

Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade

Sílvia Maria Neto Marques *
Maria Goreti Santos Sá **



O conhecimento das competências maternas auto-percebidas, o contexto que as envolve e os factores que nela interferem permitem aos enfermeiros determinar a necessidade de desenvolver e/ou implementar estratégias que ajudem as mães a perceberem um elevado nível de competências para cuidarem dos seus bebés prematuros após a alta, promovendo assim o desenvolvimento da vinculação e a segurança materna.

Procedemos à realização de um estudo descritivo, em que se 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 bebé. Os dados foram obtidos a partir de um questionário que contém uma escala de competência materna auto-percebida, por nós desenvolvida. A amostra é não probabilística consecutiva, constituída por 30 mães.

Os resultados do estudo revelam que as mães auto-percebem elevados níveis de competência cuidativa. Ao contrário dos factores ligados à própria mãe, os factores ligados ao bebé parecem relacionar-se com os níveis de competência materna auto-percebida, sendo que:

- A idade gestacional e o peso de nascimento do bebé correlacionam-se negativamente com a competência materna auto-percebida;
- A duração do internamento do bebé correlaciona-se positivamente com a competência materna auto-percebida.

Introdução

O nascimento de um filho faz parte do ciclo vital da família. No entanto, no caso do nascimento prematuro, o período de gravidez é abreviado, sendo que a mãe não está nem física nem mentalmente preparada para a ideia de que vai ter um filho. Esta mãe deverá em primeiro lugar sofrer a perda desse bebé ideal para depois se adaptar à realidade do prematuro. Findo o processo de vinculação ao bebé, os pais estarão aptos a desenvolver

competências para cuidar do filho (KLAUS e KENNEL, 1992; BRAZELTON, 1994).

Estudos feitos por Klaus e Kennel nos últimos 20 a 25 anos demonstram que os recém nascidos hospitalizados, em particular os prematuros, são frequentemente vítimas de abandono e maus tratos por parte dos pais, ou deixam de se desenvolver sem causa orgânica aparente quando têm alta. As estatísticas não deixam dúvidas: o síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos nascidos a termo (KLAUS e KENNEL, 1992).

* Enfermeira Graduada no Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira.

** Enfermeira Graduada na Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra.

A alta do bebé prematuro representa um período crítico em que os cuidados são transferidos de UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) para os pais em casa. MANCINI e WHILE (2001) afirmam que um planeamento efectivo da alta diminui a ansiedade, aumenta as competências maternas e as estratégias de *coping* para enfrentar esta transição.

A realidade em que trabalhamos suscita-nos alguma preocupação. Apesar de se incentivar a presença dos pais na UCIN e a sua participação nos cuidados, a filosofia dos cuidados em parceria não é aplicada integralmente nem de forma sistematizada; por outro lado, não existe um plano sistematizado de ensino para a alta nem um guia escrito de orientação para os pais, que por sua vez demonstram frequentemente insegurança na véspera da alta. A deficiente articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários torna esta temática ainda mais pertinente. A acrescentar, coexiste o facto de não termos encontrado estudos que avaliem a percepção da mãe acerca das suas competências cuidativas no momento da alta.

Partindo da questão: “Qual o nível de competência materna auto-percebida no momento da alta do prematuro da UCIN, considerando as dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva?”, definimos como objectivos do estudo:

- Identificar o nível de competência materna auto-percebida nas 48 horas antes da alta hospitalar do prematuro.
- Analisar o nível de competência materna auto-percebida, considerando as dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva.
- Determinar a relação entre o nível de competência materna auto-percebida e alguns factores, como: a idade e profissão maternas, a duração do internamento, a idade gestacional e o peso do bebé.

Competências maternas

Na actualidade, assistimos a uma decrescente auto-confiança dos pais para cuidarem e se relacionarem

com os seus filhos, sendo que, no contexto da prematuridade, ganhou importância e relevo crescente o papel dos pais como primeiros prestadores de cuidados ao filho enquanto internado em UCIN. Assim, surge a preocupação crescente de durante o internamento do prematuro ajudar os pais a desenvolver um nível de competências tal que lhes permitam cuidar deste após a alta hospitalar.

