



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Auto-avaliação das competências maternas para
cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar**

Ana Rita da Costa Miranda

Coimbra, janeiro de 2023



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Auto-avaliação das competências maternas para
cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar**

Ana Rita da Costa Miranda

Orientadora: Professora Doutora Ananda Maria Fernandes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, janeiro de 2023

“As nossas crianças são o nosso maior tesouro, o nosso futuro”

Nelson Mandela

Ao meu marido Sérgio, filha Maria Carolina e aos meus pais

Agradecimentos

À Profª Doutora Ananda Fernandes, pela orientação, partilha de conhecimento, pela ajuda e disponibilidade;

À Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia A – Maternidade Daniel de Matos, Maria João Alves, pelo apoio à realização do estudo;

À Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia B – Maternidade Bissaya Barreto, Ilda Marques, pela colaboração no estudo;

À autora da escala utilizada neste estudo, EAACP, Enfermeira Sandra Rodrigues, o meu muito obrigado pela autorização da aplicação da escala;

Às mães que acederam colaborar neste trabalho, o meu muito obrigado pela disponibilidade manifestada, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível;

Aos meus colegas da Unidade de Neonatologia A, que sempre se mostraram disponíveis em colaborar comigo na realização do meu estudo, principalmente na colheita de dados;

Aos meus amigos(as) do coração, os de perto e os de longe, que acreditaram em mim;

Aos meus pais, por me ajudarem a acreditar que sou capaz, desde o primeiro momento;

Ao meu marido, pelo apoio, desde o primeiro dia. Pelo incentivo e colaboração nos momentos mais difíceis;

À minha filha, Maria Carolina, que de forma muito especial acompanhou a reta final de toda esta etapa ainda na barriga da mãe.

A todos muito obrigada!

Siglas e Abreviaturas

BP – Baixo Peso

EAACP - Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais

EBP – Extremo Baixo Peso

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

MBP – Muito baixo peso

OE - Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RNP – Recém-nascido prematuro

SN - Secção de Neonatologia

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

Enquadramento: A alta após o internamento de um recém-nascido prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais representa um grande desafio para os pais. É de extrema importância garantir a máxima autonomia aos pais nos cuidados ao recém-nascido (RN) durante o internamento de modo que estes se tornem competentes a desempenhar o seu papel parental em casa.

Objetivos: Identificar as competências maternas autoavaliadas para cuidar do recém-nascido e identificar alguns fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal, ocorrido em meio natural, com uma amostra de 31 mães. O método usado para a colheita de dados foi o inquérito, realizado quando se previa alta nos cinco dias seguintes. O questionário foi constituído por duas partes: a primeira parte destina-se a permitir a caracterização do progenitor cuidador e do recém-nascido e a segunda é constituída pela Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP) nos Cuidados ao RN de Risco. A análise dos dados foi realizada com o *software* IBM SPSS Statistics V. 24.

Resultados: Verificou-se que a maioria das mães se considera muito ou totalmente competente para cuidar do seu recém-nascido. Algumas áreas em que as mães se declararam menos competentes foram: a avaliação do estado de saúde do RN, reconhecer sinais e sintomas de doença e responder adequadamente, especialmente em situações de emergência; compreender a importância das medidas de controlo de infeções. Fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido, como a existência de filhos anteriores, tempo de internamento, idade gestacional do RN e o tempo de permanência das mães a acompanhar o seu filho, não se revelaram significantes nos resultados.

Conclusão: Os resultados indicam o sucesso do processo de capacitação efetuado pelos enfermeiros, com uma abordagem fundamentada no reconhecimento e valorização do papel parental e na relação de colaboração entre o enfermeiro e as mães. Contudo, importa saber se a auto-avaliação das mães se mantém idêntica após a alta, quando confrontados com o dia-a-dia dos cuidados ao seu bebé prematuro.

Palavras-chave: Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP); Capacitação; Enfermagem; Recém-nascido Prematuro.

ABSTRACT

Background: After the hospitalization of a premature newborn in the Neonatal Intensive Care Unit represents a challenge for the parents. It is extremely important to guarantee maximum autonomy to parents, in the care of the newborn (NB), during hospitalization, so that they become competent to play their parental role at home.

Objectives: To identify mother skills, through self-assessment, and to identify some factors related to the self-assessment of mother skills regarding care of the newborn.

Methodology: A descriptive quantitative and cross-sectional correlational study carried out in a natural environment, with a sample of 31 mothers. The method used for data collection was the survey, carried out when discharge was expected in the next five days. The questionnaire was made up of two parts: the first part includes the characterization of the mother and the newborn, and the second includes the parental skills Self-Assessment Scale (EAACP) taking care of the NB. Data analysis was performed using the IBM SPSS Statistics version 24 software.

Results: It was found that most mothers consider themselves very or completely competent to take care of their newborn. Some areas in which parents reported themselves as less competent were: assessing the health status of the NB, recognizing signs and symptoms of illness and responding appropriately, especially in emergency situations; understanding the importance of infection control measures. Factors related to the self-assessment of mother skills to take care of the newborn: such as the existence of previous children, length of stay, gestational age of the NB and the length of stay of mothers accompanying their child did not prove to be significant in the results.

Conclusion: The results indicate the success of the nurses' training process, with an approach based on the recognition and appreciation of the parental role and the collaborative relationship between the nurse and the mother. However, it is important to know whether the mother's self-assessment remains the same after discharge, when faced with the day-to-day care of their preterm baby.

Keywords: Self-Assessment of Parenting Skills (EAACP); Capacitation; Nursing Premature Newborn.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dimensões, indicadores e itens da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais.....	54
Tabela 2 – Resultados dos testes de normalidade da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais e respectivas dimensões (n=31)	57
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das mães (n=31).....	62
Tabela 4 – Caracterização dos recém-nascidos (n=31)	64
Tabela 5 – Média dos valores obtidos em cada dimensão e no global da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (n=31).....	66
Tabela 6 – Valores obtidos nos itens de cada dimensão da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (n=31).....	68
Tabela 7 – Teste de diferença na Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais consoante a existência de filhos anteriores (<i>t</i> de Student) (n=31).....	71
Tabela 8 – Teste de correlação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e a duração do internamento (Coeficiente de correlação de Pearson) (n=31)	71
Tabela 9 – Teste de relação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e a idade gestacional do RN (Coeficiente de correlação de Pearson) (n=31)	72
Tabela 10 – Teste de relação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e o tempo de permanência das mães na unidade (n=31)	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 O NASCIMENTO DE UM PREMATURO E O INTERNAMENTO EM UCI	27
1.1 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA PREMATURIDADE	30
2 A PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR DO RN PREMATURO	35
3 COMPETÊNCIAS DOS PAIS DO RN PREMATURO	41
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	45
4 TIPO DE INVESTIGAÇÃO/DESENHO	47
4.1 OBJETIVOS.....	47
4.2 QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	47
4.3 VARIÁVEL DEPENDENTE	48
4.4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	49
5 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	51
5.1 PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	51
6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	52
7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	56
8 ANÁLISE DE DADOS.....	57
CAPÍTULO III – RESULTADOS	59
9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
9.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	61
9.2 AUTO-AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS	65
9.3 FATORES RELACIONADOS COM A AUTO-VALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS MATERNAS.....	70
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO.....	73
10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
CONCLUSÃO	85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
--	-----------

APÊNDICES

APÊNDICE I – Declaração de Consentimento Informado

APÊNDICE II – Instrumento de Colheita de Dados

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da autora da escala EAACP

INTRODUÇÃO

O internamento de um recém-nascido prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), representa um momento de grande sofrimento para os pais, não só porque, ao contrário do que idealizaram na gravidez, não podem levar um recém-nascido saudável para casa, mas também porque se sentem inseguros quanto à capacidade de sobrevivência do seu filho.

É de extrema importância garantir a máxima autonomia aos pais nos cuidados ao recém-nascido (RN) durante o internamento, tendo por objetivo a redução da ansiedade e a melhoria da autoconfiança, de forma a promover as suas capacidades, num processo contínuo de educação para a saúde (Smith et al., 2013).

De acordo com as diretivas do Programa-tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, o Enfermeiro deve reconhecer os Pais como principais cuidadores dos seus filhos, pelo que as intervenções devem ser baseadas numa perspetiva de cuidados antecipatórios, partilhando com eles conhecimentos que possam ser facilitadores do desenvolvimento de competências parentais (DGS, 2013).

De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas & Bornstein, 2005). Assim, a obtenção dos conhecimentos e das habilidades relacionados com as necessidades da criança vai potenciar o desenvolvimento das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019, p.2), o Enfermeiro Especialista detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. O EEESIP (Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica), presta cuidados com base no modelo conceptual centrado na criança/jovem e sua família, “(...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, (...) à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2018, p.1). Incentiva e facilita a participação dos pais no cuidado de seu filho enquanto estiver na UCIN; ajuda os pais a avaliar o

estado de seus bebês, identificando e reconhecendo sinais fisiológicos olhando para eles, em vez de confiar nos monitores; fornece orientação antecipatória, ajudando os pais a identificar possíveis situações que podem surgir em casa e ajudá-los a resolver problemas.

De acordo com o exposto e enquanto enfermeira de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, foi a inquietação seguinte o ponto de partida para este estudo: “Será que o processo de preparação da alta que realizamos ao longo do internamento leva a que as mães se sintam competentes para cuidar do bebê no domicílio? De forma a responder a esta questão importa conhecer a avaliação que as mães fazem acerca das suas competências para cuidarem do recém-nascido antes da saída para o domicílio. A auto-avaliação das mães pode ser um primeiro passo para identificar as áreas mais fortes e mais fracas no atual processo de preparação dos pais para a alta assim como para identificar eventuais melhorias que possam ser introduzidas no processo.

Este estudo tem, pois, como objetivo identificar as competências maternas para cuidar do recém-nascido através da auto-avaliação efetuada pelas mães e identificar alguns fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido.

Neste sentido, foi concebido um estudo quantitativo, do tipo descritivo-correlacional. Depois dos procedimentos formais e éticos, um grupo de mães de recém-nascidos prematuros com alta para o domicílio responderam a um questionário de autopreenchimento contendo questões de caracterização da mãe e recém-nascido, e a Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (Rodrigues, 2010).

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde é abordada a temática do nascimento do recém-nascido prematuro e do conseqüente internamento numa unidade de cuidados intensivos. Inerente a este internamento são apresentadas as competências dos pais deste recém-nascido e de todo o seu acompanhamento para a fase tão esperada da alta clínica do seu filho.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia da investigação, detalhando o tipo de investigação, os objetivos, as questões e hipóteses de investigação, as variáveis, a população alvo e a amostra, os componentes do instrumento de colheita de dados e a referência aos procedimentos aspetos formais e éticos, bem como aos procedimentos estatísticos utilizados na análise de dados.

Seguidamente, 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 e implicações para a prática clínica.

Por último, a conclusão do trabalho consiste numa síntese dos resultados obtidos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 O NASCIMENTO DE UM PREMATURO E O INTERNAMENTO EM UCI

A palavra prematuro deriva do latim “*praematurus*”, isto é, de “*prae*” (antes) e “*maturus*” (maduro). O conceito de prematuridade significa o nascimento de um recém-nascido antes do tempo, sendo este imaturo e cujos órgãos e sistemas podem ainda não estar totalmente desenvolvidos.

O nascimento prematuro é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele que acontece antes da 37^a semana de gestação e sua prevalência evidencia uma crescente tendência em muitos países (World Health Organization, 2018). Destaca-se como um importante problema de saúde pública, visto que suas complicações se constituem como uma das principais causas de morte em crianças menores de 5 anos.

No ano de 2014, foi estimada a ocorrência de aproximadamente 14,8 milhões de partos prematuros, cerca de 10,6% no total de nascimentos no mundo (Chawanpaiboon et al., 2019 como referido em Medeiros, Franzoi e Silveira, 2019).

Entre 2015 e 2020 verificou-se um ligeiro decréscimo da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas). Estes representavam 7,9% do total de nascimentos com vida em 2020, com proporções acima deste valor nas mães com idade inferior ou igual a 19 anos e idade igual ou superior a 35 anos.

No mesmo período, em Portugal, registou-se igualmente um decréscimo da percentagem de nados-vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), de 8,0% para 6,8%. Neste indicador, em 2020, as percentagens superiores ao valor nacional verificaram-se nas mães com 35 ou mais anos (INE, 2020).

De acordo com Cossul et al. (2015) a prematuridade é considerada uma vulnerabilidade na saúde do recém-nascido, tornando-se um fator de risco do desenvolvimento da criança.

A fragilidade e imaturidade geral de um recém-nascido prematuro podem comprometer o funcionamento dos seus órgãos, e mesmo a sua sobrevivência, podendo provocar sequelas graves, e algumas irreversíveis, que permaneçam e interfiram durante o seu crescimento e desenvolvimento infantil (Oliveira et al. *in* Amaral, 2009).

Desta forma, o desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais revelou-se num marco importante na história da Neonatologia, para prestar assistência a estes recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais. E ao longo das

décadas, os avanços da tecnologia utilizada na assistência neonatal e a qualificação científica e técnica dos profissionais de saúde que trabalham na UCIN têm vindo a possibilitar uma assistência de qualidade ao recém-nascido prematuro internado e conseqüentemente, têm contribuído para a sua sobrevivência.

De facto, o número de internamentos de recém-nascidos prematuros é expressivo na UCIN. Segundo dados da Direção Geral da Saúde, o tempo de internamento médio destes recém-nascidos é cerca de 45 dias, sendo que dos recém-nascidos prematuros com peso de nascimento abaixo de 1000g é superior a três meses (Barradas, 2008).

Apesar dos progressos da reanimação, a taxa de mortalidade permanece inversamente proporcional ao peso do nascimento. Igualmente, quanto menor o peso ao nascer maiores tendem a ser as possibilidades de alterações no desenvolvimento posterior. O prognóstico a longo prazo considera a possibilidade de sequelas mais ou menos intensas, conseqüentes às dificuldades neonatais ou à doença responsável pela prematuridade.

A maior percentagem da mortalidade neonatal ocorre nas primeiras horas e dias após o nascimento, melhorando o prognóstico com o aumento da sobrevivência pós-natal (Barradas, 2008).

Durante a gravidez, os pais passam algum tempo a imaginar como será o seu bebé e como será a sua experiência de parentalidade. O tempo de gestação assume-se como o espaço por excelência para refletir e preparar a parentalidade, embora apenas com o nascimento do bebé real, se dê início ao ajustamento do subsistema conjugal exigido pela nova realidade. À medida que se aproxima o nascimento, pai e mãe tornam-se frequentemente ansiosos e questionam-se sobre as suas capacidades de cuidar de um bebé (Lau, 2001 como referido em Barros, 2008). Neste sentido, quando este “tempo” é interrompido por um nascimento prematuro, esta adaptação pode ser mais complexa. Desta forma, o nascimento do bebé no segundo trimestre da gravidez resulta numa perda de oportunidades para a preparação psicológica do casal para a parentalidade.

Uma situação de prematuridade implica um nascimento inesperado que condiciona momentos de stress, caracterizados por aflição, tristeza, angústias e ansiedades antecipatórias face ao medo de perder o bebé (Goldberg e DiVitto, 1995).

Trata-se de um nascimento “sem festa”, sem alegria, e vivido com alguma frustração, confirmando fantasias irrealistas e até culpabilidades, uma vez que todas as expectativas criadas durante a gravidez são invadidas por sentimentos de desapontamento e perda (Barros e Brandão, 2002).

