bem-estar familiar.

Os resultados alcançados reforçam a necessidade de continuar a investigar esta temática, possivelmente em amostras mais amplas, e incluindo o conhecimento da PAP do pai, relacionando ainda a PAP com outras variáveis não exploradas em profundidade nesta investigação. Poderia ser interessante estudar a perceção do enfermeiro face às competências maternas demonstradas no momento da alta e relacionar esses dados com a PAEPM.

Por outro lado, a uniformidade dos dados resultante da comparação dos estudos semelhantes parece revelar alguma “saturação” dos resultados, levando-nos a questionar acerca da representatividade desta escala na discriminação efetiva dos aspetos relacionados com os cuidados maternos, bem como acerca da viabilidade de continuar a investir neste constructo. Sendo uma escala de Likert, mas só com quatro pontos, sentimos a ausência de um ponto central que a poderia tornar mais discriminatória. Desta forma, e tentando contornar as influências culturais, poderia pensar-se na alteração da escala EPAEPM por forma a colmatar esta necessidade, bem como, na replicação da mesma para Portugal, uma vez que a versão



portuguesa de Tristão et al. (2015) utilizada corresponde a um estudo aplicado para a população brasileira.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*, RT 11/2017.
- Albuquerque, D. R. S. C., (2019). *Percepção de autoeficácia parental e estado emocional das mães após a alta da UCIN* [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Als, H. (2015) *Program guide. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). An education and training program for health care professionals*. Boston: National NIDCAP Training Center. Disponível em: <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf>
- Als, H. (2017). *Cuidados de desenvolvimentos individualizados para bebés prematuros. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*, p. 1- 7. Disponível em: <https://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes-prematuros.pdf>
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista Millenium*, 40, 185-199. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>.
- Andrade, L. C. O., Mendes, E. R. R., Vasconcelos, I. A., Joventino, E. S., Almeida, P. C., Ximenes, L. B. (2015). Socio-demographic factors relating to mothers' selfefficacy in preventing childhood diarrhea: a longitudinal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 14(1), 62-70. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100>
- Apkon, M. & Friedman, J. (2014). Planning for effective hospital discharge. *JAMA Pediatrics*, 168(10), 890-891.
- Associação Médica Mundial. [versão de outubro de 2013] *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. *Prentice-Hall, Inc.*
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729–735. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.729>
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527692>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31(2), 143-164.
- Barnes C. R., & Adamson-Macedo, E.N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 550-60. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x>
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., Nugent, J. K. (2011). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale. 4th edition*. London: McKeith/Blackwell Press.
- Brazelton, T. B. & Sparrow. J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. [http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints\\_Model\\_of\\_Development\\_Aug\\_2007.pdf](http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf)
- Brazelton Touchpoints Center (2018). *Vision, Mission, Values*.

<https://www.brazeltontouchpoints.org/about/vision/>

Barros, L. (2006). O bebé nascido em situação de risco [The baby born at risk]. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* [Pregnancy and Maternity Psychology] (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto.

Barros, I. D. S. (2015). *Transição para a Parentalidade em contexto de Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem* [Dissertação de Mestrado]. ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Leiria. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16412/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio\\_1%C2%AA%20vers%C3%A3o\\_FINAL-c%C3%B3pia.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16412/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio_1%C2%AA%20vers%C3%A3o_FINAL-c%C3%B3pia.pdf)

Barroso, R. (2016). *Iluminar a prematuridade!!!* – SPP: Sociedade Portuguesa de Pediatria. Consultado a: 13 de maio de 2019. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=564&op=2&ID=132>

Brígido, M. (2003). *Adaptação da mulher ao nascimento de um filho* [Dissertação de mestrado]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/367>

Brito, A. T. (2018). Modelo Touchpoints e Educação de Infância – “Reconheça o que traz para a interação”. *Cadernos de Educação de Infância*, 114. Edição da APEI Associação de Profissionais de Educação de infância. ISSN 2182-8369

Cação, M. (2015). *Funcionamento, forças das famílias e perceção da autoeficácia* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/547>

Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento [Representations and development tasks]. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* [Psychology of pregnancy and maternity] (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6):1162-72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01600.x>.