Apesar de actualmente se assumir que qualquer dos progenitores pode ter capacidades maternas, verifica-se que a função materna é maioritariamente desempenhada pela mãe. Segundo STEELE e POLLACK (1968), a função materna engloba dois componentes: o primeiro, de natureza prática, inclui capacidades cognitivas e motoras; o segundo, de natureza emocional, inclui capacidades cognitivas e afectivas. Ambos são essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança.

As *competências cognitivo-motoras* são as actividades orientadas para satisfazer as necessidades de alimentação, higiene, vestir, assegurar a temperatura corporal, proteger do perigo e promover a mobilidade. Estes comportamentos cuidativos são progressivamente desenvolvidos após o nascimento da criança, sendo influenciados quer pela cultura, quer pela experiência pessoal.

As *competências cognitivo-afectivas* incluem uma atitude de ternura, atenção e interesse quanto às necessidades e desejos da criança. Estão largamente relacionadas com as experiências anteriores dos pais relativamente aos seus progenitores e influenciam tanto a forma de cuidar, quanto as respostas emocionais da criança a este cuidar, sendo a relação positiva pais/criança mutuamente compensadora (STEELE e POLLACK, 1968).

Factores que influenciam a competência materna

As características sócio-familiares, as características da própria criança e a preparação para a alta da UCIN influenciam de diferentes formas a aquisição e desenvolvimento da competência materna.

Características sócio-familiares

Os factores ligados à própria mãe dizem respeito à sua personalidade, história de desenvolvimento e idade (PIRES, 1990). Segundo este autor, as características do trabalho que as pessoas executam, as razões pelas quais trabalham e a percepção e satisfação que têm com o seu emprego podem influenciar as percepções, atitudes e comportamentos que têm para com os filhos.

Características da própria criança

O RN (Recém Nascido) prematuro, dependendo da idade gestacional e do peso ao nascer, possui um conjunto de características singulares que o identifica como menos responsivo e mais difícil de entender e cuidar, sendo para os pais difícil perceber quando prestar cuidados de alimentação e higiene, quando o deixar sozinho ou quando brincar com ele. Os prematuros são sensíveis à estimulação mas limitados nas reservas de energia, respondem às tentativas de interacção dos pais mas logo deixam de estar atentos, adormecendo ou chorando inconsolavelmente. Estes comportamentos são entendidos pelos pais como negativos, pois eles esperam que o seu filho, mesmo sendo prematuro, tenha um comportamento igual ao bebé de termo. Assim, mesmo os pais mais optimistas podem sentir-se pouco confiantes nas suas habilidades (BRAZELTON, 1994; PIMENTEL, 1997).

MANCINI e WHILE (2001) reforçam que os pais de bebés prematuros necessitam de desenvolver uma intensa e urgente preparação para aquisição de novas competências, revisão e aperfeiçoamento das já existentes.

Preparação para a Alta da UCIN

A preparação para a alta deverá iniciar-se precocemente e decorrer de forma gradual e sistematizada, de modo a colmatar as dúvidas que surgem ao longo do internamento e tendo sempre presente os factores que afectam a capacidade da

família de prestar cuidados no domicílio. O enfermeiro deve ensinar todas as formas de intervenção e fornecer informações acerca das necessidades e cuidados específicos a prestar ao prematuro, associando sempre a explanação oral à prática e envolvendo os pais em todo o processo (DRAKE, 1995; LAU e MORSE, 1998; MCKIM, 1993).

Na opinião de MCKIM (1993), o planeamento e o ensino efectivos para a alta da UCIN visam assegurar a manutenção do estado de saúde do bebé, a minimização do risco de infecção e re-hospitalização, a maximização da competência e confiança paternas e, ainda, a minimização do *stress* e da ansiedade na transição para casa.

Metodologia

O propósito deste estudo foi descrever o nível de intensidade da competência materna auto-percebida pelas mães de prematuros internados na UCIN, assim como verificar a relação entre este nível de competência a idade e profissão materna, idade gestacional e peso do prematuro e a duração do internamento.

As variáveis foram seleccionadas tendo em conta a experiência pessoal e profissional, bem como a pesquisa bibliográfica efectuada relativa ao tema.