Segundo os mesmos autores, o nascimento de risco representa uma crise para os pais, normalmente associada a reações emocionais intensas, confusão e perturbação, necessariamente relacionada com as significações destes pais sobre os perigos que os ameaçam e ao seu bebé, e sobre as suas próprias competências para confrontar esta situação.

De acordo com Vidigal (2001) como referido por Barros (2008), a prematuridade refere-se a uma situação em que o bebé recém-nascido necessita de prestação de cuidados intensivos especializados, frequentemente devido a uma imaturidade fisiológica apresentada, sendo que a sobrevivência destas crianças depende, para além da sua idade gestacional e do seu peso à nascença, das condições e implicações que possam surgir durante o internamento, estando condicionado a inúmeros fatores que atentam contra a viabilidade do recém-nascido.

Para os pais dos bebés internados em unidades de cuidados intensivos, o ambiente altamente tecnológico das unidades de cuidados intensivos, concebido com o objetivo de garantir as funções básicas de vida e a sobrevivência destes bebés, pode tornar-se intimidatório, assustador e uma fonte de enorme ansiedade. A existência desta avançada tecnologia, de modernos equipamentos e de equipas treinadas e especializadas, fá-los sentir desintegrados, isolados e com o sentimento de serem pouco importantes para o bebé (Goldberg e DiVitto, 1995).

Ward (2001) acrescenta que as unidades neonatais são frequentemente locais envolvidos em sons e alarmes provenientes de inúmeros aparelhos e monitores, onde se executam procedimentos tecnicistas e invasivos e onde existe um grande número de profissionais de saúde, em constante rotação. Este ambiente, altamente stressante, torna-se para eles limitador de oportunidades no estabelecimento de interações normais com o seu bebé, que já por si é um bebé comportamentalmente mais difícil de se lidar.

No contexto neonatal, a hospitalização do recém-nascido prematuro pode ser traumatizante e de difícil aceitação para os pais, e muitas vezes os profissionais de saúde tendem a dirigir toda a sua atenção para a assistência técnica da criança, esquecendo um pouco a assistência à família e o seu atendimento individualizado. De entre toda a equipa de saúde, os enfermeiros são os que se encontram mais próximos do recém-nascido prematuro e dos seus pais, assim como, da coordenação e da realização dos planos de cuidados à criança internada, uma vez que concentram de forma contínua a sua atenção ao prematuro e objetivam a sua alta para o domicílio (Huber e McClelland *in* Duarte, Santos, Silva et al., 2010).

No que concerne a humanização dos cuidados neonatais, Reichert, Lins e Collet (2007) recomendam várias ações direcionadas para o respeito da individualidade, garantia da tecnologia que permita a segurança e o acolhimento do recém-nascido e dos seus familiares visando facilitar a vinculação pais/filho durante o período de hospitalização e após a alta. As mesmas autoras acrescentam que humanizar a assistência à família e ao recém-nascido implica oferecer um cuidado integral e singular a ambos, enfatizando-se as suas crenças, valores, individualidades e personalidade, dado que cada ser humano é único e integrado num específico ambiente familiar, que possui uma história de vida, o qual deve ser respeitado para que se possa manter a dignidade desse grupo durante a hospitalização.

1.1 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA PREMATURIDADE

A experiência de um nascimento prematuro de um novo membro da família desafia todos os elementos da família, gerando alterações de dinâmicas e relacionamentos, sobressaindo a dificuldade de pai e mãe atuarem de acordo com o padrão que imaginaram durante algum tempo pondo em causa as suas competências e papéis.

Do ponto de vista teórico-conceptual, sabe-se que a transição para a parentalidade não é necessariamente marcada pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel parental e dos seus relacionamentos mais importantes, designadamente do próprio relacionamento do casal, relacionamento com a família e, por último, o relacionamento com os amigos.

A teoria de médio alcance de Meleis vem destacar a importância dos cuidados de enfermagem nas mudanças condicionadas por transições de vida. Estas mudanças ocorrem ao longo do ciclo vital e levam à aquisição de novas competências, responsabilidades e papéis. Kralik, Visentin & Van Loon (2006) definem a transição como a alteração e adaptação a novas funções do indivíduo, envolvendo um ou mais indivíduos inseridos numa determinada situação e contexto, no desenvolvimento de diferentes papéis na sociedade, não é somente um evento, mas também uma reorganização e auto redefinição do indivíduo, para incorporar a mudança na sua vida.

A família é considerada como o pilar basilar na estrutura da nossa sociedade onde os novos pais estão inseridos. Ao longo do seu ciclo vital, passa por transições que exigem adaptações. A transição do subsistema conjugal para o parental assume um papel preponderante que desafia a família a novos papéis e funções. Exige a formação de novas formas de interação, a partir dos padrões estabelecidos, que se fundamentam sobre as características pessoais dos cônjuges e sobre a interação conjugal dos

mesmos, implicando desenvolver competências para lidar com as mudanças desenvolvimentais, que ocorrem com o nascimento da criança (Relvas, 2004).

A filosofia de cuidados centrados na família reconhece a família como constante na vida da criança. Dois conceitos básicos dos Cuidados Centrados na Família são: a capacitação e o empoderamento. Os profissionais capacitam as famílias a partir da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirem novas, para atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Envolver a família no cuidado aos seus filhos é fulcral. Os quatro princípios dos cuidados centrados na família são: dignidade e respeito, partilha de informação, participação da família nos cuidados. Quando implementado devidamente, o cuidado centrado na família pode reduzir o tempo de internamento, diminuir o risco de readmissão, realçar o resultado da amamentação, impulsionar a confiança da família no cuidado à criança e aumentar a satisfação da equipa (Smith et al., 2013). Ao envolver os pais nos cuidados, estamos a promover a identidade parental e envolvê-los na tomada de decisões, o que aumenta a sua confiança na preparação para a alta (Banerjee et al., 2018).

Por sua vez o conceito de capacitação ou *empowerment* aponta para uma parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde. É um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, para que se tornem capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações e elaborar estratégias de participação na tomada de decisões para atender às suas necessidades (Machado, Jerónimo & Godinho, 2015). A falta de capacitação pode gerar ansiedade que só é substituída pela devida segurança a partir do momento em que a pessoa consiga fazer uma eficaz gestão da doença e organização da dinâmica nos cuidados (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

Segundo Parse, a principal meta da enfermagem é melhorar a qualidade de vida de seus indivíduos. O enfermeiro, aplicando a teoria de Parse, respeita a própria visão de qualidade de vida de cada um, que difere de uma pessoa para outra, e não tenta mudar essa visão para ser consistente com sua própria perspectiva (Parse, 1995).

A teoria de Parse oferece uma alternativa diferente da abordagem "tradicional" por ser guiada pelo paradigma da simultaneidade. Parse (1987) afirma que "a prática da

enfermagem é inovadora e criativa, não obstaculizada por regras prescritivas". O processo de abordagem tradicional de enfermagem composto basicamente, de avaliação, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução não se aplica à prática da referida teoria. Na teoria "Human Becoming", a enfermagem é aplicada nas situações de crise e/ou mudança vivenciadas pelo indivíduo/família e comunidade.

As dimensões práticas surgem dos princípios e pressupostos teóricos, uma vez que a prática deve ser a vida empírica de uma teoria. Na teoria de Parse (1992), a essência da enfermagem é o relacionamento entre enfermeiro e indivíduo ou familiares e a meta da prática da enfermagem é melhorar a qualidade de vida sob a perspectiva da própria pessoa.

A metodologia prática surge no processo ser humano-universo, à medida que o enfermeiro-pessoa-família vivem a presença verdadeira. Presença verdadeira é o viver da teoria, é uma forma especial de estar com o outro, reconhecendo o valor de suas prioridades como soberano, e acreditando no seu potencial como ser humano. É um modo de ser e exige um verdadeiro comprometimento com as crenças e valores da teoria, deixando-se guiar intencionalmente por ela. O enfermeiro aproxima-se do outro mostrando interesse profundo pelo significado do momento que está sendo vivido pela pessoa ou família e os convida a explorarem as ideias, situações e acontecimentos, à medida que fazem suas escolhas. O enfermeiro move-se junto com a pessoa e família sem julgar, rotular ou apontar uma solução para a situação.

Para que o enfermeiro consiga desempenhar esta prática deverá ver o indivíduo como unidade e ativo no processo de saúde, único responsável pelas suas escolhas, assumindo-as por completo, entendendo a saúde como um modo de vida, constituída e definida pelo próprio indivíduo, onde os valores devem ser respeitados acima de tudo.

De acordo com Amendoeira (2006) as intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação continuada ao longo do processo de transição e precedida pela sua compreensão, devem proporcionar conhecimento e *empowerment*, aos que vivem, no sentido da promoção da saúde e para fomentar respostas saudáveis às transições.

O início de vida de um bebê num ambiente tão artificial e estranho como uma Unidade de Neonatologia, bem com a situação de vulnerabilidade que justificou o seu internamento são vividos de forma intensa pelos pais, sendo este um período descrito na literatura como extremamente difícil e doloroso, marcado por sentimentos de perda, medo, raiva, culpa e impotência (Diaz, Caires & Correia, 2016 como referido por Bravo, 2019).

“Os pais de bebês prematuros ou doentes, têm sentimentos de impotência, na medida em que as necessidades do seu bebê são complexas e a tecnologia usada nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, pode ser intimidante. Neste contexto a participação e permanência dos pais no hospital é extremamente benéfica quer para a criança, quer para a integridade da família. Os profissionais das UCIN’s entendem estes sentimentos e sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados.” (SPN, 2016, p.10).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a parentalidade é definida como, “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; 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 do indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (OE, 2016, p.38) e a adaptação à parentalidade como: “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe ou pai; interiorizando as expectativas da família; amigos e sociedade quantos aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (*International Council of Nurses*, 2016, p.71)

Os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente com capacidades comportamentais para otimizar os valores culturais e crenças (Hockenberry, 2014)

A transição para a parentalidade, requer desenvolvimento de competências parentais e é influenciado por fatores: sócio-familiares; relacionados com a própria criança (a idade gestacional, o peso da criança e a sua resposta na interação, podendo agir como fatores inibidores da prestação de cuidados pelos seus pais) e com a preparação para a alta da UCIN.

Esta deve iniciar-se de forma precoce, gradual e sintetizada colmatando todas as dúvidas e necessidades que surgirem ao longo do internamento da criança, descartando os fatores que podem interferir com a capacidade de os pais prestarem cuidados (Macedo, 2012).

Atualmente nas sociedades ocidentais face à dispersão da família alargada, especialmente nas zonas urbanas, as jovens e futuras mães participam cada vez menos nas práticas cuidativas às crianças, dificultando a aprendizagem para a maternidade (Santiago, 2009), pelo que embora procurem apoio profissional, recorrem

especialmente à internet na busca de informações que contribuam para o aumento do seu conhecimento nas questões da maternidade e paternidade. No entanto, apesar de na atualidade a internet ser o veículo de informação de maior acessibilidade, esta nem sempre recorre a fontes de informação científica e um cidadão comum que não consiga distinguir a origem da informação poderá obter informações errôneas.

Outra das condições passa por mudar o foco no relacionamento, neste sentido contribui para o fortalecimento da relação, a união do casal pelo amor que sentem pelo bebê, o envolvimento do pai e a partilha das responsabilidades (Hjalnhult & Lomborg, 2012). No casal está a decorrer um processo de desenvolvimento de novos papéis, uma transição. Este irá reajustar a sua relação ao nível afetivo das atividades quotidianas e de relacionamento sexual.

De acordo com Leal (2005), há a necessidade de flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental. Esta aliança deve proporcionar apoio emocional, partilha de tarefas domésticas, cuidados ao filho e à mulher, tomada de decisão acerca de aspetos financeiros, profissionais e educação do filho, sendo que o apoio do marido parece estar retratado como papel de suporte (Torre, 2001) e quanto mais elevado for o nível de envolvimento paterno maior será a satisfação conjugal (Leal, 2005).

Para Pacheco et al., (2005), o que pode fomentar o bem-estar e a vivência mais adaptada da transição para a parentalidade é reconhecer que cada indivíduo pode ter em diferentes momentos diferentes necessidades de ajuda, que devem ser conduzidos para apoios diferenciais tendo em conta as suas preocupações, dificuldades e processos de desenvolvimento. Neste sentido o reconhecimento e valorização social pela forma como a mãe está a desempenhar o seu papel, ficou demonstrado no estudo que era uma condição fundamental para a priorização dos cuidados ao bebê.

2 A PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR DO RN PREMATURO

O período de internamento de um recém-nascido prematuro na UCIN constitui um momento de grande sofrimento para os pais, não somente porque, ao contrário do que idealizaram na gravidez, não podem levar um recém-nascido saudável para casa, mas também porque se sentem inseguros quanto à capacidade de sobrevivência do seu filho (Silva, 2013). Durante dias, semanas ou mesmo meses, os pais sentiam-se seguros de que o seu filho/a estava a ser cuidado por pessoas com prática, que poderiam detetar e resolver algum problema que pudesse surgir. Os recém-nascidos prematuros são os que requerem uma necessidade de cuidados mais intensos por serem os que apresentam maiores riscos, fazendo com que os pais ocupem mais tempo com estes bebés.

Ao chegar o momento da alta, os pais sentem uma ambiguidade de sentimentos, pois por um lado sentem-se alegres por finalmente levarem o seu bebé para junto deles, mas por outro lado sentem uma fonte geradora de stress e ansiedade por a partir daí serem apenas eles os únicos cuidadores do seu filho prematuro. É natural que eles se sintam incapacitados para desempenharem este novo papel. É importante fortalecer os laços afetivos entre a mãe, o bebé e a família além de preparar o binómio para a alta hospitalar bem como ser dado o tempo necessário a família para assimilar as informações e aprender a reconhecer as necessidades básicas dos cuidados (Barradas, 2008).

A preparação para a alta em neonatologia pode ser definida, como uma forte capacidade para concretizar competências técnicas e conhecimento, conforto emocional e confiança dos cuidadores principais nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta. A preparação para a alta em neonatologia é, assim, o processo que facilita uma preparação eficaz para a alta (Smith et al., 2013).

O momento da alta hospitalar simboliza uma nova fase, rica em inseguranças e dúvidas, e, por mais capacitados que os pais estejam, a partir desse momento, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental. Assim, é de suma importância conferir autonomia aos pais nos cuidados ao RN durante o internamento, tendo por objetivo a redução da ansiedade e a melhoria da autoconfiança, de forma a promover o seu *empowerment* e preparando-os para a alta através dos ensinamentos, num processo contínuo de educação para a saúde (Roque e Costa, 2014).

Deste modo, os pais devem ser incluídos no planeamento da alta do recém-nascido prematuro ao longo do internamento. Para além da figura materna, o pai também deve estar capacitado para cuidar do filho prematuro no domicílio e, para isso, o processo de preparação para a alta hospitalar possibilitará que este se torne um elemento ativo no ambiente de prestação de cuidados, capacitando-o assim para cuidar do recém-nascido prematuro no regresso a casa.

A necessidade de planeamento da alta hospitalar é fundamental para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reorganização e adaptação da criança e família face à nova situação. Um planeamento adequado da alta é o culminar de um programa de melhor prática clínica e a garantia de que as dificuldades inerentes ao regresso a casa da criança e família serão minimizadas, sendo maximizadas a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança (OE, 2011 como referido por Bravo, 2019).