- Casey, A. (1993). Development and use of Partnership Model of Nursing Care. In E. Glasper & A. Tucher (Eds), A., *Advances in child health nursing*. London, England: Scutari Press.
- Castelão, A. S., Pinto, D., & Fuertes, M. (2015). *O impacto do Modelo Touchpoints: das representações do educador de infância à construção de uma parentalidade confiante* [Dissertação de Mestrado]. CIED - Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais da Escola Superior de Educação de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/4563>
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 666-691. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>
- Coelho, S. (2013). *A satisfação dos utentes em contexto hospitalar o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos pelo utente durante o internamento* [Dissertação de Mestrado]. ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/15756>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18(1), 47–85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.10048>
- Correia, T.I.G., Pereira, M.L.L. (2015). Os Cuidados de Enfermagem e a Satisfação dos Consumidores no Puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 17(1) 21-9.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, (19), 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Erdwins, C. J., Buffardi, L. C., Casper, W., J., & O'Brien, A. S. (2001). The relationship of Women's Role Strain to Social Support, Role Satisfaction, and SelfEfficacy. *Family Relations*, 50, 230-238.
- Fegran, L., & Helseth, S. (2008). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring*

- Sciences*, 23(4), 667–673. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x>
- Fernandes, R. T., Lamy, Z. C., Morsch, D., Lamy Filho, F., & Coelho, L. F. (2011). Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4033–4042. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001100008>
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, B.; Monteiro, L.; Fernandes, C.; Cardoso, J.; Veríssimo, M.; Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 32 (2), 145-156. <https://doi.org/10.14417/ap.854>.
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebé imaginário e o bebé real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, (40), 14-30. Acedido em 29 de dezembro de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Fong, H., Rothman, E. F., Garner, A., Ghazarian, S. R., Morley, D. S., Singerman, A., & Bair-Merritt, M. H. (2018). Association between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. *The Journal of Pediatrics*, (3), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.021>
- Fujiwara, T., Kato, N., Sanders, M. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 20(6)804-813. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9448-1>
- Gao, L., Sun, K., & Chan, S. W. (2014). Apoio social e autoeficácia parental entre as mulheres chinesas no período perinatal. *Parteira*, 30(5), 532-538. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.007>.
- Green, B. L. & Rodgers, A., (2001). Determinants of social support among low-income mothers: a longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*

29,419–441.

Haslam, D. M., Pakenham, K. I., Smith, A. (2006). Social support and post partum depressive symptomatology, the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Maternal Health Journal* 27, 276–291.

Hockenberry, M., Wilson, W. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Lisboa: Lusociência.

Hudson, D. B., Elek, S. M., Flek, C. M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24 (1), 31-43. <https://doi.org/10.1080/014608601300035580>

Hsião, R., Pitetti, K., & Smith, B. (2017). Application of perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) questionnaire in a mid-west community medical center NICU in the United states. *Neonatal and Pediatric Medicine*, 2(1), 1-6. <http://doi.org/10.4172/2572-4983.1000106>

ICN: International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 9788560187362.

ICN: International Council of Nurses (2013). CIPE Versão 2011. *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010*. Lisboa: INE. Disponível na www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>. ISBN 978-989-25-0010-2

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.

Jackson, A. P. (2000). Maternal self-efficacy and children's influence on stress and parenting among single black mothers in poverty. *Journal of Family Issues* 21, 3–16.

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential Roles of Parental Self-Efficacy in Parent and Child Adjustment: A Review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>



- Kahya, Y. & Uluc, S. (2021). A ferramenta Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP SE): o estudo de adaptação no contexto de estilos de apego e humor em mães de primeira viagem. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34 (1) 50-63. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2021.00120>
- Korja, R., Piha, J., Otava, R., Scaiola, C. L., Ahlqvist-Björkroth, S., Junttila, N., Aromaa, M., Räihä, H. (2015). Parents' Psychological Well-Being And Parental Self-Efficacy In Relation To The Family's Triadic Interaction. *Infant Mental Health Journal*, 36(3), 298-307. <https://doi.org/10.1002/imhj.21512>
- Kurokawa, M., Yamamoto, A., & Takada, S. (2020). Translation and Psychometric Analysis of the Japanese Version of the Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(2), 214-224. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.006>
- Leão, A. (2012). *A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente* [Dissertação de Mestrado]. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9371>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). *Mães de primeira viagem: apoio social, autoeficácia parental materna e depressão pós-parto*. *Revista de Enfermagem Clínica*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Lei nº21/2014, de 16 de abril. Diário da República, 1ª série – Nº 75/2014. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25344024/details/maximized>
- Leite, J. C. de C., Drachler, M. de L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100014>
- Leite, J.; Drachler, M.; Centro, M.; Pinheiro, C. & Silveira, V. (2002). Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.