A variável dependente — “competência materna auto-percebida” — é considerada em função da intensidade com que a mãe percebe as suas capacidades para cuidar do seu filho após a alta hospitalar. Dada a sua complexidade, operacionalizámos esta variável considerando duas dimensões (Quadro I): a dimensão cognitivo-motora e a dimensão cognitivo-afectiva, definidas por STEELE e POLACK (1968). Estas duas dimensões permitem identificar até que ponto a mãe se sente segura para cuidar do seu filho prematuro e satisfazer as suas necessidades após a alta da UCIN. Foram consideradas as necessidades do RN prematuro tendo por base o modelo teórico de Virgínia Henderson.

QUADRO I – Organização dimensional da “Escala de Intensidade da Competência Materna Auto-Percebida”

| Dimensão | Componentes | Indicadores |
|--------------------|-------------------------|---|
| Cognitivo-motora | Alimentação | Reconhecer sinais de fome Preparar o leite adaptado (biberão) Reconhecer a temperatura adequada do leite Seleccionar a tetina adequada, em termos de dureza e orifício Posicionar o bebé para eructar Distinguir vomitar de bolsar Reconhecer sinais de engasgamento |
| | Higiene e conforto | Segurar o bebé durante o banho Preparar o banho Preparar a roupa Reconhecer a necessidade de mudar a fralda Proporcionar a hidratação da pele Detectar alterações da pele no bebé Detectar alterações da eliminação intestinal |
| | Temperatura | Assegurar a temperatura ambiente ideal para o bebé Reconhecer no bebé sinais de frio Reconhecer no bebé sinais de calor Avaliar temperatura corporal Actuar em caso de febre Proporcionar vestuário adequado às condições de temperatura |
| | Protecção dos perigos | Reconhecer sinais de doença Transportar o bebé de forma segura, no automóvel Transportar o bebé de forma segura, na rua Posicionar o bebé para dormir Actuar em caso de engasgamento Reconhecer sinais de dificuldade respiratória Actuar em caso de paragem respiratória Identificar a necessidade de pedir ajuda |
| Cognitivo-afectiva | Sono e repouso | Identificar quando o bebé quer dormir Assegurar os períodos de sono e repouso |
| | Comunicação/Estimulação | Identificar o motivo do choro Reconhecer no bebé sinais de desconforto Acalmar o bebé quando chora Identificar os períodos em que o bebé está disponível para brincar Identificar os períodos de indisponibilidade para brincar Reconhecer sinais de irritabilidade Identificar a capacidade de cuidar do bebé em casa Identificar possíveis dúvidas acerca dos cuidados ao bebé Reconhecer as capacidades para cuidar do bebé Conciliar a vida familiar com as necessidades do bebé Perceber as necessidades do bebé |

Para a medição da variável dependente, construímos uma (Escala de intensidade – tipo Likert, com 41 itens de 5 níveis (Anexo).

No sentido de assegurar a validade da escala, esta foi sujeita à apreciação de enfermeiros com experiência em Neonatologia e de peritos em investigação em enfermagem, reunindo consenso acerca dos itens utilizados para medir o construto em estudo.

Após realização de um pré-teste, em que obtivemos valores de “alpha” de Cronbach de 0.68 e 0.85 para a dimensão cognitivo-afectiva e cognitivo-

-motora, respectivamente; e 0.88 para o global da escala, realizamos a colheita de dados propriamente dita.

A população em estudo é constituída pelas mães dos recém-nascidos prematuros, internados nas UCIN da Maternidade Bissaya Barreto, Maternidade Daniel de Matos e Hospital S. Sebastião, com alta para o domicílio, no período de tempo em que decorreu o estudo.

A amostra foi definida pelo método não probabilístico de amostragem consecutiva,

constituindo critérios de inclusão no estudo:

- RN ter alta para o domicílio;
- A mãe saber ler e escrever;
- A possibilidade da mãe responder ao questionário nas 48 horas antes da alta do prematuro.