Tanto a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), como Rodrigues (2010), bem como a Secção de Neonatologia (SN) da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2004) referem ser necessário a construção de um plano de alta, que se inicia no momento do acolhimento, mantendo-se ao longo de todo o internamento, devendo envolver tanto os profissionais de saúde como os familiares responsáveis pelo RN, para que no domicílio estes possam atender adequadamente às necessidades do bebé. A participação dos pais nos cuidados deverá ser de forma gradual, através do ensino e supervisão promovidos pela equipa de enfermagem e adequados às suas dúvidas e dificuldades.

A avaliação da compreensão, da apreensão dos ensinamentos e da evolução da aprendizagem deve ser realizada constantemente pela equipa de enfermagem, através da atualização do plano de cuidados e do registo adequado de todas as intervenções, de forma a gerir corretamente a informação veiculada por esses registos (Roque e Costa, 2014)

De acordo com Barradas devem ser dadas condições que permitam os pais vivenciarem o saber fazer e se responsabilizarem pelos cuidados ao bebé. Os pais devem estar confiantes nos cuidados de rotina, e nos cuidados especiais exigidos pelos recém-nascidos prematuros. Assim, o bebé e os seus pais estarão em muito melhores condições para continuarem a trajetória de um desenvolvimento mais harmonioso.

Cada família de UTIN tem necessidades únicas de educação de alta. Dependendo da complexidade dos diagnósticos do bebê e tempo de permanência na UTIN, os pais precisam de uma quantidade variável de preparação para casa. A educação também deve ser adaptada aos pais necessidades e preferências de aprendizagem, que podem

incluir ensino presencial tradicional com enfermeiros (RNs), mídia pré-gravada, videoconferência,¹¹ e/ou portais independentes da Web (Balasundaram et al., 2021).

A tecnologia tem sido utilizada com sucesso no processo de preparação dos pais. Um estudo randomizado analisou um aplicativo de smartphone usado por pais de RN de muito baixo peso durante a transição para casa da UTIN e mostraram melhoria no processo de parentalidade e preparação para alta.

No que diz respeito à capacitação, Moradi (2018) com o seu estudo procurou perceber o efeito de um programa de capacitação na preparação da alta materna. Os resultados mostraram baixo nível de preparação materna na admissão, este foi gradualmente aumentando à medida que as mães cuidavam existindo uma grande diferença entre a admissão e o momento da alta. Através da implementação do programa de empoderamento e preparação para a alta materna, o tempo de internamento neonatal foi reduzido para quase 6 dias.

Com este estudo, concluiu-se que, implementando um programa de empoderamento materno para bebês prematuros, garantindo alta neonatal e materna é a mais importante intervenção de enfermagem para prevenir após a alta outras complicações.

A alta neonatal precoce de hospital não só reduz o tempo de internamento como diminui os custos do tratamento e permiti mais vagas. Além disso, considerando a grave escassez de pessoal de enfermagem, a participação ativa da mãe nos cuidados neonatais, como elemento significativo de cuidados orientados para a família, fornece uma grande contribuição para o tratamento e cuidado neonatal (Moradi et al., 2018).

A implementação de programas de *empowerment* dos pais de crianças prematuras, conferem a alta adequada do bebê e dos pais, porque promovem os cuidados ao bebê, treino das mães durante a hospitalização e prestam apoio após a alta, sendo estas as intervenções de enfermagem mais importantes para prevenir complicações pós alta e reduzir o tempo de internamento (Moradi et al., 2018).

“O planeamento de programas de ensino, instrução e treino, deverá ser o alvo da atuação do enfermeiro, assistindo, incentivando e supervisionando o exercício da parentalidade, assegurando os aspetos éticos, as expectativas dos pais e os aspetos culturalmente sensíveis.” (OE, 2015, p.21).

No processo de preparação dos pais para participarem nos cuidados os enfermeiros devem realizar uma negociação favorável. Com esta negociação pretende-se que os pais se sintam membros integrantes da equipa garantindo mais confiança quanto às suas capacidades de cuidar da criança.

De acordo com OE (2015) são apontadas como dificuldades de negociação dos cuidados, a falta de conhecimentos dos enfermeiros, dificuldades na comunicação e conflitos na adoção de modelos de cuidados centrados na família.

O planeamento da alta ineficaz pode levar ao fracasso em atender às necessidades de cuidados domiciliares do bebê, ao surgimento de novos problemas de saúde e às repetidas hospitalizações. Para que bebês prematuros com alta recebam cuidar e manter sua saúde fora do hospital, a família deve ser capaz de cuidar dos seus bebês de forma independente e ser capaz de distinguir entre situações negativas ou incomuns (Tiryaki e Cinar, 2021).

O enfermeiro deve promover e divulgar os seus conhecimentos e as suas competências técnico-científicas na comunidade, de modo a ser reconhecido como a melhor e mais credível fonte de informação. Estes profissionais devem facilitar e incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro, identificar as suas dúvidas e dificuldades no desempenhar do seu papel parental e promover a aproximação pai/filho de modo que este se sinta útil na recuperação e cuidar do seu filho (Barradas, 2008). Também Brandão (2009) acrescenta que cabe aos profissionais de saúde facilitar a aprendizagem dos pais, aumentar a sua consciência sobre os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros e fortalecer a sua autoconfiança para que se sintam competentes e incentivados a aprender e a colaborar cada vez mais.

Neste sentido a intervenção do enfermeiro passa por facilitar as transições inerentes a esta fase do ciclo vital e dar apoio à mulher/casal/família neste processo de transição, envolvendo-os em todo o processo. O enfermeiro através das competências e capacidades técnico científicas que possui revela-se como elemento essencial respeitando e esclarecendo dúvidas e receios na deteção e resolução de problemas, no reconhecimento e valorização do seu papel enquanto mãe e na capacitação da mulher/casal/família, contribuindo deste modo para o bem-estar da mãe e conseqüentemente para a saúde e bem-estar do bebê.

Durante o internamento, os enfermeiros têm um papel determinante na integração dos pais nos cuidados ao seu bebê, tornando-os assim, mais competentes e autónomos.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2002), estes devem reconhecer os pais como principais cuidadores dos filhos e ter um papel fundamental na promoção e desenvolvimento de competências parentais.

Amendoeira (2006) refere que no processo de cuidados é necessário que as atividades sejam desenvolvidas por enfermeiros, tendo por base as interações entre estes e os

clientes (indivíduos, família ou comunidade) no sentido da identificação das necessidades a fim de planejar e desencadear ações.

Silva (2006) através do seu estudo de caráter descritivo e exploratório, procurou saber que dificuldades os pais apresentam em cuidar do RN enquanto permanecem no puerpério. Este constatou que os pais demonstraram competências concordantes com os ensinamentos realizados pelos Enfermeiros, o que demonstrou a importância da intervenção anteriormente referenciada.

O *conhecimento* é entendido como o foco de atenção dos enfermeiros, referindo o conteúdo específico do pensamento, baseado na sabedoria adquirida, na informação ou nas aptidões aprendidas, no conhecimento e no reconhecimento da informação (ICN, 2011).

É da responsabilidade do enfermeiro, entre outras: promover a relação com os pais, incentivar o papel parental durante a hospitalização; avaliar a capacidade da família para entender a situação clínica da criança; integrar e implicar os pais nos cuidados e no planeamento da alta; identificar e supervisionar as capacidades dos pais para a prestação de cuidados e promover o desenvolvimento das competências; ensinar, instruir e treinar os pais sobre todos os cuidados que vão prestar em casa; ensinar os pais a reconhecer sinais de alarme e identificar se os pais têm toda a informação relativa à situação da criança e aos cuidados necessários após a alta (OE, 2011).

Cleveland (2008), no seu estudo sobre as intervenções de enfermagem reconhecidas pelos pais de recém-nascidos internados numa UCIN como importantes para o desenvolvimento das competências parentais, identificou as seguintes intervenções: preparar os pais durante o período pré-natal sobre as especificidades da UCIN; fornecer orientações aos pais no momento da admissão do recém-nascido na UCIN; fornecer toda a informação e envolver ativamente os pais no processo de tomada de decisão; envolver os Pais nos cuidados ao recém-nascido, sempre que possível; apoiar emocionalmente os Pais mostrando disponibilidade; implementar cuidados para o desenvolvimento; ter como prioridade cuidados de enfermagem de alta qualidade e, ter inerente na visão/missão hospitalar a capacitação dos pais e os cuidados centrados na família.

Naganuma & Barbosa (1995) citados por Sousa et al., (2008) identificam três fases na preparação para a alta: o acolhimento dos Pais na unidade, explicando os procedimentos realizados, estimulando a participação nos cuidados e favorecendo o vínculo; a Educação relacionada com os cuidados ao Bebê, supervisionando os

prestados pelos Pais; e no momento da alta, o reforço de todos os ensinamentos e o fornecimento de orientações relacionadas com a vigilância da saúde.

Marques & Sá (2004) acrescentam que o planejamento efetivo da alta diminui a ansiedade e aumenta as competências parentais. Neste processo existem fatores que influenciam a aprendizagem, e conseqüentemente a preparação para a alta.

Phaneuf (2005) menciona o ambiente físico hospitalar, motivação, capacidades intelectuais, memória, nível de instrução, grau de compreensão, medo, dor, fadiga, stresse, desgosto, sonolência e desconfiança como fatores influentes. Relacionados com os Enfermeiros, a mesma autora descreve a desatenção, pensamentos paralelos, hábitos de observação estereotipados, valores, crenças e preconceitos, vivência pessoal, persistência da primeira percepção, atitude defensiva ou negativa e abundância de estímulos.

Mendes (2007) verificou que algumas mães referiram que as enfermeiras executavam os procedimentos de forma rápida, sem explicarem devidamente aspectos como os cuidados de higiene e conforto.

O EEESIP é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família. No desempenho desta responsabilidade, estão presentes: a educação para a saúde, o estabelecimento da relação terapêutica, suporte e aconselhamento, coordenação e colaboração e a tomada de decisão ética (Hockenberry & Barrera, 2014 como referido por Bravo, 2019).

Os enfermeiros no processo de adaptação parental podem servir de elo procurando esclarecer e incentivar os pais a prestar cuidados.

É da competência do EEESIP: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde; o fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais; o planejamento da alta de acordo com as necessidades da criança/jovem; a existência de Guias Orientadores de Boas Práticas (OE, 2018).

3 COMPETÊNCIAS DOS PAIS DO RN PREMATURO

O tornar-se mãe ou pai é um processo aprendido, exigindo aprendizagem e adaptação.

O nascimento de um filho constitui um momento de grande ajuste na vida dos pais e de elevada vulnerabilidade para a mãe, pois promover com eficácia os cuidados ao recém-nascido é por si só gerador de *stress* e incerteza, sobretudo para as primíparas pela insegurança e ansiedade em compreender e lidar com o bebê.

A palavra *competências* tem origem no latim *competere*, resultando da junção da palavra com, que significa conjunto, e *petere*, que significa esforço. Este termo é definido como um conjunto de conhecimentos teóricos ou práticos que uma pessoa domina, de requisitos que preenche e são necessários para um dado fim e como uma qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções. Da análise das diferentes aceções percebe-se que há duas dimensões a considerar: competência e competências. A *competência* pode ser entendida como a mobilização apropriada de múltiplos recursos cognitivos (saberes, informações, valores, atitudes, habilidades, inteligência, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio) para solucionar um problema, sendo reconhecida pelos outros. As *competências* podem ser definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e disposições (atitudes) que permitem realizar uma ação com êxito, indicando formas de agir ou de pensar, podendo ser melhoradas à medida que a pessoa aprende e se ajusta ao ambiente (Fleury & Fleury, 2001).

A avaliação das competências parentais corresponde ao processo de diagnóstico das necessidades de aprendizagem relacionadas com os conhecimentos e com as habilidades para um adequado desempenho do papel parental.

A apropriação dos conhecimentos e das habilidades vai potenciar a confiança necessária ao desenvolvimento das competências parentais, influenciando, por esta via, a percepção que cada mãe/pai vai ter do respetivo desempenho e a satisfação com o exercício do papel (Maltby, Kristjanson & Coleman, 2003).

Através da avaliação das competências maternas compara-se o que a pessoa sabe com os critérios ou os padrões de conhecimento e/ou de desempenho esperados, emitindo um julgamento de adequação ou inadequação. O processo de avaliação consiste em estabelecer o valor relativo de algo através da comparação a um padrão pré-

determinado (Redman, 2003), permitindo medir o progresso, ou a extensão, em que os objetivos estabelecidos foram atingidos (ICN, 2006).

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

A aquisição e desenvolvimento de competências parentais poderão ser também influenciados pelas características da criança (idade gestacional e peso ao nascer) (Marques & Sá, 2004; Soares, 2008).

A mestria nas competências maternas influencia o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento da criança.

De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas & Bornstein, 2005).

Assim, a apropriação dos conhecimentos e das habilidades relacionados com as necessidades da criança vai potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel.

Marques & Sá (2004) referenciando Steele & Pollack (1968) enumeram dois tipos de Competências Parentais: cognitivo-afectivas que incluem a atenção, o afeto, a estimulação e a preocupação quanto às necessidades de sono e repouso; e as cognitivo-motoras que são as capacidades na área do cuidar, no que respeita à alimentação, eliminação, higiene e conforto, temperatura, prevenção de acidentes e vigilância de saúde. Estes concluíram que as mães, no momento da alta do prematuro, perceberam um nível de autocompetência mais baixo na dimensão cognitivo-afectiva do que na cognitivo-motora.

Silva (2006) concluiu que os enfermeiros consideram que os pais apresentam um nível elevado de dificuldades no que respeita à satisfação das necessidades básicas do bebé. Segundo o estudo de Marques & Sá (2004), para os pais de bebés prematuros torna-se mais problemático perceberem quando prestar cuidados de alimentação e higiene, ou quando o deixar repousar ou estimular. Pelo contrário, Silva (2006), relativamente ao

aleitamento materno, refere que os Pais não demonstram dificuldades. Num estudo realizado por Mendes (2007) a mães primigestas e na sua maioria sem experiência em cuidar de bebês foram identificadas dificuldades na realização dos cuidados de higiene ao RN.

Na análise aos estudos, constata-se, ainda, que a aquisição e o desenvolvimento de competências maternas são necessidades comuns a todas as mães e todos os pais ao longo da transição para a parentalidade, variando, contudo, em função de diversas variáveis. As variáveis identificadas nos estudos são: as características da mãe/pai, nomeadamente a idade, estado civil, a escolaridade, o número de filhos e as experiências anteriores; a perceção que a mãe/pai tem das características do seu filho; a perceção que tem de si como mãe/pai e autoeficácia; sentir-se preparada/o para o processo de tornar-se mãe/pai; o suporte social, em particular, a ajuda nos cuidados à criança e, o estatuto socioeconómico.

Relativamente à prontidão, Tiryaki e Cinar (2021) criaram a escala de prontidão dos pais referindo ser uma ferramenta de medição confiável para assim os enfermeiros fornecerem mais ensinamentos, apoio e aconselhamento aos pais que apresentem alguns itens com score mais baixo. Acrescentar ainda que foi planeado desenvolver uma escala separada para a mãe e pai a fim de tornar a mãe agente de autocuidado e questionar a situação de amamentação do bebé.

Realçam ainda que pontos a serem considerados na tomada de decisão sobre a prontidão podem ser mencionadas como competência funcional, prontidão para o autocuidado em casa, a presença de apoio social, fácil acesso a serviços de saúde, adaptação ao bebé e à parentalidade, e ter informações sobre pós-alta.

Outro exemplo na prática da prontidão é descrita por Salmani (2020) através do uso da escala de prontidão, onde reforça que é necessária uma avaliação abrangente da prontidão pré-alta, de modo que as necessidades dos pais possam ser identificadas e as intervenções necessárias projetadas e implementadas para melhorar a qualidade dos cuidados da alta.