- Leite, P. (2012). *Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados* [Dissertação de Mestrado]. ESEP - Escola superior de enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9336>
- Liechty, J. M. (2011). Health literacy: critical opportunities for social work leadership in health care and research, *Health Soc Work*, 36(2), 99-107. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.2.99>
- Lopes, P.; França, A.; Andrade, L. (2014). Tocar o meu filho na UCIN: das narrativas das mães às estratégias para o cuidar. *I jornadas do mestrado de enfermagem de saúde infantil e pediatria: livro de resumos*. ESEP - Escola superior de enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35804>
- Loureiro, F. M., Araújo, B., & Charepe, Z. B. (2021). Validação da Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20062. <https://doi.org/10.12707/RV20062>
- Lourenço, A. S. J. (2017). *Percepção de autoeficácia dos pais para cuidar da criança com imobilização gessada no domicílio após a alta* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Marchetti, D. & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89. ISSN: 2177-093X. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a11.pdf>
- Marlow, N. (2012). Organization of Perinatal Care. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling, *Neonatology - A Practical Approach to Neonatal Diseases*, 150-156. [https://doi.org/10.1007/978-88-470-1405-3\\_22](https://doi.org/10.1007/978-88-470-1405-3_22)
- Martins, C. A. (2021). *Relação entre a satisfação e a percepção de parentalidade materna* [Dissertação de Mestrado]. <http://hdl.handle.net/10174/29171>
- 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>

- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3º ed.) London: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo-Dias, C. & Silva, C. F. (2019). Teoria Da Aprendizagem Social De Bandura Na Formação De Habilidades De Conversação. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 20(1), 101-113. <http://doi.org/10.15309/19psd200108>
- Melo, R. M., Ângelo, B. H. B., Pontes, C. M., Brito, R. S. (2015). Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento, Escola Anna Nery, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150060>
- Mendes, C. Q. S. M., Mandetta, M. A., Miriam Harumi Tsunemi, M. H., Balieiro, M. M. F. G. (2019). Adaptação transcultural do Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Revista Brasileira Enfermagem*, 72(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>
- Mercer, R. (1995). *Becoming mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.
- Mercer, R., Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582.
- Moro, M. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 8(2), 258-273. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005002005>.
- Mozzaquatro, C. O., Arpini, D. M. & Polli, R. G. (2015). Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. *Psicologia em Revista*, 21(2), 334-351. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P333>
- Navarro, C., Navarrete, L., & Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el pos parto. *Salud mental*, 34(1), 37-43. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100005&lng=es&tlng=es).
- Nogueira, C. & Mesquita, A. (1992). Auto-eficácia e Ansiedade: Aplicação na Consulta Psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 16-22.

[https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=87724](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=87724)

Nugent, J.K., Keefer, C.H., Minear, S., Johnson, L.C., Blanchard, Y. (2014). Understanding newborn behavior & early relationships. The newborn behavioral observations (NBO) system handbook. 5th ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319–330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x>

Odinino, N.G., Guiradello, E.B. (2010). Satisfação da Puérpera com os cuidados de Enfermagem Recebidos em um Alojamento Conjunto. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19(4), 682-690. ID: lil-571844. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400011>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento. (2011). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Da Criança E Do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores De Boa Prática Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica* (Vol. 2). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Orzalesi, M. & Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 135-137.

Pereira, D. C. (2012). *Avaliação Inicial Do Familiar Cuidador: Estudo De Adequação De Um Instrumento* [Dissertação De Mestrado]. Escola Superior De Enfermagem Do Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9341/1/Tese\\_mestrado\\_trabalho\\_Finalissimo%5B1%5D.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9341/1/Tese_mestrado_trabalho_Finalissimo%5B1%5D.pdf)

Pedrini, L., Ferrari, C., & Ghilardi, A. (2019). Psychometric Properties of the Italian Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E). *Journal of Clinical Psychology*