A colheita de dados foi efectuada através da aplicação de um questionário do qual faz parte a Escala de Competências Maternas Auto-Percebidas (Anexo). O questionário foi entregue às mães dos RN prematuros nas 48 horas que antecederam a alta para o domicílio. Este questionário, em envelope fechado, foi entregue pelo enfermeiro responsável pela alta do RN. Após a resposta da mãe, o questionário foi depositado numa urna concebida para o efeito.

O tratamento da informação foi feito com recurso ao programa de tratamento estatístico SPSS, na versão 10.5 de 1999, recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

Resultados e discussão

Como podemos constatar pela observação do Quadro II, as mães inquiridas perceberam um nível de competência elevado, dado que obtiveram uma pontuação média de 4,31 pontos para uma pontuação média esperada entre 1 e 5 pontos, sendo mais baixo na dimensão cognitivo-afectiva (4,07 pontos).

QUADRO II – Medidas estatísticas relativas às competências maternas auto-percebidas

| Competências | \bar{x} | s | x_{\min} | x_{\max} |
|-----------------------------|-----------|------|------------|------------|
| Dimensão cognitivo-motora | 4.42 | 0.38 | 3.71 | 5.00 |
| Dimensão cognitivo-afectiva | 4.07 | 0.42 | 3.31 | 5.00 |
| Global | 4.31 | 0.36 | 3.66 | 4.90 |

Comparando os resultados médios encontrados para cada uma das componentes relativos a cada uma das dimensões da competência materna

(Quadro III), concluímos que a controlo e manutenção da temperatura foi a componente que mais contribuiu para o nível de competência materna auto-percebida na dimensão cognitivo-motora, e que a protecção dos perigos foi a que menos contribuiu para esta dimensão.

A componente estimulação/comunicação foi a que menos contribuiu para a dimensão cognitivo-afectiva (4.06 pontos), apesar da pontuação mínima obtida ter sido observada na componente sono/repouso.

QUADRO III – Medidas estatísticas relativas às componentes da competência materna auto-percebida

| Competências | \bar{x} | s | x_{\min} | x_{\max} |
|------------------------------------|-----------|------|------------|------------|
| <i>Dimensão cognitivo-motora</i> | | | | |
| Alimentação | 4.46 | 0.61 | 2.14 | 5.00 |
| Higiene e conforto | 4.53 | 0.29 | 4.14 | 5.00 |
| Temperatura | 4.54 | 0.46 | 3.33 | 5.00 |
| Protecção dos perigos | 4.21 | 0.57 | 3.00 | 5.00 |
| <i>Dimensão cognitivo-afectiva</i> | | | | |
| Sono e repouso | 4.48 | 0.64 | 3.00 | 5.00 |
| Estimulação/comunicação | 4.06 | 0.45 | 3.27 | 5.00 |

Analisando os dados item a item, concluímos que, ao nível da dimensão cognitivo-motora as mães expressam mais dificuldades em:

- Seleccionar a tetina mais adequada para o bebé;
- Distinguir vomitar de bolsar;
- Reconhecer sinais de engasgamento;
- Segurar o bebé durante o banho;
- Assegurar a temperatura ideal para o bebé;
- Reconhecer no bebé sinais de calor;
- Actuar em caso de febre;
- Reconhecer sinais de dificuldade respiratória;
- Actuar em caso de paragem respiratória.

Salientamos que as pontuações médias obtidas nos itens relativos à identificação de sinais de dificuldade respiratória e reanimação em caso de paragem respiratória, foram as mais baixas encontradas na dimensão cognitivo-motora. Estes resultados preocupam-nos mas não nos

surpreendem, na medida em que se tratam de aspectos muito técnicos. Todavia, será importante esclarecer o motivo que está na origem destes resultados. Será que os mesmos não estão a ser ensinados aos pais? Ou será que os pais têm dificuldade em os aprender?

No que diz respeito à dimensão cognitivo-afectiva, as mães expressam mais dificuldades em:

- Assegurar os períodos de sono e repouso ao bebé;
- Identificar o motivo do choro;
- Identificar os períodos de indisponibilidade do bebé para brincar;
- Identificar dúvidas acerca dos cuidados ao bebé;
- Perceber as necessidades do bebé.