No estudo de Burnham, Feeley and Sherrard (2013) com o objetivo de identificar as necessidades dos pais para se sentirem preparados para a alta do seu filho na unidade de cuidados intensivos constatam que os pais indicaram a necessidade de informações e experiência prática para aumentar a sua prontidão para a alta. Os pais precisam adaptar as informações e experiências para atender às necessidades específicas de sua família.

Em pediatria, os resultados da pesquisa sobre as percepções dos pais de prontidão para alta indicam que a baixa prontidão está associada com maior dificuldade de enfrentamento após a alta (Weiss et al., 2008), menos confiança nos cuidados infantis e mais problemas de alimentação pós-alta.

As percepções de prontidão do paciente e da família são importantes indicadores de resultado do processo de preparação de alta e transmitir o risco de uma difícil transição pós-alta que pode levar a resultados adversos e readmissão (Weiss et al., 2020).

A prontidão dos pais é um importante preditor de sucesso transição do hospital para os cuidados domiciliários, mas não há atualmente uma medida padrão em uso em cuidados agudos pediátricos configurações para avaliar a prontidão dos pais antes da criança alta do hospital. As ferramentas de relatório dos pais foram desenvolvidas para avaliar as transições do hospital para casa, mas estas ferramentas normalmente pedem aos pais que reflitam retrospectivamente sobre a experiência (Weiss et al., 2020).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia adotada na realização da investigação. Começa por serem apresentados os objetivos, questões de investigação e hipóteses consideradas. Segue-se a identificação das variáveis em estudo, da população e da amostra; a descrição do processo de colheita de dados onde é apresentado o instrumento de colheita e escala utilizados; os aspetos formais e éticos; e, por último, uma consideração breve acerca do processo de análise dos dados.

4 TIPO DE INVESTIGAÇÃO/DESENHO

Relativamente à natureza desta investigação trata-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional. É estudo transversal, ocorrido em meio natural.

4.1 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram os seguintes:

- Identificar as competências maternas para cuidar do recém-nascido através da auto-avaliação efetuada pelas mães;
- Identificar alguns fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido.

4.2 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 quatro hipóteses (H1-H4).

Questões:

Q1 – Que avaliação fazem as mães das suas competências para cuidar do RN após a alta?

Q2 - Que fatores estão relacionados com a auto-avaliação das mães sobre as suas competências para cuidar do RN após a alta?

Hipóteses:

Foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1 –As mães que têm filhos anteriores têm uma auto-avaliação de competências maternas mais elevada.

H2 – As mães dos bebés com internamento mais prolongado têm uma auto-avaliação de competências mais elevada.

H3 – Quanto mais elevada é a idade gestacional do bebé ao nascimento, mais elevada é a auto-avaliação de competências maternas.

H4 – Quanto maior é o tempo de permanência das mães na unidade neonatal, mais elevada é a auto-avaliação de competências maternas.

VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis deste estudo foram determinadas pelas questões e hipóteses de investigação formuladas inicialmente, em função do quadro conceptual e da operacionalização do estudo.

4.3 VARIÁVEL DEPENDENTE

O nível de *competências maternas autoavaliadas* constitui o núcleo da investigação, sendo considerada variável dependente.

Definimos a competência parental nos cuidados ao RN de risco como o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado a cada situação específica de prestação de cuidados ao RN de risco. É o saber-fazer em situação e envolve também a tomada de decisão e os aspetos relacionais (Rodrigues, 2010).

No presente estudo a variável dependente foi mensurada através da *Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP)* nos cuidados ao RN de Risco. Segundo a sua autora, compreende seis dimensões:

Dimensão 1 - Prestar cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido

Dimensão 2 - Alimentar o recém-nascido

Dimensão 3 - Sono e repouso do recém-nascido

Dimensão 4 - Temperatura do recém-nascido

Dimensão 5 - Proteção dos perigos relativamente ao recém-nascido

Dimensão 6 - Competências e estimulação do recém-nascido

Foi utilizada a média dos valores dos 33 itens da escala, ou dos itens de cada dimensão, a variável, para efeitos de interpretação dos resultados, categorizada da seguinte forma:

- Totalmente competente: ≥ 4.5
- Muito competente: 3.5-4.4
- Competente: 2.5-3.4
- Pouco competente: 1.5 - 2.4
- Muito pouco competente: ≤ 1.4

4.4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes foram organizadas em dois grupos: o primeiro corresponde a variáveis relacionadas com o cuidador principal do recém-nascido (mãe) onde se pretendeu obter alguns dados sociodemográficos do cuidador, mas também, obter dados relativos à existência de complicações da gravidez e ao tempo de permanência durante o internamento junto do seu filho. O segundo grupo corresponde a variáveis relacionadas com o próprio recém-nascido.

Relacionadas com a mãe:

- Idade;
- Zona de residência;
- Estado civil;
- Situação familiar;
- Escolaridade completada;
- Situação profissional;
- Complicações durante a gravidez;
- Permanência em dias e em horas junto do seu filho durante o internamento.

A zona de residência contempla duas categorias: “rural” e “urbana”.

Relativamente ao estado civil é definido como as relações dos cidadãos entre si, feitas segundo a jurisdição dos tribunais civis de um país. De acordo com Barreto (1999), o estado civil pode ser: solteiro, casado, divorciado, união de fato, separado e viúvo.

A situação familiar do cuidador principal é constituída por quatro categorias: “vive sozinho (a)”; “vive com o companheiro”; “vive com companheiro e filhos”; “vive com companheiro, filhos e outros familiares”.

A escolaridade completada encontra-se dividida em sete categorias: “inferior ao 9º ano”; “ensino básico”; “ensino secundário”; “curso tecnológico/profissional”; “licenciatura”, “mestrado” e “doutoramento”. De forma a facilitar a compreensão e tratar os dados, procede-se à categorização e codificação das habilitações académicas com base no Quadro Nacional de Qualificações (QNQ) (DGES, 2009).

No que diz respeito à situação profissional, esta variável encontra-se dividida em cinco categorias: “trabalhador(a) por conta própria”; “trabalhador(a) por conta de outrem”; “estudante”; “desempregado(a)” e “reformado(a)”.

Acerca das complicações durante a gravidez foi aplicada uma pergunta dicotómica (sim ou não).

Por último, no que diz respeito à permanência em dias e em horas junto do recém-nascido durante o internamento, uma vez que a possibilidade de resposta seria variada foi aplicada uma questão de resposta aberta. Tendo-se verificado que todas as mães estavam com o bebé sete dias por semana, a permanência em horas foi categorizada em *tempo inferior ou igual a 8 horas* e *tempo superior a 8 horas*.

Relacionadas com o Recém-Nascido:

- Idade gestacional;
- Peso de nascimento;
- Motivo de admissão na unidade de cuidados intensivos;
- Dias de vida e de internamento do recém-nascido quando realizado o questionário;
- Complicações durante o internamento.

Estas variáveis, com exceção das complicações durante o internamento, foram inquiridas com resposta aberta.

Relativamente ao peso de nascimento, na análise de dados recorreu-se à seguinte classificação: Baixo peso (BP) – Menos de 2500g; muito baixo peso (MBP) – Menos de 1500g e Extremo baixo peso (EBP) – Menos de 1000g.

No que se refere às complicações, estas foram posteriormente agrupadas em cinco categorias: “necessidade de ventilação”; “infecção”; “cirurgia”; “nenhuma em especial” e “outra”.

5 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Com base nos objetivos propostos, e considerando a acessibilidade mais restrita dos pais à entrada nas unidades, definiu-se como população alvo as mães de recém-nascidos prematuros internados em cuidados intensivos neonatais.

A amostra foi constituída pelas mães de recém-nascidos prematuros internados no serviço de neonatologia de um hospital de apoio perinatal diferenciado.

Foram incluídas todas as mães de recém-nascidos com alta prevista no período máximo de 5 dias após o preenchimento do inquérito.

Os critérios de exclusão foram: mães de recém-nascidos que não dominavam a língua portuguesa; e mães de recém-nascidos com patologia que exigisse cuidados mais diferenciados no domicílio (p.e malformações, deficiência).

5.1 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico, acidental e incluiu as mães dos recém-nascidos presentes e acessíveis na referida UCIN. Neste sentido, aproximou-se de uma amostragem consecutiva. Estipulou-se que a amostra deveria incluir no mínimo 30 elementos.

Quando o recém-nascido apresentou estabilidade fisiológica e as mães começaram a prestar cuidados ao seu filho de forma autónoma, estas foram abordados sobre objetivos do estudo e foi solicitado o seu consentimento para participarem no mesmo.

O método usado para a colheita de dados foi o inquérito, realizado à mãe do recém-nascido quando se previa que este teria alta nos cinco dias seguintes.

Às mães que aceitaram participar no preenchimento do questionário, este foi disponibilizado em formato papel, nos cinco dias que precederam a alta do recém-nascido.

A colheita dos dados decorreu entre os dias 28 de fevereiro e 21 de setembro de 2022 e a amostra ficou constituída por 31 mães.

6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O questionário é constituído por duas partes (Apêndice II). A primeira parte destina-se a permitir a caracterização do progenitor cuidador e do recém-nascido.

A segunda parte é constituída pela Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP) nos Cuidados ao RN de Risco, elaborada e validada por Rodrigues em 2010. Foi concebida pela necessidade de criar uma ferramenta que permitisse a auto-avaliação das competências do progenitor cuidador do recém-nascido de risco, sendo este prematuro ou de termo com situação de patologia.

A EAACP é uma Escala de Likert, que se destina a ser preenchida pelo progenitor cuidador do RN de risco, seja o pai ou a mãe, quando está prestes a ter alta clínica, ou seja, no momento em que mães/pais devem prestar os cuidados ao RN de forma autónoma (Rodrigues, 2010).

A escala é composta por 33 itens agrupados em seis dimensões.

Para responder a cada item da escala, o cuidador principal poderá optar por: *discordo totalmente; discordo; não concordo, nem discordo; concordo; e concordo totalmente*, que correspondem, respetivamente, à pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5 (Rodrigues, 2010).

As competências parentais estão operacionalizadas em várias dimensões, de acordo com as necessidades do RN, propostas pelo modelo de Virgínia Henderson. O modelo de Virgínia Henderson é o que sustenta a prática de enfermagem na maioria dos hospitais portugueses e pode ser aplicado em qualquer serviço, independentemente da idade do utente. Segundo Phaneuf (2001), este modelo engloba 14 necessidades fundamentais. Estas 14 necessidades foram a base da elaboração do conjunto de indicadores e de itens, presentes no quadro 1, que traduzem as competências parentais, ou seja, a capacidade do progenitor prestar cuidados ao RN de risco, de forma autónoma e adequada a cada situação. Foram agrupadas em Dimensões de Competências Parentais, já que muitas destas necessidades se encontram relacionadas:

Dimensão 1: Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN

Engloba as necessidades eliminar; vestir-se e despir-se; estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos. É composta por 7 itens (2. Preparo o material necessário para o banho do bebé; 14. Dou banho ao bebé com técnica correta; 25. Preparo a roupa adequada para o bebé; 7. Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa; 24. Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada; 10. Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé; 22. Identifico as características e a frequência das fezes do bebé).

Dimensão 2: Alimentar o RN

Engloba a necessidade beber e comer. É constituída por 5 itens (1. Reconheço os sinais de fome do bebe; 16. Sei quais são os sinais de que o bebe esta a mamar a quantidade de leite suficiente; 20. Identifico quando o bebe bolsa ou vomita; 13. Posiciono o bebé corretamente para o amamentar ou lhe dar o biberão; 26. Posiciono o bebé de forma correta para arrotar).

Dimensão 3: Sono e repouso do RN

Engloba a necessidade dormir e repousar. Compreende 3 itens (31. Sei como devo preparar o ambiente para o bebe dormir; 9. Identifico quando o bebe quer dormir; 6. Posiciono o bebé corretamente no berço)

Dimensão 4: Temperatura do RN

Engloba a necessidade manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais. É constituída por 6 itens (18. Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebe; 3. Coloco o termómetro corretamente no bebe; 29. Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebe; 23. Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebe tem febre; 33. Idêntico os sinais de frio no bebe; 8. Identifico quando o bebe tem calor).

Dimensão 5: Proteção dos perigos relativamente ao RN

Engloba a necessidade evitar os perigos, manter uma postura correta e respiração. Esta dimensão engloba 6 itens (4. Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebe; 15. Pego o bebé ao colo de forma correta; 19. Sei como colocar o bebe na cadeira para o transportar de carro; 11. Sei quais são os sinais de infeção a que devo estar atento (a) no bebe; 21. Sei quais são os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebe; 28. Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda).

Dimensão 6: Competências e estimulação do RN

Engloba as necessidades comunicar com os seus semelhantes, agir segundo as suas crenças e valores, ocupar-se com vista à sua realização, recrear-se e aprender. É constituída por 6 itens (30. sei quais as capacidades do bebe que permitem o seu desenvolvimento; 27. Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se; 12. Identifico quando o bebe quer carinho e que “converse” com ele; 32. Identifico o motivo do choro do bebe; 5. Acalmo o bebé quando ele chora; 17. Consigo conciliar o internamento do bebe com a restante vida familiar).

Tabela 1 – Dimensões, indicadores e itens da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais

DIMENSÕES	INDICADORES	ITENS
Dimensão 1: Prestar Cuidados de Higiene E conforto ao RN	- Preparar o material necessário para o banho do RN	2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé
	- Executar a técnica do banho	14 – Dou banho ao bebé com técnica correcta
	- Preparar a roupa para RN	25 – Preparo a rupa adequada para o bebé
	- Mudar a fralda sempre que necessário	7 – Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa
	- Avaliar a pele do RN	24 – Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada
	- Avaliar o padrão de eliminação urinária do RN	10 – Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé
	- Avaliar o padrão de eliminação intestinal do RN	22 – Identifico as características e a frequência das fezes do bebé
Dimensão 2: Alimentar o RN	- Reconhecer a presença de sinais de fome do RN	1 – Reconheço os sinais de fome do bebé
	- Reconhecer os sinais de uma alimentação eficaz	16 – Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente
	- Avaliar a tolerância alimentar do RN	20 – Identifico quando o bebé bolsa ou vomita
	- Posicionar o RN correctamente para o alimentar	13 – Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão
	- Posicionamento do RN para eructar	26 – Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar
Dimensão 3: Sono e Repouso do RN	- Proporcionar ambiente adequado ao sono do RN	31 – Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir
	- Identificar os períodos em que o RN quer dormir	9 – Identifico quando o bebé quer dormir
	- Posicionar o RN correctamente no leito	6 – Posiciono o bebé correctamente no berço

DIMENSÕES	INDICADORES	ITENS
Dimensão 4: Temperatura do RN	- Manter a temperatura ambiente adequada ao RN	18 – Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé
	- Verificar a temperatura corporal do RN	3 – Coloco o termómetro correctamente no bebé
	- Avaliar a temperatura da água do banho do RN	29 – Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé
	- Identificar a presença de febre	23 – Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre
	- Reconhecer sinais de frio no RN	33 – Identifico os sinais de frio no bebé
	- Reconhecer sinais de calor no RN	8 – Identifico quando o bebé tem calor
Dimensão 5: Protecção dos Perigos Relativamente ao RN	- Actuar em caso de engasgamento	4 – Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé
	- Pegar o RN ao colo de forma correcta	15 – Pego o bebé ao colo de forma correcta
	- Identificar a forma correcta do transporte do RN no automóvel	19 – Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro
	- Identificar sinais de infecção	11 – Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé
	- Identificar sinais de dificuldade respiratória	21 – Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé
	- Identificar os meios disponíveis na comunidade para pedir ajuda	28 – Se tiver dificuldade em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda
Dimensão 6: Competências e estimulação do RN	- Reconhecer as competências básicas do RN	30 – Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento
	- Reconhecer a importância de interagir com o RN	27 – Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se
	- Identificar os perigos de alerta do RN	12 – Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele

DIMENSÕES	INDICADORES	ITENS
	- Identificar o motivo do choro do RN	32 – Identifico o motivo do choro do bebé
	- Acalmar o RN quando chora	5 – Acalmo o bebé quando ele chora
	- Conciliar o internamento com a vida familiar	17 – Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar

Fonte: Rodrigues (2010, p. 85)

No estudo de Rodrigues (2010) o score final foi obtido pelo somatório da pontuação de 1 a 5, pelo que a pontuação global podia variar entre 33 e 165.