- in Medical Settings*, 26(2), 173–182. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9578-3>
- Peixoto, J. L. (2011). *Abraço*. Lisboa: Quetzal Editores. ISBN: 9789725649367
- Pereira, M. G., Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala, *Análise Psicológica* (2004), 3 (22): 585-595.
- Pereira, I. C. (2013). *Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pinto, E. B. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebé prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 76-85. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100011>
- Petronilho, F. A. S. (2007) – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Pinheiro, S. R. C. S. (2019). *Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidado neonatal*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/54859>
- Pontes, G. A. R. & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebé. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 63 (4). <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000037>
- Prates, L. A., Schmalfuss, J. M., Lipinski, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(2), 310-315. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>
- Premji, S.S., Pana, G., Currie, G., Dosani, A., Reilly, S., Young, M., Hall, M., Williamson, T. & Lodha, A.K. (2018). Nível de confiança da mãe no cuidado de seu filho prematuro tardio: um estudo de métodos mistos. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6): e1120-e1133. <http://doi.org/10.1111/jocn.14190>
- Ramos, M. F. H. (2015). Modelo Social Cognitivo de Satisfação no Trabalho e Eficácia Coletiva: Percepções sobre a Docência. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. UFPA. Belém.

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação Materna, da Criança e do Adolescente (2016). SNS. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAdo-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* [The family life cycle: Systemic perspective] (pp.9-31). Porto: Edições Afrontamento.

Reis, P. F. (2011). *Fatores Que Influenciam As Estratégias De Coping Dos Pais No Processo De Transição Para A Parentalidade* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9241/1/TESE%20PAULA%20REIS.pdf>

Rodrigues, M.; Guedes Sobrinho, E. & Silva, R. (2000). A família e sua importância na formação do cidadão. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 2(2), 40-48. <http://doi.org/10.5380/fsd.v2i2.4934>

Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro. Acedido a 02-01-2019. <http://hdl.handle.net/10773/1416>

Romagnolo, A., Costa, A., Souza, N., Somera, V. & Benincasa, M. (2017). A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Seminário: Ciências Sociais e Humanas, Londrina*, 38(2), 133-146. <http://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>

Roque, S. S. G. & Costa, M. G. F. A. (2014). *Preparação dos pais para o cuidar do Recém-nascido após a alta: Avaliação dos registos de enfermagem* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2542>

Ribeiro, J. (1995) *Adaptação de uma escala de avaliação da autoeficácia geral* [Conferência]. Avaliação Psicológica: formas e contextos, Braga, Portugal. 163-176. ISPA Instituto Universitário, Faculdade de Psicologia e ciências de educação universidade do porto. <http://doi.org/10.13140/2.1.3971.1682>

Ribeiro, J. L. P. (2004). As Variáveis Psicológicas Positivas como Amortecedores entre Situações de Doença Grave Traumática e Stresse. *Congresso internacional sobre stress*

- pós-traumático*. Portugal: Associação dos Deficientes das Forças Armadas.
- Salvetti, M. G., & Pimenta, C. A. M. (2005). Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(4), 202–210. <http://doi.org/10.1590/s0101-60832005000400002>
- Sanders, M. R. & Wooley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x>.
- Santos, A. O. (2011). Nidcap®: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31;
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium: Journal of International Studies*, 49 (20), 153-171. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>
- Santos, M.A., Sardinha, A.H.L. & Santos, L.N. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem. In *Revista Gaúcha de Enfermagem* 31(1) e57506.
- Selau, F.F., Espinosa, T., Araujo, I. S., & Veit, E. A. (2019). Fontes de autoeficácia e atividades experimentais de física: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 41(2), e20180188. <https://doi.org/10.1590/1806-9126-rbef-2018-0188>
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing image. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C.A., Morch, D.S., Carvalho, R.A., Biasi, J. & Cherubini, F. (2005) O processo interativo mãe–bebê pré-termo. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor*, 6(2), 61-70.
- Shorey, S., Chan, S. W.-C., Chong, Y. S., & He, H.-G. (2015). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(6), 1260-1273.
- Silva, N. D. S. H., Lamy Filho, F., Gama, M. E. A., Lamy, Z. C., Pinheiro, A. L., & Silva,

