



escola superior de
enfermagem
de coimbra

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

Perceção de autoeficácia parental e estado emocional das mães de recém-nascidos prematuros, no primeiro mês após a alta da UCIN

Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque

Coimbra, novembro de 2019



escola superior de
enfermagem
de coimbra

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

Perceção de autoeficácia parental e estado emocional das mães de recém-nascidos prematuros, no primeiro mês após a alta da UCIN

Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque

Orientador: Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro

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

Coimbra, novembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Aos Recém-Nascidos Prematuros e suas Famílias, que devolvem em dobro aquilo que tento dar, tornando possível a realização desta dissertação.

Ao Professor Doutor Manuel Gameiro, pela sua infindável paciência, preciosa partilha de saber e disponibilidade.

À Senhora Enfermeira Chefe e Colegas da Neonatologia do CHTV, pelo encorajamento que foram dando ao longo de todo o processo.

À minha Mana S, que não deixa a distância limitar a nossa amizade.

Ao Ruben, por me apoiar e ajudar em todas as etapas, incondicionalmente, com gestos e palavras reconfortantes.

Ao meu Mano Tó, o melhor de todos, e aos meus Pais, por acreditarem sempre em mim.

Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDPPE – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

EPP – Euro-Peristat Project

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

IBM SPSS – Statistical Package for Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

EPAEPM – Escala de Perceção de Autoeficácia da Parentalidade Materna

RN – Recém-Nascido

UCIN – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

PAP – Perceção de Autoeficácia Parental

EE – Estado Emocional

RESUMO

Enquadramento: O internamento de recém-nascidos (RN) prematuros pode estar associado a dificuldades e emoções negativas das suas mães. Contudo, pouco se sabe acerca das respetivas experiências após a alta, tanto ao nível da *Perceção de autoeficácia parental (PAP)* como ao seu *Estado emocional (EE)*, nomeadamente depressão, face as exigências do seu novo papel. Estas experiências subjetivas podem condicionar as suas capacidades de prestação de cuidados.

Objetivos: Analisar a *PAP* e o *EE* das mães de RN prematuros, assim como a relação entre ambos. Analisar a relação entre a *PAP* ou o *EE* e variáveis obstétricas e neonatais, sociodemográficas, e situacionais, no primeiro mês após a alta.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal, com uma amostra de 33 mães. Os dados foram obtidos através de autorrelato escrito, com um questionário que incluía a Escala de Perceção de Autoeficácia da Parentalidade Materna e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. A análise foi efetuada com o *software* IBM SPSS Statistics 24.

Resultados: As mães têm, em média, uma *PAP* elevada, sendo que somente 18.18% indicou uma *PAP* razoável. Há menor *PAP* relativamente às dimensões *Suscitar Comportamento* e *Ler Comportamento*. Quanto ao *EE*, a maioria não está em risco de sofrer de depressão. Contudo, 15.15% estão em risco e 24.24% das mães provavelmente sofrem de depressão. Encontraram-se relações negativas com significado estatístico entre a Satisfação com a interação com o filho e o *EE*, a Satisfação com o apoio familiar e o *EE*, e a dimensão *Tomar Conta* e o *EE*.

Conclusão: A avaliação da *PAP* permitiu identificar dificuldades das mães a nível do *Suscitar Comportamento* e do *Ler Comportamento*, pelo que se devem adequar os cuidados de enfermagem. É fundamental a identificação e intervenção em situações de risco, e de depressão pós-parto, permitindo a promoção tanto da segurança, como da saúde, das mães e dos RN prematuros. Sugere-se envolver mais a família (mãe, pai e avós) nos cuidados de modo a potenciar a interação com o RN e o apoio familiar.

Palavras-chave: Autoeficácia materna, Depressão Pós-Parto, Recém-Nascido Prematuro, Mães

ABSTRACT

Background: The hospitalization of premature newborns (NB) may be linked to difficulties and negative maternal emotions. However, little is known about their mothers' experiences after discharge, concerning their level of *Perceived parental self-efficacy (PMS)* and concerning their *Emotional State (ES)*, namely depression, regarding the demands of their new role. These subjective experiences may limit their ability to effectively take care of their child.