No estudo inicial da fidelidade desta escala, verificou-se que as correlações item-total variaram entre 0,137 e 0,676 e que o valor obtido para o Alfa de Cronbach foi bastante elevado ($\alpha = .914$), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno (Rodrigues, 2010).

Para o estudo da validade de construto da escala a mesma autora utilizou a análise fatorial de componentes principais. Foi aplicada uma rotação ortogonal VARIMAX a 4 fatores de modo a tornar interpretável a solução. Constatou que a percentagem de variância para o total da escala foi de 47,78%, o que foi considerado um valor razoável. Após a análise realizada constatou também que os fatores não correspondiam às dimensões teóricas em que se baseara para elaborar a escala, optando por usar os fatores obtidos através da análise fatorial para o tratamento de dados. Relativamente à fidelidade por fatores, verificou-se que o valor do alfa de Cronbach era aceitável para os fatores 1, 2 e 3. No fator 4, o alfa de Cronbach apresentava um valor reduzido comparativamente ao que é aconselhado na literatura. Contudo, dado que esse fator é constituído por apenas três itens a autora considerou que a consistência interna era aceitável (Rodrigues, 2010).

7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Por forma a garantir a utilização da escala EAACP no âmbito desta tese de mestrado, foi solicitada a devida autorização à autora (Anexo I).

A autorização formal para a realização deste estudo iniciou-se com o envio do projeto de investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo

obtido parecer favorável. O mesmo projeto e toda a documentação exigida para a sua autorização foram enviados também para o Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado onde seriam recrutados os participantes.

A colheita de dados foi iniciada após a autorização do Conselho de Administração do referido Hospital, tendo em conta o parecer favorável e permissão da Diretora Clínica do Serviço de Neonatologia e com o conhecimento das Enfermeiras Gestoras do Serviço de Neonatologia.

O instrumento de colheita de dados foi acompanhado de um pedido de consentimento informado (Apêndice I), sendo obrigatório o registo da sua tomada de conhecimento para que o cuidador principal do recém-nascido tivesse acesso ao preenchimento do questionário. Foi garantida a confidencialidade, bem como o anonimato dos pais inquiridos.

8 ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos em base de Excel e posteriormente migrados para o programa informático SPSS versão 24 para proceder à sua análise estatística.

Ao nível da estatística descritiva recorreremos ao cálculo das medidas de tendência central (média e mediana), das medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão) e às distribuições de frequências (absolutas e relativas).

Foi testado o pressuposto de normalidade da variável central do estudo, recorrendo-se aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Confirmou-se o pressuposto de normalidade para o global da Escala, uma vez que o valor de p encontrado foi superior a 0,05 (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados dos testes de normalidade da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais e respetivas dimensões (n=31)

Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			
Estatística	gl	P	Estatística	gl	p	
Dimensão 1	0,153	31	0,063	0,915	31	0,017
Dimensão 2	0,163	31	0,035	0,908	31	0,012
Dimensão 3	0,146	31	0,093	0,9	31	0,007

Dimensão 4	0,182	31	0,010	0,953	31	0,185
Dimensão 5	0,174	31	0,018	0,936	31	0,065
Dimensão 6	0,174	31	0,017	0,921	31	0,025
Global	0,152	31	0,65	0,946	31	0,121

Assim, e ainda que em algumas dimensões não se possa aceitar o pressuposto da normalidade, as hipóteses do estudo foram testadas com recurso a testes paramétricos. Os testes aos quais se recorreu foram: teste t de Student para amostras independentes e correlação de Pearson.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é caracterizada a amostra do estudo e 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.

9.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 31 mães e encontra-se caracterizada na Tabela 3.

No que se refere à idade das mães o grupo maior situou-se entre os 36 e 40 anos, sendo a média de 31,94 e o desvio padrão de 6,13.

Estas mães vivem predominantemente em zona urbana (71%), mais de metade são casadas (51,6%) ou vivem com o companheiro (51,6%); apenas uma mãe refere viver sozinha (3,2%) e outra mãe afirma viver com companheiro, filhos e outros familiares (3,2%).

Constatou-se que a maioria das mães foi mãe pela primeira vez, estando a vivenciar a prematuridade pela primeira vez (61,3%). Apenas uma das mães tem 3 filhos.

Quanto às habilitações literárias, a maioria das mães possui o Ensino Secundário (25,8%), seguindo-se o curso tecnológico/profissional com um valor pouco inferior (22,6%). A licenciatura e o mestrado encontram-se com o mesmo número (16,1%) e por último, apenas uma mãe é detentora de doutoramento (3,2%).

Relativamente à situação profissional, a maioria das mães encontra-se a trabalhar por conta outrem (61,3%); estão desempregadas 22,6%, e apenas uma mãe trabalha por conta própria (3,2%).

No que se refere a existência de complicações na gravidez, as respostas encontraram-se muito próximas, 54,8% não apresentaram complicações e 45,2% desenvolveram complicações durante a gravidez.

Verificou-se que todas as mães (100%) permanecem durante toda a semana junto dos seus RN variando apenas no número de horas que se encontram junto deles, a maioria entre 5 e 8 horas por dia (51,6%); entre 9 e 16 horas, 32,3% e durante menos de 4 horas, 16,1%. A média do tempo de permanência foi de 7,48 com desvio padrão de 2,99.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das mães (n=31)

Variáveis	Nº (%)	X	DP	Md
Idade				
até 25	5 (16%)	31,94	6,13	32,00
25 a 30	9 (29%)			
31 a 35	5 (16%)			
36 a 40	10 (32%)			
≥ 41	2 (6%)			
Zona de residência				
	Nº (%)			
Rural	9 (29%)			
Urbana	22 (71%)			
Estado civil				
	Nº (%)			
Solteira	5 (16,1)			
Casada	16 (51,6%)			
Divorciada	1 (3,2%)			
Viúva	1 (3,2%)			
Separada	0			
União de facto	8 (25,8%)			
Situação familiar				
	Nº (%)			
Vive sozinha	1 (3,2%)			
Vive com companheiro	16 (51,6%)			
Vive com companheiro e filhos	13 (41,9%)			
Vive com companheiro, filhos e outros familiares	1 (3,2%)			
Nº filhos				
	Nº (%)			
0	19 (61,3)			
1	7 (22,6%)			
2	4 (12,9%)			
3	1 (3,2%)			
Escolaridade				
	Nº (%)			
Inferior ao 9º ano	3 (9,7%)			

Ensino Básico	2 (6,5%)			
Ensino Secundário	8 (25,8%)			
Curso Tecnológico/Profissional	7 (22,6%)			
Licenciatura	5 (16,1%)			
Mestrado	5 (16,1%)			
Doutoramento	1 (3,2%)			
Situação profissional				
Trabalhadora conta própria	1 (3,2%)			
Trabalhadora conta outrem	19 (61,3%)			
Estudante	4 (12,9%)			
Desempregada	7 (22,6%)			
Reformada	0			
Complicações gravidez				
Sim	14 (45,2%)			
Não	17 (54,8%)			
Número de dias/semana de permanência junto do RN				
7	31 (100%)			
Número de horas/dia junto do RN				
		X	DP	Md
0 a 4	5 (16,1%)	7,48	2,99	8
5 a 8	16 (51,6%)			
9 a 16	10 (32,3%)			

A Tabela 4 apresenta os dados relativos à condição clínica do RNP: idade gestacional do RN, peso, sexo, motivo de admissão na UCIN, dias de vida e tempo de internamento no dia em que foi respondido o questionário e existência ou não de complicações durante o internamento.

A maioria dos RNP nasceram entre as 31 e as 36 semanas de gestação (64,5%) e 35,5% entre as 25 e 30 semanas. A média foi de 31,71 e desvio padrão 3,23. O número mínimo de semanas de gestação foram as 25 e o máximo 36.

No que se refere ao peso de nascimento, 45,1% dos RN apresentaram baixo peso (<2500g); 22,6% apresentaram muito baixo peso (<1500g); 19,4% extremo baixo peso

e 13% ≥ 2500 g. A média obtida foi de 1724g e desvio padrão de 649g. O peso mínimo de nascimento foi 690 g e máximo de 2990g.

Relativamente ao sexo do RN foi obtido um resultado muito equitativo, cerca de 51,6% (16 RN) do sexo masculino e 48,4% (15 RN) do sexo feminino.

No que se refere ao motivo de admissão do RN na UCIN, a maioria dos RN (77,4%) deu entrada na unidade pela prematuridade, os restantes RN (22,6%) por outros fatores clínicos, tais como complicações após o nascimento, problema pulmonar, dificuldade em mamar e dificuldade respiratória.

Quanto aos dias de vida e dias de internamento dos RN no dia do preenchimento do questionário estes valores são coincidentes. Cerca de 39% dos RN têm entre 4 e 14 dias e estiveram internados no mesmo período; entre os 15 e 30 dias, 26%; entre os 31 e 60 dias de vida, 23% e por último 13% com mais de 60 dias de vida.

Relativamente à presença de complicações durante o internamento, 41,9% das mães referem que os seus filhos não apresentaram complicações durante o mesmo; cerca de 38,7% referem necessidade de ventilação; 6,5% indicam que foram submetidos a cirurgia; 3,2% referem infeção e as restantes 9,7% referem que apresentaram outras complicações.

Tabela 4 – Caracterização dos recém-nascidos (n=31)

Variáveis	Nº	X	DP	Md	Mín	Máx
Semanas de gestação		31,71	3,23	32	25	36
25 a 30	11 (35,5%)					
31 a 36	20 (64,5%)					
Peso ao nascimento		1724,16	649,52	1710	690	2990
Extremo baixo peso (<1000gr)	6 (19,4%)					
Muito baixo peso (<1500gr)	7 (22,6%)					
Baixo peso (<2500gr)	14 (45,1%)					
≥ 2500	4 (13%)					
Sexo						
Masculino	16 (51,6%)					
Feminino	15 (48,4%)					
Motivo de admissão						
Prematuridade	24 (77,4%)					
Fatores clínicos	7 (22,6%)					
Fatores sociais	0					
Dias de vida		30,42	27,01	17,00	4	99
4 a 14	12 (39%)					

Variáveis	Nº	X	DP	Md	Mín	Máx
15 a 30	7 (23%)					
31 a 60	8 (26%)					
mais de 60	4 (13%)					
Dias de internamento		29,94	27,39	17,00	4	99
4 a 14	12 (39%)					
15 a 30	7 (23%)					
31 a 60	8 (26%)					
mais de 60	4 (13%)					
Complicações durante internamento						
Necessidade de ventilação	12 (38,7%)					
Infeção	1 (3,2%)					
Cirurgia	2 (6,5%)					
Nenhuma em especial	13 (41,9%)					
Outra	3 (9,7%)					

9.2 AUTO-AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS

Relativamente à auto-avaliação das competências maternas, tendo por base a análise da Tabela 5, constatamos que nenhum item obteve as respostas Muito pouco competente e Competente. As mães, na sua grande maioria autoavaliam-se em Muito (42,0%) e Totalmente competente (54,85).

Verifica-se que as mães auto avaliam-se tanto na dimensão 1 – “*Prestar cuidados de higiene e conforto*” como na dimensão 4 – “*Temperatura*”, como totalmente competentes exatamente com o mesmo valor (51,6%).

Na dimensão 2 – “*Alimentar o RN*”, as mães autoavaliaram-se de forma equitativa em muito e totalmente competentes (48,4%).

Nas dimensões 3 – “*Sono e Repouso*” e 6 – “*Competências e estimulação do RN*”, a maioria das mães avaliaram-se em muito competentes com 51,6% e 54,8% respetivamente.

A dimensão que apresenta mais mães que se avaliaram apenas como competentes comparativamente com as restantes (12,8%) foi a dimensão 5 – “*Proteção dos perigos*”.

Tabela 5 – Média dos valores obtidos em cada dimensão e no global da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (n=31)

EAACP	Competente [2.5 – 3.5[Muito competente [3.5 – 4.5[Totalmente competente ≥4.5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dimensão 1 - Prestar Cuidados de Higiene e conforto ao RN	1	3,2	14	45,2	16	51,6
Dimensão 2 - Alimentar o RN	1	3,2	15	48,4	15	48,4
Dimensão 3 - Sono e Repouso do RN	1	3,2	16	51,6	14	45,2
Dimensão 4 - Temperatura do RN	1	3,2	14	45,2	16	51,6
Dimensão 5 - Proteção dos Perigos relativamente ao RN	4	12,8	14	45,2	13	42,0
Dimensão 6 - Competências e estimulação do RN	1	3,2	17	54,8	13	42,0
EAACP Global	1	3,2	17	54,8	13	42,0

Podemos verificar na Tabela 6 que, na sua maioria, as mães antes da alta clínica do seu recém-nascido autoavaliam-se como muito competentes em todas as dimensões analisadas.

Constatamos que o item com maior pontuação média é o item 7: “*Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa*” apresentando uma pontuação média de 4,81. Segue-se o item 27: “*Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se*” com uma pontuação média de 4,77 e o item 29: “*Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé*” com uma pontuação média de 4,65.

Os itens 2: “*Preparo o material necessário para o banho do bebé*”, o item 6: “*Posiciono o bebé correctamente no berço*” e o item 25: “*Preparo a roupa adequada para o bebé*” apresentam a mesma pontuação média, 4,58. De salientar que os itens 2 e 6 encontram-se na mesma dimensão: “*Prestar Cuidados de Higiene e conforto ao RN*”.

O item classificado pelas mães com pior média é o 17: “*Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar*”, apresentando um valor de 3,45. Este pertence à Dimensão 6 - “*Competências e estimulação do RN*”.

Relativamente à dimensão 1: “*Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN*”, verificamos que os itens 14: “*Dou banho ao bebé com técnica correcta*” e 24: “*Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada*”, apresentam os mesmos valores de

mediana, mínimo e máximo. O item 7: *“mudo a fralda ao bebe quando ele precisa”*, foi o que apresentou maior mediana com um maior mínimo e máximo nas respostas das mães.

Os itens que apresentaram mínimos mais baixos, no valor de 1, foram o 14: *“dou banho ao bebé com técnica correcta”*, 22: *“identifico as características e a frequência das fezes do bebé”* e 24: *“identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada”*.

Na dimensão 2 – *“Alimentar o RN”*, ao contrário da anterior, os valores mínimos variam entre 2 e 3. O item 13: *“posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão”* e 26: *“posiciono o bebé de forma correcta para arrotar”* têm os mesmos valores.

Os itens com mínimos mais baixos são o 16: *“sei quais são os sinais de que o bebe está a mamar a quantidade de leite suficiente”* e o 20: *“identifico quando o bebé bolsa ou vomita”*.