- D. N. (2011). *Instruments of evaluation of child development of premature newborns. Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 85-98. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19998>
- Silva, E. M., Marcolino, E. G., Schiavon, G., Santos, A. L., Marcon, S. S. (2016). Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. *Revista de Pesquisa (Universidade Federal Estado Rio Janeiro, Online)*, 8(1), 1-13. 2016. 3991-4003. Disponível em: lil-776210.
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. PMID: 660126
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Nascer prematuro em Portugal*. SPN. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Sousa, P. C. M. O. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Tese de Doutorado]. Universidade católica portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde do Porto.
- Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JB, Silva ML. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 12(3):356-67.
- Sparrow, J. (2010). Aligning Systems of Care with the Relational Imperative of Development. Building Community through Collaborative Consultation. In, B. M. Lester, & J. D. Sparrow (2010). *Nurturing Children and Families. Building on the legacy of T. Berry Brazelton*. New York: Wiley-Blackwell.
- Teixeira, M., Nitschke, R., & Silva, L. (2011). A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós [Especial 9]. *Revista Kairós: Gerontologia*, 14, 205-221. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14iEspecial9p205-221>



- Tristão, R. M., Neiva, E. R., Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. (2015). Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in Brazilian sample. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 277–286. <http://doi.org/10.7322/jhgd.106000>
- Usher, E. L., & Pajares, F. (2009). Sources of self-efficacy in mathematics: A validation study. *Contemporary Educational Psychology*, 34(1), 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2008.09.002>.
- Van der Bijl, J. J., Shortridge-Baggett, L. M. (2001). The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15(3), 189-207. <https://doi.org/10.1891/0889-7182.15.3.189>.
- Vargas-Porras, C., Roa-Díaz, Z. M., Barnes, C., Adamson-Macedo, E. N., Ferré-Grau, C., & De Molina-Fernández, M. I. (2020). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Perceived Maternal Parenting Self-efficacy (PMP S-E) Tool for Primiparous Women. *Maternal and Child Health Journal*, 24(5), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02860-y>
- Wright, L., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª ed). São Paulo: Roca.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000300005>
- Zang, S.M. & Shen, Y., 2010. Estudo on influencing factos of maternal self-eficacy in primiparas mulheres. *China Journal of Health Psychology* 18, 35–38, (em chinês).
- Zheng, X. (2015) *Uma exploração de fatores que influenciam a autoeficácia materna em mulheres primiparas na China durante o pós-natal inicial: um estudo longitudinal* [Tese de doutoramento] Universidade de Nottingham. URI: <http://eprints.nottingham.ac.uk/id/eprint/30784>
- Zheng, X.J., Morrell, J. & Watts, K., 2018. Um estudo longitudinal quantitativo para explorar fatores que influenciam a autoeficácia materna entre as mulheres primiparas chinesas durante o período pós-parto inicial. *Midwifery* 59, 39-46.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.022>

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados do Estudo



### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a desenvolver uma investigação intitulada de **“Perceção de autoeficácia parental das mães de recém-nascidos prétermo, na fase pré alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais”**.

Este estudo é realizado às mães dos recém-nascidos prematuros internados nos serviços de Neonatologia A-UCI e Neonatologia B-UCI dos CHUC, é aplicado na fase final do internamento e é orientado pelo Professor Doutor Manuel Gameiro.

O **objetivo** principal deste estudo é **analisar a perceção de autoeficácia parental das mães dos RNP internados na UCIN, na fase de pré regresso a casa**.

Quanto à **finalidade**, pretende-se que este estudo possa contribuir para perceber a perceção de autoeficácia das mães dos RNP e, compreender as dimensões que poderão ter maior preponderância no desenvolvimento da mesma, para com base nesses dados possamos melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os dados serão colhidos através deste **questionário** que inclui questões gerais de carácter **sociodemográfico e clínico, e duas escalas**. Uma Escala pretende avaliar a perceção de autoeficácia de parentalidade materna (PAEPM) de Tristão et.al., traduzida para o Português da Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) e a segunda escala é de Gabriel Smilkstein (Universidade de Washington), pretende avaliar o Apgar Familiar.

A sua participação respondendo ao referido questionário será de cariz **voluntária** e a informação colhida será de carácter **confidencial**, sendo **respeitado o anonimato** das respostas. A sua participação é essencial, pelo que agradeço desde já pela sua colaboração.

Por favor, depois de responder a todas as questões, coloque o seu questionário no envelope facultado e entregue à enfermeira para que coloque na caixa identificada para a recolha dos mesmos. Garanto que toda a informação será tratada sob rigorosa confidencialidade.