Os itens em que a mãe expressa um nível de competência inferior à média obtida incluem-se na componente estimulação/comunicação. Estes poderão estar relacionados com uma estimulação desajustada a que o bebé está sujeito na UCIN, ou com a duração mediana do internamento (inferior a 15 dias). É então compreensível que a mãe expresse dificuldades tanto em perceber as necessidades do bebé, como em identificar o motivo do choro e os períodos de disponibilidade do bebé para brincar.

O conhecimento destas dificuldades maternas por parte da equipa de enfermagem permite proporcionar/assegurar a preparação para a alta, com especial ênfase para os aspectos onde a mãe expressa mais insegurança.

Relativamente às hipóteses formuladas, verificou-se não haver relação entre as competências maternas auto-percebidas e idade e profissão materna.

Para testar as hipóteses que relacionam a idade gestacional, peso de nascimento e duração do internamento do prematuro com a competência materna auto-percebida, procedemos ao estudo da correlação entre os dados das respectivas variáveis com a variável dependente em estudo.

Analisando os dados apresentados no Quadro IV, verifica-se que aqueles corroboram parcialmente a hipótese formulada, ou seja, existe correlação negativa significativa entre a idade

gestacional do bebé e a competência materna auto-percebida ao nível da dimensão cognitivo-afectiva ($r = -0,450$; $p < 0,05$). Sendo o coeficiente de correlação negativo, podemos afirmar que as mães dos bebés com menor idade gestacional tendem a perceber um maior nível de competências cognitivo-afectivas.

QUADRO IV – Resultados do estudo da correlação entre a idade gestacional e as competências

| Competências | Idade gestacional | | |
|-----------------------------|-------------------|--------|-------|
| | n | r | p |
| Dimensão cognitivo-motora | 30 | -0.217 | 0.250 |
| Dimensão cognitivo-afectiva | 30 | -0.450 | 0.014 |
| Global | 30 | -0.322 | 0.082 |

Em nossa opinião, este resultado pode ter duas explicações possíveis. Dado que na nossa amostra 93,33% das mães referem ter acompanhado o bebé durante o internamento, este facto pode ter-lhes dado a oportunidade de conhecer melhor o seu bebé e com mais facilidade entender os sinais que ele transmite, ao mesmo tempo que lhe confere um sentimento acrescido de confiança e competência. Esta ideia é fundamentada sob o ponto de vista teórico por vários autores, nomeadamente MANCINI e WHILE (2001). 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 comportamentos desajustados, sem que tenham a noção real deste facto. Esta explicação, por nós apontada, apoia-se em estudos referidos por PIMENTEL (1997), segundo os quais os sinais emitidos pelos bebés prematuros são por vezes pouco claros ou distorcidos, sendo difícil para a mãe compreender e antecipar os seus comportamentos. Muitas vezes, por detrás de uma aparente calma e disponibilidade para a interacção, o prematuro está num enorme stress fisiológico, o qual a mãe não consegue perceber.

Os resultados obtidos após o teste da hipótese relativa ao peso de nascimento do prematuro

(Quadro V), revelaram existir uma correlação significativa, também negativa, entre o mesmo e o nível de competência materna auto-percebida ao nível cognitivo-afectivo e global. Se tivermos em consideração que o peso de nascimento poderá estar directamente relacionado com a idade gestacional do bebé, ou seja, quanto menor a idade gestacional menor o peso de nascimento, facilmente se depreende que os resultados entre estas e o nível de competência materna auto-percebida sejam semelhantes.

QUADRO V – Resultados do estudo da correlação entre o peso ao nascer e as competências

| Competências | Peso ao nascer | | |
|-----------------------------|----------------|--------|-------|
| | n | r | p* |
| Dimensão cognitivo-motora | 30 | -0.338 | 0.068 |
| Dimensão cognitivo-afectiva | 30 | -0.468 | 0.009 |
| Global | 30 | -0.416 | 0.022 |

* teste unilateral

Em relação à variável duração do internamento (Quadro VI), os resultados revelaram que as mães dos prematuros internados mais tempo tendem a perceber níveis mais elevados de auto-competência.