No que diz respeito à dimensão 3 – *“Sono e Repouso do RN”*, os mínimos variam entre 2 e 3. Os itens 9: *“identifico quando o bebé quer dormir”* e 31: *“sei como devo preparar o ambiente para o bebe dormir”* apresentam a mesma mediana embora com valores mínimos diferentes.

Na dimensão 4: *“Temperatura do RN”* os valores mínimos variam entre 1 e 4.

Os itens 8: *“identifico quando o bebe tem calor”*, 18: *“em casa sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir”* e 33: *“identifico os sinais de frio no bebé”* apresentam a mesma mediana mas com valores de mínimos e máximos variados.

O item com mínimo mais baixo é o 18: *“em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé”*. O que apresenta valor de mínimo maior é o item 29: *“identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé”*.

Na dimensão 5 – *“Protecção dos Perigos relativamente ao RN”* apresentaram-se os valores de mínimos mais baixos, 1 e 2. O item com mínimo mais baixo foi o 4: *“sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé”*.

Por último, na dimensão 6 – *“Competências e estimulação do RN”*, os valores de mínimos variam entre 1 e 4. O item com valor mínimo mais baixo foi o 17: *“consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar”* e o que apresentou valores mais elevados tanto no valor de mínimo como de máximo foi o 27: *“reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se”*.

Tabela 6 – Valores obtidos nos itens de cada dimensão da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (n=31)

Dimensão – EAACP	X	DP	Md	Mín	Máx
Dimensão 1 - Prestar Cuidados de Higiene e conforto ao RN					
Item 2 – “Preparo o material necessário para o banho do bebé”	4,58	0,62	5	3	5
Item 7 – “Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa”	4,81	0,40	5	4	5
Item 10 – “Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé”	3,77	0,89	4	2	5
Item 14 – “Dou banho ao bebé com técnica correcta”	4,39	0,92	5	1	5
Item 22 – “Identifico as características e a frequência das fezes do bebé”	4,13	0,92	4	1	5
Item 24 – “Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada”	4,45	0,85	5	1	5
Item 25 – “Preparo a roupa adequada para o bebé”	4,58	0,56	5	3	5
Sub-total	4,39	0,74	4,7	1	5
Dimensão 2 - Alimentar o RN					
Item 1 – “Reconheço os sinais de fome do bebé”	4,45	0,57	4	3	5
Item 13 – “Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão”	4,48	0,57	5	3	5
Item 16 – “Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente”	3,87	0,85	4	2	5
Item 20 – “Identifico quando o bebé bolsa ou vomita”	4,48	0,72	5	2	5
Item 26 – “Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar”	4,52	0,63	5	3	5
Sub-total	4,36	0,67	4,6	2	5
Dimensão 3 - Sono e Repouso do RN					

Dimensão – EAACP	X	DP	Md	Mín	Máx
Item 6 – “Posiciono o bebé correctamente no berço”	4,58	0,56	5	3	5
Item 9 – “Identifico quando o bebé quer dormir”	4,23	0,67	4	2	5
Item 31- “Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir”	4,45	0,57	4	3	5
Sub-total	4,42	0,60	4,3	2	5
Dimensão 4 - Temperatura do RN					
Item 3 – “Coloco o termómetro correctamente no bebé”	4,55	0,68	5	3	5
Item 8 – “Identifico quando o bebé tem calor”	3,9	0,65	4	3	5
Item 18 – “Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé”	4,13	0,96	4	1	5
Item 29 – “Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé”	4,65	0,49	5	4	5
Item 33 – “Identifico os sinais de frio no bebé”	4,06	0,73	4	2	5
Sub-total	4,26	0,70	4,4	1	5
Dimensão 5 - Protecção dos Perigos relativamente ao RN					
Item 4 – “Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé”	3,84	1,10	4	1	5
Item 11 – “Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé”	3,52	0,89	4	2	5
Item 15 – “Pego o bebé ao colo de forma correcta”	4,48	0,72	5	2	5
Item 19 – “Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro”	4,39	0,76	5	2	5
Item 21 – “Sei quais são os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé”	3,94	0,77	4	2	5

Dimensão – EAACP	X	DP	Md	Mín	Máx
Item 28 – “Se tiver dificuldade em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda”	4,48	0,77	5	2	5
Sub-total	4,11	0,84	4,5	1	5
Dimensão 6 - Competências e estimulação do RN					
Item 5 – “Acalmo o bebé quando ele chora”	4,48	0,570	5	3	5
Item 12 – “Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele”	4,39	0,84	5	2	5
Item 17 – “Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar”	3,45	0,96	4	1	5
Item 27 – “Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se”	4,77	0,43	5	4	5
Item 30 – “Sei quais são as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento”	4,10	0,79	4	3	5
Item 32 – “Identifico o motivo do choro do bebé”	3,94	0,63	4	3	5
Sub-total	4,18	0,70	4,5	1	5
TOTAL	4,29	0,61	4,46	1	5

Completada a descrição dos resultados, passamos à análise da relação entre a auto-avaliação de competências maternas e os alguns fatores.

9.3 FATORES RELACIONADOS COM A AUTO-VALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS MATERNAS

Nesta secção, passamos a apresentar o resultado dos testes de hipóteses formuladas acerca dos fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas.

Auto-avaliação de competências maternas e existência de filhos anteriores

Uma das hipóteses deste estudo era de que a auto-avaliação de competências maternas nos cuidados ao RN seria diferente consoante a existência de filhos anteriores. Para perceber a eventual diferença entre pais com e sem filhos anteriores recorreremos ao teste t de student para amostras independentes (Tabela 7). Não se verificou a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à média da pontuação obtida na EAACP ($p > 0.05$).

Tabela 7 – Teste de diferença na Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais consoante a existência de filhos anteriores (*t* de Student) (n=31)

	<i>Filhos anteriores</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>s</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EAACP	Não	19	4,28	0,40	29	- 0,103	0,918
Global	Sim	12	4,29	0,56			

Auto-avaliação de competências maternas e duração do internamento

Relembrando a hipótese “nas mães de bebés com um internamento mais prolongado a auto-avaliação de competências maternas é mais elevada”, através do coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância verifica-se uma correlação muito fraca e estatisticamente não significativa entre as duas variáveis (Tabela 8)

Tabela 8 – Teste de correlação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e a duração do internamento (Coeficiente de correlação de Pearson) (n=31)

EAACP Global	r	p
Duração de internamento	0,056	0,764

Auto-avaliação de competências maternas e idade gestacional do RN

A terceira hipótese foi a de existir uma correlação positiva entre a idade gestacional do RN ao nascimento e a auto-avaliação de competências maternas. Através do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, verificou-se existir uma correlação negativa forte, contudo sem significância estatística (Tabela 9).

Tabela 9 – Teste de relação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e a idade gestacional do RN (Coeficiente de correlação de Pearson) (n=31)

EAACP Global	r	P
Idade gestacional do RN	- 0,89	0,63

Auto-avaliação de competências maternas e tempo de permanência das mães na unidade

A última hipótese deste estudo era de que no grupo de mães que permaneciam mais tempo junto do seu filho, a auto-avaliação das competências maternas seria mais elevada. Para estudar a diferença entre os dois grupos foi utilizado o teste t de student para amostras independentes (Tabela 10). O resultado não permite rejeitar a hipótese nula pelo que não podemos afirmar a existência de diferença estatisticamente significativa entre as mães que permaneceram mais e menos de 8 horas por dia ($p > 0.05$).

Tabela 10 – Teste de relação entre a Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais e o tempo de permanência das mães na unidade (n=31)

	Tempo	N	X	s	gl	t	p
EAACP Global	0-8 horas	21	4,25	0,49	29	-0,503	0,619
	Mais 8 horas	10	4,34	0,38			

Uma vez apresentados os resultados deste estudo, torna-se necessário proceder à discussão dos mesmos, que se seguirá no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos através da EAACP. São igualmente discutidas as hipóteses colocadas. Por fim, são apresentados os pontos fortes e as limitações deste estudo e ainda, implicações para a prática clínica e investigação.

No que se refere às mães que foram estudadas, constatamos que a sua maioria apresenta entre os 36 e os 40 anos de idade, mas a vivenciam a maternidade e prematuridade pela primeira vez. Esta faixa de idades é superior à média nacional da idade materna ao nascimento de um filho, que se situa nos 32,2 anos (INE, 2022), e superior à faixa etária com risco mais baixo de parto prematuro (Fuchs et al., 2018).

Os RN nasceram entre as 31 e 36 semanas de gestação, apresentando uma média de 32 semanas, apenas 35,5% nasceram entre as 25 e 30 semanas. A percentagem de bebés com menos de 32 semanas na nossa amostra é superior à da população de bebés prematuros, que se situa, a nível global, nos 20% (WHO, 2012). Quanto menos semanas de gestação maiores as suas fragilidades e necessidades diferentes em relação ao RN de termo, exigindo maiores cuidados e maior vigilância.

Com base nos resultados obtidos através da Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais, podemos constatar que a maioria das mães dos RN, auto avaliam-se muito favoravelmente acerca do seu desempenho nos cuidados ao seu filho. Este resultado deixa-nos de alguma forma mais tranquilos daquilo que podemos esperar destas mães no cuidado do seu filho no domicílio sem o acompanhamento direto de qualquer profissional.

Os resultados obtidos estão de acordo com os resultados no estudo de Rodrigues (2010) no qual os pais evidenciaram uma auto-avaliação de competências nos cuidados ao RN positiva e elevada.

Podemos acrescentar outro estudo que nos comprova também este resultado: no estudo de Smith et al., (2009) que tinha como objetivo quantificar a perceção da família sobre a preparação da alta do RN cerca de 87% das famílias relatou sentir-se preparada para a alta. Neste estudo foram estudadas as famílias de todos os RN que receberam alta da UCIN após um mínimo de internamento de duas semanas. No dia da alta as famílias avaliavam a sua preparação respondendo a 14 perguntas individuais. Onze

questões abordavam conhecimentos técnicos e foram divididas em quatro categorias de resposta: “isso não se aplica”, “nada preparado”, “um pouco preparado” e “preparado”. Três perguntas abordaram os determinantes da preparação para fatores emocionais em três categorias de resposta: “nada preparado”, “um pouco preparado” e “muito preparado”.

É de realçar que os pais de RN internados têm de desenvolver a sua identidade enquanto pais e reconstruir projetos num contexto de extrema vulnerabilidade e de pouca privacidade. Assim, estes resultados revelam-se positivos, uma vez que evidenciam que o internamento pode tornar-se de facto uma oportunidade positiva para aprendizagem e treino de competências (Rodrigues, 2010).

Através da análise por dimensões podemos verificar que as respetivas médias apresentam valores muito próximos. Este resultado demonstra que em todas as dimensões as mães afirmam ter conhecimento ou sabem como prestar os vários cuidados ao seu filho. Podemos salientar apenas a maior discrepância entre a dimensão 5 – “*Protecção dos perigos*” (4,11, pontuação média mais baixa) e a dimensão 3 – “*Sono e Repouso*” (4,42, a pontuação mais elevada).

A dimensão 3 engloba a necessidade dormir e repousar. A mãe afirma saber identificar quando o bebe quer dormir, sabe como deve preparar o ambiente para o bebé dormir e posiciona corretamente o bebé no berço. A dimensão 5 engloba a necessidade evitar os perigos, manter uma postura correta e respiração. Esta dimensão incluiu conhecimentos relativos em emergências nomeadamente caso de engasgamento, quem deve contactar para pedir ajuda, segurança, como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro, sinais de infeção, sinais de dificuldade respiratória e posicionamento.

Percebemos que os itens da escala com maior pontuação média dizem respeito às dimensões: Prestar cuidados de higiene e conforto ao bebé: “*Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa*”; Temperatura do RN: “*Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé*” e à dimensão Competências e estimulação do RN: “*Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se*”.

Estas competências dizem respeito a aspetos que são alvo de ensino, instrução e treino das mães pelos enfermeiros durante o internamento, com vista à preparação daquelas para a alta.

O cuidado materno é estimulado e mediado pela equipe de enfermagem, com foco na valorização do contato e vínculo entre a mãe e o recém-nascido prematuro, na

promoção do crescimento e o desenvolvimento da criança saudável, visando o equilíbrio das suas dimensões psicológicas, sociais e espirituais (Araújo e Rodrigues, 2010).

O item avaliado pelas mães com pior média foi o 17: “*Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar*”, apresentando um valor de 3,45, seguido do item 11: “Sei quais são os sinais de infeção a que devo estar atento(a) no bebé”, com uma média de 3,52, do item 10: “Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé” com média de 3,77 e do item 4: “Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé” com uma média de 3,84. A seguir apresenta-se o item 16 com uma média muito próxima, 3,87 : “Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente”; o item 8: “Identifico quando o bebé tem calor” com uma média de 3,9; por último com a mesma média, 3,94 os itens 21: “Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé” e o item 32: “Identifico o motivo do choro do bebé”.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Marques e Sá (2004) e Rodrigues (2010), em que a identificação de sinais de calor, o conhecimento dos sinais de dificuldade respiratória e a identificação do motivo do choro pertenciam ao grupo dos itens com pontuação mais reduzida.

O conhecimento destas lacunas de conhecimento são contribuições para a equipa de enfermagem poder orientar um plano de intervenção individualizado e dirigido a cada uma das mães, capacitando-as e preparando-as da melhor forma para o seu regresso a casa. Estes itens evidenciam as áreas que necessitam de maior atenção na intervenção dos enfermeiros.

No estudo de Moradi et al., (2018) ao ser implementado um programa de empoderamento e preparação para alta materna, o tempo de internamento neonatal foi reduzido para quase 6 dias. Segundo o mesmo autor, ao implementar um programa de empoderamento para mães de RNP, garantir a prontidão da alta neonatal e materna por meio da melhoria dos cuidados apresentados, planear a alta, treinar as mães durante a hospitalização e fornecer apoio familiar após a alta são as intervenções de enfermagem mais importantes para prevenir complicações pós-alta e alta neonatal precoce. Por outro lado, considerando a grave escassez de pessoal de enfermagem, a participação materna ativa nos cuidados neonatais, como elemento significativo do cuidado, pode contribuir nos cuidados neonatais.

Relação entre auto-avaliação de competências maternas nos cuidados ao RN e a existência de filhos anteriores

De lembrar que no que se refere à relação entre a auto-avaliação de competências maternas nos cuidados ao RN e a existência de filhos anteriores, não se verificou a existência de diferença estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre as mães que tinham e as que não tinham filhos anteriores.

Este resultado vem corroborar o estudo de Burnham, Feeley e Sherrard (2013), em que os pais relataram que o assumir dos cuidados do seu bebê no ambiente seguro da unidade de cuidados intensivos foi primordial para aumentar a sua prontidão para a alta. No início referem bastante nervosismo face à condição clínica do seu bebê. Mesmo já tendo outros filhos, ter o seu filho nestas unidades é uma experiência nova e eles apreciam ter a oportunidade de reaprender essas habilidades na segurança da unidade.

Por outro lado e de acordo com o estudo, de Cunha (2000) a preocupação com outros filhos é também um fator que dificulta a adaptação dos pais, uma vez que durante a hospitalização os pais tentam manter a rotina e os cuidados com os outros filhos.