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a investigadora

Enf.ª Elsa Isabel da Silva Cardoso, através do e-mail: [eisc.enf@gmail.com](mailto:eisc.enf@gmail.com) ou pelo  
telefone:969575407

## QUESTIONÁRIO

### Parte I – Dados Sociodemográficos e clínicos

|                                       |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade Materna                         |                                                                                                                                                   |
| Idade Paterna                         |                                                                                                                                                   |
| Estado civil                          |                                                                                                                                                   |
| Nacionalidade                         |                                                                                                                                                   |
| Profissão da mãe                      |                                                                                                                                                   |
| Profissão do Pai                      |                                                                                                                                                   |
| Habilitações literárias da mãe:       | Ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/><br>Ensino Superior <input type="checkbox"/>                     |
| Experiência prévia em cuidar de bebés | Nenhuma <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/><br>Colaboração <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> |

|                                    |                              |                      |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| História<br>obstétrica<br>anterior | Número de Abortos anteriores | <input type="text"/> |
|                                    | Partos prematuros anteriores | <input type="text"/> |
|                                    | Números de filhos anteriores | <input type="text"/> |

|                                                      |                  |                                                              |
|------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|
| Idade do bebé ao nascimento (Semanas)                |                  | <input type="text"/>                                         |
| Tempo de internamento do bebé na UCI neonatal (Dias) |                  | <input type="text"/>                                         |
| Complicações durante o internamento na UCI Neonatal  |                  | Sim <input type="checkbox"/><br>Não <input type="checkbox"/> |
| Satisfação com os cuidados no internamento           | Muito satisfeito | <input type="checkbox"/>                                     |
|                                                      | Satisfeito       | <input type="checkbox"/>                                     |
|                                                      | Pouco satisfeito | <input type="checkbox"/>                                     |
|                                                      | Insatisfeito     | <input type="checkbox"/>                                     |

## Parte II - Escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM)

Na escala existem 4 alternativas de resposta: **1. Discordo fortemente** **2. Discordo** **3. Concordo** **4. Concordo fortemente**. Por favor, assinale somente uma resposta para cada afirmação, colocando um **X** na alternativa que lhe parecer mais adequada à sua realidade.

|                                                                                      | <b>1</b><br><b>D F</b>   | <b>2</b><br><b>D</b>     | <b>3</b><br><b>C</b>     | <b>4</b><br><b>C F</b>   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. Acredito que posso dizer quando o meu bebé está cansando e precisa dormir.</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Acredito que tenho controle sobre os cuidados com o meu bebé.</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Eu posso dizer quando o meu bebé está doente.</b>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>4. Eu posso compreender os sinais do meu bebê.</b>                            |  |  |  |  |
| <b>5. Eu posso fazer o meu bebê feliz.</b>                                       |  |  |  |  |
| <b>6. Eu acredito que o meu bebê responde bem a mim.</b>                         |  |  |  |  |
| <b>7. Eu acredito que o meu bebê e eu temos uma boa relação.</b>                 |  |  |  |  |
| <b>8. Eu posso acalmar o meu bebê quando ele/ela está a chorar.</b>              |  |  |  |  |
| <b>9. Eu sou boa em acalmar o meu bebê quando ele/ela está triste.</b>           |  |  |  |  |
| <b>10. Eu sou boa em acalmar o meu bebê quando ele/ela está irritado.</b>        |  |  |  |  |
| <b>11. Eu sou boa em acalmar o meu bebê quando ele/ela não pára de chorar.</b>   |  |  |  |  |
| <b>12. Eu sou boa em acalmar o meu bebê quando ele/ela fica mais impaciente.</b> |  |  |  |  |
| <b>13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.</b>                           |  |  |  |  |
| <b>14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.</b>                        |  |  |  |  |
| <b>15. Eu sou boa em saber quais as atividades que o meu bebê não gosta.</b>     |  |  |  |  |
| <b>16. Eu sei bem como manter o meu bebê distraído.</b>                          |  |  |  |  |
| <b>17. Eu sei bem como alimentar o meu bebê.</b>                                 |  |  |  |  |
| <b>18. Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) o meu bebê.</b>                   |  |  |  |  |
| <b>19. Eu sei bem como dar banho ao meu bebê.</b>                                |  |  |  |  |
| <b>20. Eu sei como mostrar o meu afeto pelo meu bebê.</b>                        |  |  |  |  |