Quadro VI – Resultados do estudo da correlação entre a duração do internamento e as competências

| Competências | Duração do internamento | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------|-------|
| | n | r | p* |
| Dimensão cognitivo-motora | 30 | +0.309 | 0.048 |
| Dimensão cognitivo-afectiva | 30 | +0.455 | 0.006 |
| Global | 30 | +0.391 | 0.016 |

* teste unilateral

Este resultado está de acordo com o esperado, dado que 93,33% das mães referem ter acompanhado o filho durante todo o internamento. É corroborado por DRAKE, 1995; LAU e MORSE, 1998, que consideram que a informação acerca das necessidades e cuidados a prestar ao bebé deve ser gradual e sistematizada.

Conclusão

Partimos do pressuposto que conhecendo o nível de intensidade da competência materna auto-percebida, poderíamos determinar a necessidade de desenvolver e/ou implementar estratégias facilitadoras do desenvolvimento dessa mesma competência.

Neste sentido, recorremos à construção de uma escala de intensidade tipo Likert, que nos permitiu concluir que as mães participantes neste estudo percebem um nível de auto-competência elevado, sendo este em média mais baixo na dimensão cognitivo-afectiva do que na cognitivo-motora. Porém, resultados de estudos referidos por MCKIM (1993) documentam que os pais de prematuros, essencialmente na 1ª semana após a alta de UCIN, telefonam com elevada frequência para esclarecer dúvidas relativas aos cuidados a prestar ao bebé, o que demonstra insegurança e dificuldade para cuidar do mesmo.

Uma vez que o nosso estudo não avalia a percepção da mãe acerca das suas competências na 1ª semana após alta, podemos questionar até que ponto as mães que participaram no nosso estudo, não sentirão menor nível de competências e maior insegurança neste período, em que pela primeira vez irão cuidar do seu filho sem qualquer ajuda ou apoio dos profissionais de saúde. Seria interessante desenvolver um estudo que permitisse avaliar o nível de competência materna auto-percebida nos dois momentos diferentes (antes e após a alta), uma vez que a comparação entre os nossos resultados e os dos estudos referidos é impossível.

Decorrente do trabalho realizado, surge uma nova questão: sendo que a duração do internamento se correlaciona positivamente com as competências maternas auto-percebidas a nível cognitivo-motor e afectivo e, quanto menor a idade gestacional e o peso do bebé, maior o tempo de internamento, qual será o motivo pelo qual a variável idade gestacional ou peso de nascimento isoladas não se correlacionam de igual modo com as competências maternas auto-percebidas, nas duas dimensões referidas? Daqui decorre o

sentimento da necessidade de dar continuidade a este estudo no sentido de pesquisar outras possíveis relações entre factores, capazes de influenciar a competência materna auto-percebida e que não foram objecto do nosso estudo, nomeadamente o acolhimento da mãe na UCIN e a sua participação nos cuidados, bem como os ensinamentos efectuados durante o internamento relativos aos cuidados ao bebé.

Um dado importante a ter em conta, ao concluirmos este trabalho e à luz do qual temos que ver reflectidos os nossos resultados, é o facto deste estudo traduzir a percepção da mãe acerca das suas competências cuidativas. É indispensável continuar a desenvolver investigação neste domínio, bem como trabalhar no sentido de assegurar aos pais a aquisição destas competências como garante do desenvolvimento harmonioso do bebé, após a alta da UCIN.

Bibliografia

BRAZELTON, T. Berry – *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 1994. ISBN: 972-710-056-2.

DRAKE, E. – Discharge teaching needs of parents in the NICU. *Neonatal Network*. Vol. 14, nº 1 (1995), p. 49-53.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. – Assistência aos pais. In KLAUS M.; FANAROFF, A. – *Alto risco em neonatologia*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p. 139-155.

LAU, Rosalind; MORSE, Carol – Experiences of parents with premature infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Journal of Neonatal Nursing*. Hertz. ISSN: 1355-1841. Vol. 4, nº 6 (Janeiro, 1998), p. 23-28.

MANCINI, A.; WHILE, Alison – Discharge planning from a neonatal unit: exploratory study of parents' views. *Journal of Neonatal Nursing*. Hertz. ISSN: 1355-1841. Vol. 7, nº 2 (Maio, 2001), p. 59-62.

MCKIM, Edna – The information and support needs of mothers of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. S. I. Vol. 8, nº 4 (Agosto, 1993), p. 233-243.