Auto-avaliação de competências maternas e duração do internamento

Era de supor que os pais que permanecem mais tempo na UCIN têm mais oportunidades para prestar cuidados, para treinar, para colocar dúvidas e para receber educação para a saúde pertinente, o que contribuiria para desenvolver o seu potencial enquanto cuidadores e torná-los mais confiantes nos cuidados ao RN (Rodrigues, 2010). Contudo, no que se refere à relação entre a auto-avaliação de competências maternas nos cuidados ao RN e o número de dias de internamento, não foi observada correlação entre ambas as variáveis. Este resultado difere do estudo de Rodrigues (2010) onde se afirma que os progenitores cujos RN tiveram um tempo de internamento mais longo apresentam uma auto-avaliação de competências nos cuidados mais elevada. Também no estudo exploratório de Marques e Sá (2004) se verificou que o tempo de internamento se correlacionava positivamente com a competência materna autopercebida. Este estudo, descritivo, tentou identificar o nível de competência materna auto-percebida e descrever a relação entre esta e a idade e profissão materna, a duração do internamento, a idade gestacional e o peso do bebê. Os dados foram obtidos a partir de um questionário que contém uma escala de competência materna auto-percebida realizado pelas autoras. A amostra foi probabilística consecutiva, constituída por 30 mães.

Esta diferença pode estar relacionada com o esforço dos enfermeiros da unidade, para que o internamento se torne uma oportunidade de aprendizagem, em que um dos objetivos é promover o desenvolvimento de competências nos pais, aproveitando ao máximo o tempo que permanecem junto do seu filho, para que no momento da alta estejam aptos para cuidar do RN no domicílio.

A preocupação dos profissionais pela experiência prática que as mães devem desenvolver, pode na minha opinião, ser um meio importante para ajudar estas mães a ganhar confiança nas suas habilidades de cuidar do seu filho. Por outro lado, não podemos esquecer o feedback positivo da equipe que pode ajudar as mães gradualmente a tornarem-se mais autónomas preparando-se para irem para o domicílio.

Relação entre auto-avaliação de competências maternas e idade gestacional do RN

No estudo de Rodrigues (2010) foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN na globalidade, nos cuidados gerais e na vigilância do RN e a idade gestacional do RN.

No presente estudo, não foi possível verificar uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-avaliação de competências maternas e a idade gestacional do RN, embora o resultado do Coeficiente de Pearson indique uma correlação negativa forte.

Também no estudo de Marques e Sá (2004), tratando-se tal como o presente estudo de uma amostra de mães de RN internados numa unidade de cuidados intensivos, concluiu-se que a idade gestacional se correlacionava negativamente com a competência materna auto-percebida. De acordo com estes autores o resultado obtido pode ter duas explicações possíveis que podem ir ao encontro também do estudo atual. A primeira razão possível poderá ser o fato de a grande maioria das mães em estudo terem acompanhado o internamento dos seus filhos, facto este que lhes poderá ter dado a oportunidade de conhecer melhor o seu bebé e com mais facilidade entender os sinais que ele transmite, ao mesmo tempo que lhes confere um sentimento acrescido de confiança e competência. Por outro lado, dadas as características comportamentais dos prematuros, que lhes acarretam dificuldades acrescidas em comunicar e expressar as suas necessidades, poderemos estar em presença de mães com uma perceção desajustada à realidade, ou sem noção das suas competências reais.

Smith et al., (2009) concluiu que apenas as famílias com bebés de maior peso de nascimento e/ou mais complexos do ponto de vista clínico eram mais propensas a se

sentirem preparadas para a alta, contrariamente a Marques e Sá (2004) que considerando menor o peso depreende maior nível de competências materna.

Relação entre auto-avaliação de competências maternas e o tempo de permanência dos pais na unidade

Relativamente à relação entre a auto-avaliação de competências maternas nos cuidados ao RN e o tempo de permanência dos pais na unidade não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Este resultado pode dever-se ao fato de que a maioria das mães (51,6%) afirmaram passar 5 a 8 horas por dia junto do seu filho e apenas 5% (16,1%) referiram estar presentes até 4 horas, valores muito próximos e com pouco discrepância de resultados.

De acordo com Askin & Wilson (2014), numa UCIN, a maioria dos pais sentem-se frágeis e inseguros, no início da interação com a criança. Eles podem rapidamente avançar no processo de conhecimento, ou necessitar vários dias e semanas para que este processo fique completo. Cabe aos enfermeiros estarem atentos ao nível de preparação dos pais, encorajá-los nesta fase inicial e ir envolvendo os pais nos cuidados.

No estudo de Burnham, Feeley e Sherrard (2013), os autores concluíram que os pais que estão menos presentes na unidade podem não se sentir tão preparados para a alta e podem ter necessidades diferentes dos restantes pais.

Os resultados deste estudo sugerem que os pais desejam que as informações e experiências sejam adaptadas à situação de sua família.

Dedicar tempo para entender quais são as perceções dos pais sobre suas necessidades de alta parece ser um primeiro passo importante para aumentar a prontidão dos pais para a alta.

Os resultados do estudo presente podem assim sugerir que apesar de menos horas presentes na unidade as mães dos RN autoavaliam-se como competentes para cuidar do seu filho após a alta devido aos ensinamentos e preparação realizada pelos enfermeiros da unidade. Sabemos que o cuidar destes profissionais nas unidades de cuidados intensivos não se centraliza apenas no recém-nascido prematuro, mas também para os seus pais.

Neste sentido, no âmbito da preparação para a alta hospitalar, é importante que, desde o início, os profissionais de saúde proporcionem apoio à mãe, bem como,

promovam a ligação afetiva entre mãe/filho, e envolvam a mãe nos cuidados ao filho, de modo que, esta se sinta mais autônomo e preparada para levá-lo para o domicílio.

Reconhecendo a teoria de Parse a meta a atingir neste processo de preparação para a alta será o respeitar a própria visão de qualidade de cada um.

Também Brandão (2009) acrescenta que cabe aos profissionais de saúde facilitar a aprendizagem dos pais, aumentar a sua consciência sobre os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros e fortalecer a sua auto-confiança para que se sintam competentes e incentivados a aprender e a colaborar cada vez mais.

No estudo de Silva (2010), a autora verificou que a maioria dos pais entrevistados consideraram que o enfermeiro da neonatologia capacitou-os “*Muito Bem*” na sua adaptação para o domicílio, no sentido da vivência de uma parentalidade autônoma. Por sua vez, no estudo desenvolvido por Costa, Ribeiro, Borba et al., (2009) os autores verificaram que, aquando do regresso para o domicílio, as mães aplicaram todos os ensinamentos que receberam pela equipa de enfermagem, cuidando do seu filho da mesma forma como aprenderam no hospital. As mães deste estudo reconheceram a importância do acompanhamento dos profissionais e da sua própria participação no cuidar do recém-nascido na UCIN.

Pontos Fortes e Limitações do estudo

Ao identificar as competências maternas autoavaliadas, este estudo permite conhecer as áreas fortes e menos fortes na perspetiva das mães, fornecendo feedback sobre as intervenções de capacitação realizadas pelos profissionais.

Embora devam ser lidos com cautela, os conhecimentos destes resultados são importantes para direcionar as intervenções para a promoção do bem-estar da mãe e do bebé, ressaltando a importância de tratar cada mulher como única preparando-a e capacitando-a para o regresso a casa. Devemos sempre valorizar o seu trabalho enquanto mãe, respeitando e esclarecendo as suas dúvidas e receios. O enfermeiro tem um papel fundamental no apoio, capacitação, cuidado à família e envolvimento de toda a rede de apoio da mulher, criando estratégias que fomentem um ambiente favorável à promoção da saúde do bebé (Reid et al., 2014) contribuindo assim para a saúde do bebé e bem-estar da mãe. O enfermeiro é e será sempre o grande facilitador e mediador de todo o processo transicional.

O conhecimento destes resultados, permitirá aos profissionais das UCI refletir sobre o processo de preparação para a alta e promover cuidados mais direcionados às necessidades das mães e dos seus RN.

Relativamente à escala utilizada, ela permite obter uma visão ampla das várias áreas em que as mães devem desenvolver conhecimentos e competências para desempenharem de forma autónoma o seu papel parental.

A política para o planeamento da alta para recém-nascidos de alto risco, incluindo os RNP (2008), atualiza as diretrizes sobre alta do recém-nascido de alto risco publicadas pela Academia Americana de Pediatria em 1998. Esta declaração atualizada incorpora novos conhecimentos sobre riscos e cuidados médicos do recém-nascido de alto risco, o momento da alta e o planeamento dos cuidados após a alta. Recomenda-se que as capacidades necessárias dos pais e prestadores de cuidados incluem: alimentação; cuidados infantis básicos (banho; cuidados à pele, cordão umbilical e cuidados genitais; medição da temperatura; cuidados de conforto); reanimação cardiopulmonar e intervenção de emergência; avaliação do estado clínico (deteção de sinais precoces e sintomas de doença), precauções de segurança (posicionamento correto durante o sono; utilização correta das cadeiras de transporte); administração de medicamentos, entre outros. Também de acordo com uma declaração de posição sobre o planeamento da alta de RNPs com idade gestacional inferior a 34 semanas Jefferies (2014) reforça que os pais devem ser capazes de autonomamente: prestar cuidados desenvolvimentais ao seu filho, tais como alimentar, dar banho e avaliar a temperatura; administrar medicamentos e suplementos nutritivos; conhecer quaisquer necessidades específicas do RN; reconhecer sinais e sintomas de doença e responder adequadamente, especialmente em situações de emergência; compreender a importância das medidas de controlo de infeções e de que a família deve receber uma preparação pré-alta que inclua práticas seguras de sono e de prevenção do Síndrome da Morte Súbita Infantil. O treino em reanimação deve ser providenciado sempre que possível.

Assim, consideramos que a escala EAACP é um instrumento bastante abrangente, de aplicação simples, facilmente entendido pelos pais e que poderá ser aplicado em qualquer UCI. Tendo em conta as recomendações acima referidas, a escala poderá vir a ser completada com itens que dizem respeito à reanimação do RN.

A limitação que posso apontar como principal diz respeito ao pequeno número da amostra (n=31). Este número foi difícil de se obter pelo reduzido número de internamentos de RN na unidade em estudo que obedecessem aos critérios de inclusão.

Por outro lado, também o facto de nos encontrarmos em fase de pandemia ao longo de todo o desenvolvimento do estudo, desde a sua autorização até à data de aplicação dos questionários fez com este se prolongasse no tempo necessitando de prorrogação do prazo para a realização do mesmo.

As restrições impostas nas entradas na UCI levaram a que não fosse possível incluir no estudo o pai do RN. Esta é uma limitação importante pois limitou a população do estudo.

Outra limitação deste estudo é que, captou apenas a perspetiva das mães, devendo esta ser comparada com a perspetiva dos profissionais para validação da auto-avaliação dos pais.

Implicações para a Prática Clínica

O desenvolvimento deste estudo acerca desta temática ajudou a clarificar aspetos do papel autónomo do enfermeiro. Verificamos a eficácia do seu envolvimento na preparação das mães para a alta através do elevado sentido de competência das mães em cuidar do seu filho.

Por outro lado, este conhecimento é uma fonte de extrema importância para se poder desenvolver e promover cuidados mais individualizados não só com as mães, mas também os pais dos RN. Procura-se desenvolver ferramentas para estes se envolverem e participarem nos cuidados aos seus filhos, encontrando um equilíbrio entre as prioridades clínicas e o envolvimento parental nas práticas diárias. Com base nos resultados das dimensões em que as mães se classificam com valores mais baixos, podemos inferir quais são as áreas que deverão ser mais bem trabalhadas junto dos pais para assim facilitar a preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta. Estas áreas de enfermagem que deverão ser trabalhadas junto dos pais nomeadamente avaliação do estado clínico do RN, reconhecer sinais e sintomas de doença e responder adequadamente, especialmente em situações de emergência; compreender a importância das medidas de controlo de infeções.

Outra implicação clínica deste estudo é a possibilidade de criação de projetos de implementação de melhoria das práticas que facilitem e uniformizem o processo de preparação da família do recém-nascido prematuro para a alta. Por exemplo, através do desenvolvimento de um plano individualizado que ajudasse os pais a adquirir as competências e o julgamento necessário para cuidar do seu bebé e depois pensando já no regresso a casa, uma forma de acompanhamento parental (por exemplo via telefone) para esclarecimento de dúvidas ou até recomendações de forma a facilitar a

continuidade de cuidados educacionais e facilitadores da adaptação parental aos cuidados desenvolvimentais do seu filho.

Implicações para a Investigação

Os resultados obtidos, muito positivos, levam-nos a questionar se o modo como a escala está construída conduz ao viés da desejabilidade social das respostas. É possível que as mães, próximo da alta, desejosas de regressar ao domicílio, tenham dificuldade em perceber que podem não estar tão bem preparadas em alguns aspetos. Assim, valerá a pena ponderar a revisão da Escala e da sua métrica, de modo a garantir a sua sensibilidade.

Recomenda-se que estudos futuros incluam não só a auto-avaliação das mães, mas também dos pais dos RN, e com amostras mais amplas.

Também, à semelhança de outros estudos, a perspetiva dos pais deveria ser comparada com a perspetiva dos profissionais, para maior robustez dos resultados da auto-avaliação.

Por outro lado, seria necessário validar a auto-avaliação feita pelos pais antes da alta com a aplicação da mesma escala após a alta, quando o RN estivesse em casa e os pais sozinhos com a responsabilidade de tomar conta do seu filho e de exercerem o seu papel parental.

Sendo difícil generalizar estes resultados, seria importante aplicar o instrumento noutras unidades do país, para ter uma perspetiva mais ampla da realidade.

CONCLUSÃO

A admissão de um recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos inevitavelmente é geradora de stress e alterações emocionais nos pais podendo comprometer o processo de vínculo pais-bebê. Os pais ficam mais vulneráveis durante a hospitalização do seu filho. Ficam dependentes da equipa para cuidar do seu filho e para ajudá-los a lidar e ultrapassar todas as experiências que podem acontecer durante o processo de hospitalização.

A promoção do envolvimento da família no cuidado do bebê, a comunicação contínua, o aprimoramento da compreensão dos pais sobre os problemas médicos do bebê, juntamente com a orientação antecipada sobre o desenvolvimento e o comportamento do bebê prematuro, tudo isso ajuda a diminuir o stress e a ansiedade dos pais e facilita a transição segura para casa.

O enfermeiro através das competências e capacidades técnico científicas revela-se essencial na deteção e resolução de problemas, no reconhecimento e valorização do papel parental e na capacitação dos pais.

Os objetivos que nortearam esta investigação foram identificar as competências maternas para cuidar do recém-nascido através da auto-avaliação efetuada pelas mães e identificar alguns fatores relacionados com a auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido.

Os resultados obtidos com este estudo indicam que a quase totalidade das mães, no período não superior a cinco dias antes da alta, se considera muito ou totalmente competente para cuidar do seu recém-nascido.

A análise detalhada das respostas indica que há alguns cuidados que necessitam de maior atenção no processo de capacitação, ainda assim com uma expressão diminuta.

O processo de preparação para a alta é complexo, pois a individualidade de cada pai/mãe, tem que ser tida em conta. Atualmente, ele é realizado no quotidiano como expressão de um modelo de parceria de cuidados. Apesar da positividade destes resultados, mantém-se a perspetiva sobre a importância de um processo de capacitação sistematizado, que possa ser monitorizado, documentado e avaliado, assim como complementado com o acesso dos pais a recursos de apoio antes e após a alta do RN.