### Parte III – Escala de APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

Na escala existem **3 alternativas de resposta: Quase sempre, algumas vezes e quase nunca**. Por favor, assinale somente uma resposta para cada afirmação, colocando um **O** na alternativa que lhe parecer mais adequada à sua realidade.

|          |                                                                                                                                                  |                                                                   |                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>A</b> | <b>Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.</b>                                         | <b>Quase Sempre</b><br><b>Algumas Vezes</b><br><b>Quase Nunca</b> | <b>2</b><br><b>1</b><br><b>0</b> |
| <b>B</b> | <b>Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.</b>       | <b>Quase Sempre</b><br><b>Algumas Vezes</b><br><b>Quase Nunca</b> | <b>2</b><br><b>1</b><br><b>0</b> |
| <b>C</b> | <b>Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.</b>                      | <b>Quase Sempre</b><br><b>Algumas Vezes</b><br><b>Quase Nunca</b> | <b>2</b><br><b>1</b><br><b>0</b> |
| <b>D</b> | <b>Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.</b> | <b>Quase Sempre</b><br><b>Algumas Vezes</b><br><b>Quase Nunca</b> | <b>2</b><br><b>1</b><br><b>0</b> |
| <b>E</b> | <b>Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.</b>                                                                               | <b>Quase Sempre</b><br><b>Algumas Vezes</b><br><b>Quase Nunca</b> | <b>2</b><br><b>1</b><br><b>0</b> |

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**



## APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado



### INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:** “Perceção de autoeficácia parental das mães de recém-nascidos prétermo, na fase pré alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais”.

**PROMOTOR E INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Elsa Isabel da Silva Cardoso, Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Neonatologia A – UCI, CHUC, encontra-se a realizar esta investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**PROFESSOR COORDENADOR**

Professor Doutor Manuel Gameiro, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**NOME DO DOENTE**

---

**(LETRA DE IMPRENSA)**

É convidada a participar voluntariamente neste estudo porque é mãe de um recém-nascido prematuro internado neste serviço de Neonatologia, e encontra-se na fase final do internamento.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para perceber a percepção de autoeficácia das mães dos RNP e, compreender as dimensões que poderão ter maior preponderância no desenvolvimento da mesma, para com base nesses dados possamos melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

## **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Este estudo irá decorrer no Serviço de Neonatologia A – UCI e Neonatologia B – UCI dos Hospitais da Universidade de Coimbra – EPE, em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o objetivo de analisar a percepção de autoeficácia parental das mães dos RNP internados na UCI neonatal, na fase de pré regresso a casa.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal, pelo que somente lhe será pedido que responda, anonimamente, e por escrito a um questionário.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

## **2. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Pretende-se que este estudo possa contribuir para perceber a percepção de autoeficácia das mães dos RNP e, compreender as dimensões que poderão ter maior preponderância no desenvolvimento da mesma, para com base nesses dados possamos melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

## **3. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

## **4. CONFIDENCIALIDADE**

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso à informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação recolhida, serão utilizados unicamente para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, não a identifica, e só serão comunicados pelos investigadores ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
4. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
5. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos até essa altura que não a identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo.
6. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

## **5. COMPENSAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, portanto, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

## **6. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR**

O Centro de Estudo e o Investigador não receberão qualquer compensação financeira pela realização do estudo.

## **7. CONTACTOS**

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética do CHUC

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra

Telefone: 239 400 400

e-mail: [secetica@chuc.min-saude.pt](mailto:secetica@chuc.min-saude.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Elsa Isabel da Silva Cardoso

Urbanização Quinta Nova, Lote 12, 1º Direito

3150-195 Condeixa a Nova

Telemóvel: 969575407

e-mail: [eisc.enf@gmail.com](mailto:eisc.enf@gmail.com)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informada da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação que forneço no inquérito. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.
8. Posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição. Tenho conhecimento que



sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Nome do**

**Participante** \_\_\_\_\_

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

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

**Nome do**

**Investigador:** \_\_\_\_\_

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

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANEXOS**



## ANEXO I

### Parecer da Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



CHUC  
CENTRO HOSPITALAR  
E UNIVERSITÁRIO  
DE COIMBRA

UNIDADE DE INOVAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO

*Handwritten:* A.O. CA, R, 15/10/2019

*Stamp:* CHUC - Conselho de Administração, 17/10/2019, Antonio...