PIMENTEL, Júlia V. Z. S. – *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1997. ISBN: 972-9301-27-1.

PIRES, António – Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica da Gravidez e da Maternidade*. Lisboa. ISSN: 0870-8231. Vol. VIII, nº 4 (Outubro, 1990), p.445-452.

STEELE B.; POLLACK C. – A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. In HELFR: E.; KEMPE C. – *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press, 1968

Anexo – Escala de Intensidade das Competências Maternas Auto-percebidas

| | Nada | Pouco | Moderada | Bastante | Muito |
|--|------|-------|----------|----------|-------|
| 1 Dar banho ao meu bebê, não é difícil para mim | | | | | |
| 2 Sou capaz de reconhecer quando o meu bebê tem fome | | | | | |
| 3 Vou conseguir manter a temperatura ideal para o meu bebê, em casa | | | | | |
| 4 Sei reconhecer quando o meu bebê não está bem | | | | | |
| 5 Quando o meu bebê, chora não sei qual é o motivo | | | | | |
| 6 Consigo conciliar a vida familiar com as necessidades do meu bebê | | | | | |
| 7 Sou capaz de preparar o biberão (se necessário) | | | | | |
| 8 Consigo ver se o meu bebê tem frio | | | | | |
| 9 Sei manter a pele do meu bebê hidratada | | | | | |
| 10 Sou capaz de ver se a temperatura do leite é a certa para o meu bebê | | | | | |
| 11 Vou conseguir acalmar o meu bebê quando ele chorar | | | | | |
| 12 Sei escolher a tetina certa para o meu bebê (em termos de dureza e orifício) | | | | | |
| 13 Sei ver quando o meu bebê quer atenção e conversa | | | | | |
| 14 Sei como transportar o meu bebê de forma segura, quando viajo de automóvel | | | | | |
| 15 Sei qual a melhor posição para colocar o meu bebê a arrotar | | | | | |
| 16 Vou ser capaz de cuidar do meu bebê em casa | | | | | |
| 17 Sei ver quando o meu bebê quer dormir | | | | | |
| 18 Se o meu bebê ficar com o nariz entupido, sei o que fazer | | | | | |
| 19 Sei quando mudar a fralda ao meu bebê | | | | | |
| 20 No caso do meu bebê se engasgar sei o que fazer | | | | | |
| 21 Posso em qualquer altura interromper o sono do meu bebê | | | | | |
| 22 Sei como transportar o meu bebê de forma segura | | | | | |
| 23 Sou capaz de reconhecer se o meu bebê tem diarreia | | | | | |
| 24 Tenho dúvidas quanto aos cuidados que o meu bebê precisa em casa | | | | | |
| 25 Sei preparar o banho para o meu bebê | | | | | |
| 26 Percebo quando o meu bebê está desconfortável | | | | | |
| 27 Sei quando e como pôr o termómetro ao meu bebê | | | | | |
| 28 Sei a diferença entre bolsar e vomitar | | | | | |
| 29 Estou confiante nas minhas capacidades para cuidar do meu bebê | | | | | |
| 30 Sei como deitar o meu bebê para dormir | | | | | |
| 31 Sei preparar a roupa para o meu bebê | | | | | |
| 32 Consigo reconhecer quando o meu bebê está engasgado | | | | | |
| 33 Sei identificar quando o meu bebê está cansado de me dar atenção | | | | | |
| 34 Sei quando devo pedir ajuda para cuidar do meu bebê | | | | | |
| 35 Consigo dar conta de alterações na pele do meu bebê | | | | | |
| 36 Quando o meu bebê está muito quente sei ver se é febre ou excesso de aquecimento | | | | | |
| 37 Sou capaz de ver se o meu bebê tem calor | | | | | |
| 38 Percebo quando o meu bebê está irritado | | | | | |
| 39 Sei o que fazer se o meu bebê parar de respirar | | | | | |
| 40 Fico preocupada a pensar se serei capaz de perceber as necessidades do meu bebê | | | | | |
| 41 Quando preciso de sair com o meu bebê, consigo vesti-lo de acordo com as condições do tempo | | | | | |