O enfermeiro tem um papel fundamental no apoio, capacitação, cuidado à família e envolvimento de toda a rede de apoio da mulher, criando estratégias que fomentem um ambiente favorável à promoção da saúde do bebê (Reid et al., 2014) contribuindo assim para a saúde do bebê e bem-estar da mãe. O enfermeiro é e será sempre o grande facilitador e mediador de todo o processo transicional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, N. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: A visão das enfermeiras* (Dissertação de mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX*. Ed 1, 1º vol, Coimbra: Formasau.
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high risk neonate. *Pediatrics* 2008; 122: 1119-1126.
- Araújo, M., Rodrigues, Deusdará (2010). O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a acção de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 14, Nº 2 (Abr-Jun. 2010), p. 284-292.
- Askin, D., e Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Balasundaram, M., Porter, M., Miller, S., Sivakumar, D., Fleming, A., McCallie, K. (2021). Increasing Parent Satisfaction With Discharge Planning - An Improvement Project Using Technology in a Level 3 NICU. *Clinical Issues in Neonatal Care*, p.1-11.
- Banerjee, J., .Aloysius, A. Platonos, K e Deierl, A. (2018). Family centred care and family delivered care – What are we talking about? *Journal of Neonatal Nursing*. Volume 24, Issue 1, February 2018, Pages 8-12
- Barradas, A. (2008). *Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro - Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção* (Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde) Universidade Aberta, Lisboa. Recuperado de: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/735>.
- Barros, I. (2008). *Necessidades e Stress dos Pais de bebés prematuros hospitalizados* (Dissertação de mestrado em psicologia da gravidez e da parentalidade). Instituto

Superior de Psicologia Aplicada. Recuperado de:
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/977/1/DM%20BARR-I1.pdf>.

Barros, L. e Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7, 261-272.

Brandão, Azevedo (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. (Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem) Universidade do Porto. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf>

Bravo, A. (2019). *A Alta em Neonatologia - Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde e Bem-estar do Recém-nascido e Família* (Relatório de Estágio). Mestrado em Enfermagem em Associação. Universidade de Évora.

Burnham, N, Feeley, N. e Sherrard, K. (2013). Parents' Perceptions Regarding Readiness for Their Infant's Discharge from the NICU. *Neonatal Network*. Vol. 32 Issue.

Costa S., Ribeiro C., Borba R. (2009). A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Escola Anna Nery*. 2009; 13: 741-9.

Cossul, M.U.; Silveira A.O.; Pontes, T. B.; Martins, G.; Wernet, M.; Cabral, C.C.D.O (2015). Crenças e práticas parentais no cuidado domiciliar da criança nascida prematura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 830-841.

Cleveland, L. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 37, 666-691.

Cunha, M. (2000). Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 21, p. 70-83.

Direcção-Geral da Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de actuação. Orientações Técnicas*, 12. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Duarte, A. D.S., Santos, W.D.S., Da Silva, L.D.B., de Oliveira, J.D., e Jesus Sampaio, K.J.A. (2010). Promoção da saúde às genitoras de bebés prematuros: acção da enfermagem na alta hospitalar. *Rev Reene*, 11(3), 162-170.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196.
- Fuchs, F., Monet, B., Ducruet, T., Chaillet, N., & Audibert, F. (2018). Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PloS one*, 13(1), e0191002. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191002>
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 1. Children and parenting* (pp. 209–231). Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. Rev. científica e técnica Maria José Paixão (pp.331-411). 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Hjalmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (26), 654-622.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas Demográficas 2021*, Lisboa:INE, I.P.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2022). População – Ano 2021. Lisboa: INE. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008215&contexto=bd&selTab=tab2
- Internacional Council of Nurses (2006). Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 1.0. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Jefferies A.L., Canadian Paediatric Society, e Fetus and Newborn Committee. (2014). Going Home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics e child health*, 19(1), 31-36.
- Kralik, D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55: 320–329

- Leal, I. (2005). Introdução: da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In L. Leal (Ed) *Fim de Século*. Psicologia da gravidez e da parentalidade (pp. 9-19). Lisboa, Portugal.
- Macedo, L. (2012). Vivências na prematuridade: uma revisão da literatura. *Nursing*, 280, Maio.
- Machado, A. Jerónimo C. & Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS – Revista da ESSS*.
- Maltby, H., Kristjanson, L. e Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 9, 3, pp. 368-373.
- March of Dimes, PMNCH, Save the children, Who. (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Retrieved from: https://doi.org/http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.
- Marques, M., Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.
- Medeiros, C.; Franzoi, M. e Silveira, A. (2019) - *Conhecimento e cuidado parental na promoção do desenvolvimento da criança nascida prematura*. (Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem). Universidade de Brasília. Recuperado de: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Ljlp7YPMudgJ:scholar.google.com/+Conhecimento+e+cuidado+parental+na+promo%C3%A7%C3%A3o+do+desenvolvimento+da+crian%C3%A7a+nascida+premature&hl=pt-PT&as_sdt=0,5.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento paterno e materno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto* (Dissertação de candidatura ao grau de doutor em ciências de Enfermagem) Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Recuperado de: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentolsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>.
- Moradi,S; Arshdi-Bostanabad, M; Seyedrasooli, A; Tepak, L; Valizadeh, S. (2018). The Effect of Empowerment Program on Maternal Discharge Preparation and Neonatal Length of Hospital Stay: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*. doi: 10.4103/ijnmr.IJMR_110_17 - OE, 2015, p.21.

- Obeidat, H.; Bond, E.; Callister, C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18, 23–9.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (3.^a ed.). Cadernos OE, Série I, N.º 3, Vol. I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*. Serie I. Número 8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica Parecer 4/2016: *Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto*. Lisboa, Portugal: autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamento_competenciacrian%C3%A7ajov_ aprovadoag_20nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem*. Conselho Diretivo. Lisboa. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. nº1/2 (7), 7- 41.
- Parse, R. (1987). *Nursing science: major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: W. S. Saunders.
- Parse's Theory and the Multidisciplinary Team: clarifying scientific values. *Nursing Science Quarterly*. v.5, n.3, p.104-106, 1992.

- Parse RR. *Illuminations: the human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing; 1995.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. (9a ed.) Loures: Lusociência.
- Reichert, S. Lins, P., Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da UTI Neonatal. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 9, Nº 1, p. 200-213.
- Reid, J., Schmied, V., Sheehan, A., & Fenwick, J. (2014). 'Be our guest': challenges and benefits of using 'family conversations' to collect qualitative data about infant feeding and parenting. *Journal of clinical nursing*. 23(17-18), 2404-2413. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12224>.
- Relvas, P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª Ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Ribas, R., e Bornstein, M. (2005). Parenting knowledge Similarities and differences in brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 5-12.
- Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Nov.-Dez;61(6), 801-8.
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. (Dissertação de Mestrado em Supervisão). Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Roque, S., & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*, pp. 47-60.
- Salmani, N., Zare Marvast, M., Kahdoui, S., & Weiss, M. E. (2020). Adaptation of the parent readiness for hospital discharge scale with mothers of preterm infants discharged from the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 29(23/24), 4544–4553.

- Santiago, M. (2009). *Percepções e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Face à Mulher na Adaptação à Maternidade em Contexto Migratório: contributos para a promoção da saúde da mulher migrante* (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde) Universidade Aberta Lisboa. Recuperado de: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/175/1/Binder1.pdf>
- Silva, A. (2006). *Cuidar do Recém-Nascido – O Enfermeiro como Promotor das Competências Parentais* (Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta, Lisboa. Recuperado de: <http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169.pdf>.
- Silva, C. (2010). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: exercício de uma parentalidade autónoma*. (Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/26624>
- Silva, P.A; Esteves, M.L; Castro, F.V. (2013). Vinculação mãe-bebé. *INFAD Rev. de Psic.* 1(2): 729 – 736;
- Sousa, J., Silva, L., e Guimarães, T. (2008). Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco em Unidade de Tratamento Intensivo neonatal: uma visão da família. *Revista de enfermagem UFPE On-line*, 02, 138-146.
- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de Enfermagem*. (Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de: <http://repositorio.up.pt/aberto/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Manual para Pais de Bebés Prematuros*. SPN: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manualcompleto.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2004). Consensos em Neonatologia 2004. SPN: http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201730consensos_neonatologia__2004.pdf

Smith, Vc.; Young, S.; Pursley, D.; McCormick, M.; Zupancic, J. (2009). Are families prepared for discharge from the NICU? *Journal of Perinatology*, 623–629.

Smith, V.; Hwang, S.; Dukhovny, D.; Young, S. & Pursley, D. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 415-421.

Torre, M. (2001). *Assistência em Cuidados de Enfermagem a Puérpera numa Perspectiva Antropológica* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem Universidade do Porto). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10216/9727>.

Tiryaki, O; Cinar, N (2021) - Scale development study: Readiness for discharge from the neonatal intensive care unit and home care of premature infants by parents. *Journal of the College of Physicians and Surgeons. Pakistan* 2021, Vol. 31(02): 171-176.

Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27, 281-286.

Weiss, M., Johnson, N., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-294.

Weiss, M., Lerret, S., Sawin, K., Schiffman, R. (2020). Parent Readiness for Hospital Discharge Scale: Psychometrics and Association With Postdischarge Outcomes. *Journal of Pediatric Health Care*, 30-37, 34(1).

World Health Organization. (2012). Born too soon: the global action report on preterm birth

World Health Organization. (2018). Preterm birth. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Declaração do Consentimento Informado

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO: Auto-avaliação dos pais acerca das suas competências para cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar

Declaração do Consentimento Informado

Caro (a) pai/mãe,

Sou Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria e exerço funções na Unidade de Neonatologia A – Maternidade Daniel de Matos.

Estou a realizar o Mestrado na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “Auto-avaliação dos pais acerca das suas competências para cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar”. Este estudo terá como objetivo avaliar até que ponto os pais se sentem competentes para cuidar do seu bebé após o regresso a casa.

Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação, que poderá contribuir para melhorar a qualidade do processo de preparação para a alta.

Este inquérito destina-se a ser preenchido pela pessoa responsável pela maior parte dos cuidados ao recém-nascido, seja a mãe ou o pai, próximo da alta clínica para o domicílio.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Este inquérito é anónimo. O seu nome não irá constar no inquérito, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código. Em qualquer momento poderá desistir, sem que isso interfira nos cuidados ao bebé ou na relação consigo.

O consentimento informado irá ser feito em duplicado, uma via para quem consente e uma via para o investigador.

Muito obrigada pela sua ajuda e tempo disponibilizado.

Ana Rita Miranda

Consentimento Informado

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para esta investigação e de forma anónima.

Compreendo a finalidade do estudo e que sou livre de desistir da minha participação em qualquer fase do estudo, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspeto.

Assinatura do pai/mãe: _____ Data: __ / __ / __

APÊNDICE II – Instrumento de Colheita de Dados

Identificação do estudo clínico: Auto-avaliação dos pais acerca das suas competências para cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar

INQUÉRITO

A prontidão para a alta é um fator determinante dos resultados para as famílias nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Fornecer condições favoráveis para os pais serem o elemento ativo no cuidado ao seu bebê deve ser um dos princípios fundamentais da unidade de cuidados intensivos.

Assim, com este estudo, pretende-se avaliar a prontidão dos pais para a alta do recém-nascido através da auto-avaliação das competências parentais e identificar alguns fatores relacionados com a auto-avaliação das competências parentais em cuidar do recém-nascido, contribuindo para a melhoria do processo de preparação para a alta.

O método usado para a colheita de dados será o inquérito, através de questionário auto-preenchido, constituído pela caracterização do participante e do recém-nascido (parte I) e pela escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP) nos cuidados ao RN de Risco (parte II).

Este inquérito deverá ser preenchido o mais próximo possível do dia da alta do recém-nascido pela pessoa que acompanhou mais tempo o recém-nascido e à qual foi realizada a capacitação.

Nº _____

Parte I – Caracterização do Participante e do Recém-Nascido

Por favor, preencha os espaços correspondentes ou assinale uma cruz (X) na resposta indicada:

Caraterização do Participante

- **Idade:** ___ anos **Sexo:** M F

- **Zona de Residência:** Rural Urbana

- Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Casado(a)
- União de Facto
- Separado(a)/Divorciado(a)

- Situação familiar:

- Vive sozinho(a)
- Vive com companheiro
- Vive com companheiro e filhos
- Vive com companheiro, filhos e outros familiares
- Especificar: _____
- Quantos filhos anteriores tem? _____

- Escolaridade completada:

- Inferior ao 9º ano
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Curso Tecnológico/Profissional
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

- Situação Profissional:

- Trabalhador(a) por conta própria
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Estudante
- Desempregado(a)
- Reformado(a)

- Houve complicações durante esta gravidez? Sim Não

- Permanece com o seu filho(a) quantos dias por semana? _____

- Quantas horas permanece por dia em média junto do seu filho durante o internamento?

Caracterização do Recém-nascido

- Semanas de gestação do recém-nascido aquando do nascimento: _____

- Peso de nascimento: _____

- Sexo do Recém-nascido: M F

- Motivo de admissão na unidade de cuidados intensivos: _____

- Dias de vida do recém-nascido neste dia? _____

- Dias de internamento do recém-nascido neste dia _____

- Complicações com o recém-nascido durante o internamento:

- Necessidade de ventilação
- Infeção
- Cirurgia
- Nenhuma em especial
- Outra (especificar): _____

Nº _____

Parte II – Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido de Risco

Por favor, em cada item, assinale com um círculo a opção que lhe parecer mais correta relativamente aos cuidados que presta ao seu bebé. Use para o efeito a seguinte escala:

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Não concordo, nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

1- Reconheço os sinais de fome do bebé	1	2	3	4	5
2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé	1	2	3	4	5
3- Coloco o termómetro correctamente no bebé	1	2	3	4	5
4- Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé	1	2	3	4	5
5 – Acalmo o bebé quando ele chora	1	2	3	4	5
6- Posiciono o bebé correctamente no berço	1	2	3	4	5
7- Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa	1	2	3	4	5
8- Identifico quando o bebé tem calor	1	2	3	4	5
9- Identifico quando o bebé quer dormir	1	2	3	4	5
10- Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé	1	2	3	4	5
11- Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé	1	2	3	4	5
12- Identifico quando o bebé quer carinho e que "converse" com ele	1	2	3	4	5
13- Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão	1	2	3	4	5
14- Dou banho ao bebé com técnica correcta	1	2	3	4	5
15- Pego o bebé ao colo de forma correcta	1	2	3	4	5
16-Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente	1	2	3	4	5
17- Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar	1	2	3	4	5
18- Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé	1	2	3	4	5
19- Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro	1	2	3	4	5
20- Identifico quando o bebé bolsa ou vomita	1	2	3	4	5
21-Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé	1	2	3	4	5
22- Identifico as características e a frequência das fezes do bebé	1	2	3	4	5
23-Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre	1	2	3	4	5
24- Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada	1	2	3	4	5
25- Preparo a roupa adequada para o bebé	1	2	3	4	5
26- Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar	1	2	3	4	5
27- Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se	1	2	3	4	5
28-Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda	1	2	3	4	5
29- Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé	1	2	3	4	5
30- Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento	1	2	3	4	5
31- Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir	1	2	3	4	5
32- Identifico o motivo do choro do bebé	1	2	3	4	5
33- Identifico os sinais de frio no bebé	1	2	3	4	5

ANEXO

ANEXO I – Autorização da Autora da Escala EAACP



Sandra <spfrodrigues@hotmail.com>

Para: Você



Sex, 29/04/2022 17:28

Boa tarde Enfermeira Rita,

Fico muito satisfeita por apresentar interesse na escala que construí e validei.

Autorizo que aplique a EAACP no seu estudo, para fins meramente académicos e de investigação.

Solicito que inclua no seu estudo um agradecimento pela autorização da aplicação da escala.

Estou ao dispor para qualquer esclarecimento.

Desejo muito sucesso no seu estudo!

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Rodrigues