*Handwritten:* Exmo Senhor Prof. Doutor Fernando Regateiro, Presidente do Conselho de Administração, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA | DATA       |
|----------------|--------------------|------------------|------------|
|                |                    | CHUC-065-19      | 07-10-2019 |

**ASSUNTO:** Aprovação do Projecto de Investigação CHUC-065-19

A pedido de **Elsa Isabel da Silva Cardoso**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"Perceção de autoeficácia parental materna de recém-nascidos pré-termo, na fase pré alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"** ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

*Handwritten signature:* José Saraiva da Cunha

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Reg. N.º 6293  
Origem 14/10/2019

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL  
TEL + 351 239 400 477 - FAX + 351 239 832 241 - EMAIL UIDS@uissao@chuc.min-saude.pt www.chuc.min-saude.pt

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.  
para difusão

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco Parente  
Digmº Diretor Clínico do CHUC

Dr. Francisco Parente  
Diretor Clínico  
C.H.U.C. - EPE

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA      | DATA       |
|----------------|--------------------|-----------------------|------------|
|                |                    | N.º 210/CES           | 01-10-2019 |
|                |                    | Proc. N.º CHUC-065-19 |            |

**ASSUNTO:** Estudo Observacional: **Perceção de autoeficácia parental das mães de recém-nascidos prétermo, na fase pré alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**  
**Entrada na CES:** 01-07-2019  
**Visto na Reunião de:** 18-07-2019 (Parecer Desfavorável, ofº 189/19)  
**Reentrada na CES:** 10-09-2019  
**Investigador/a/es:** Elsa Isabel da Silva Cardoso, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
**Serviço de Realização:** Serviço de Neonatologia A – UCI e Serviço de Neonatologia B – UCI

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 26 de setembro de 2019, considera como aceitáveis as alterações efetuadas, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC.

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor João Pedrosa de Lima  
Presidente

CES do CHUC: Prof. Doutor João Pedrosa de Lima, Prof. Doutora Margarida Silvestre, Enfª Adélio Tinoco Mendes, Dra. Cláudia Santos, Dra. Isabel Ventura, Dr. José António Feio, Rev. Pe. Miguel Ferreira, Sj. Dr. Pedro Lopes, Dra. Teresa Monteiro

## ANEXO II

### Autorização para aplicação dos questionários no Serviço de Neonatologia A – UCI(CHUC)

#### PARECER

**Projeto Investigação:** *"Perceção de autoeficácia parental materna de recém-nascidos pré-termo, na fase pré alta de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais"*

**Promotor:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
**Orientador:** Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro  
**Investigador:** Elsa Isabel da Silva Cardoso (Enfermeira no Serviço de Neonatologia A – UCI. Mecanográfico Nº: 24205)  
**Serviço:** Neonatologia A – UCI

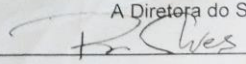
#### Parecer

O presente estudo enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tem como principais objetivos: Analisar a perceção de autoeficácia parental das mães dos RN prematuros internados na fase pré alta da UCI neonatal e Identificar as dimensões de maior preponderância no desenvolvimento da perceção de autoeficácia parental das mães dos RN prematuros internados na fase pré alta da UCI neonatal.

Quanto à metodologia, trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal. Pretende-se aplicar um questionário composto pelos dados sociodemográficos e clínicos, a Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM) e a Escala de Apgar Familiar a todas as mães de RN prematuros internados na UCI Neonatal, que se encontrem numa fase de pré regresso a casa, e que cumpram os critérios de inclusão. A integração das mães na amostra far-se-á de forma sequencial, conforme previsão de regresso a casa nas 48/72 horas seguintes, nos serviços de Neonatologia A – UCI e Neonatologia B – UCI do CHUC.

Pretende-se que este estudo possa contribuir para perceber a perceção de autoeficácia das mães dos RN prematuros e, compreender as dimensões que poderão ter maior preponderância no desenvolvimento da mesma, para com base nesses dados possamos melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Autorizo a aplicação do  
questionário e recolha de dados  
nesta Unidade para o  
registo do presente estudo

A Diretora do Serviço  
  
HUC - MDM  
Dr.ª Rosa Ramalho Alves  
Directora do Serviço de Neonatologia