Aims: To analyse the *PMS* of premature NB' mothers, the *ES* of those mothers, and the association between both. To analyse the association between *PMS* or *ES* and obstetric and neonatal, sociodemographic and situational variables, in the first month post-discharge.

Methods: Quantitative, descriptive-correlational and transversal study, with a sample of 33 mothers. The data was collected through written self-report, with a questionnaire that included the Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy tool and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The analysis of the data was made using the IBM SPSS Statistics 24.

Results: The mothers have, on average, a high *PMS*. Only 18.18% indicated a reasonable *PMS*. There's a lower *PMS* regarding the *Reading behaviour* and *Evoking behaviour* factors. Regarding the *ES*, most mothers aren't at risk of depression. However, 15.15% are at risk and 24.24% probably suffer with depression. It was found a negative relation with statistical significance between the Satisfaction with the interaction with their child and *ES*, Satisfaction with family support and *ES*, and the *Care taking procedures* factor and *ES*.

Conclusion: The assessment of the *PMS* allowed the identification of the mother's difficulties regarding *Reading behaviour* and *Evoking behaviour*, so the nursing care must be adjusted accordingly. The identification and intervention when there's risk and there is suffering with postnatal depression is essential, enabling the promotion of both the safety and health, of mothers and premature NB. We suggest the involvement of family (mother, father and grandparents) in care, so that they can interact more with the NB and provide family support.

Keywords: Maternal Self Efficacy, Postpartum Depression, Premature Infant, Mothers

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 33).....	46
Tabela 2 Caracterização obstétrica e neonatal da amostra (n= 33).....	47
Tabela 3 Caracterização situacional da amostra (n=33).....	48
Tabela 4 Classificação dos pontos das dimensões e do total da EPAEPM.....	50
Tabela 5 Resultados obtidos para a consistência interna da EPAEPM (n=33)	51
Tabela 6 Resultados obtidos para a consistência interna da Escala EDPPE (n=33).....	52
Tabela 7 Testes de Normalidade da Escala EPAEPM e da EDPPE.....	53
Tabela 8 Caracterização da Autoeficácia parental percebida (n=33)	58
Tabela 9 Caracterização do Estado emocional (n=33).....	59
Tabela 10. Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida e o Estado emocional das mães (n=33).....	60
Tabela 11 Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e a idade da mãe (n=33)	60
Tabela 12 Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo Habilitações literárias e Zona de Residência (n=33)	61
Tabela 13 Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Paridade e Tipo de parto (n=33)	62
Tabela 14 Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e a Idade gestacional e o Peso à nascença (n=33)	63
Tabela 15 Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e o Tempo de internamento e o Tempo após a alta (n=33).....	63
Tabela 16 Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo o Tipo de aleitamento (n=33).....	64
Tabela 17 Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Dificuldade nos cuidados e a Satisfação com a preparação para a alta (n=33).....	65
Tabela 18 Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Satisfação com o apoio familiar e a Satisfação com a interação com o filho (n=33).....	66
Tabela 19 Comparação das pontuações da EPAEPM do presente estudo com as pontuações totais obtidas por outros autores	70

Tabela 20 Comparação das pontuações das dimensões da EPAEPM do presente estudo com as pontuações obtidas por outros autores	71
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL E TEÓRICO	19
1. SER MÃE DE UM RN PREMATURO: UM PROCESSO ADAPTATIVO COMPLEXO	21
2. ENVOLVIMENTO E PREPARAÇÃO DAS MÃES PARA O PAPEL MATERNAL	27
2.1. AQUISIÇÃO DA CONFIANÇA E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL	31
2.2. ESTADO EMOCIONAL MATERNO NO PÓS-PARTO	32
3. APÓS A ALTA	37
CAPÍTULO II. METODOLOGIA	41
4. O ESTUDO	43
4.1. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	43
4.2. VARIÁVEIS	43
4.2.1. Variáveis centrais	43
4.2.2. Variáveis independentes	44
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	45
4.3.1. Caracterização da amostra	46
4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	49
4.4.1. Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna	49
4.4.2. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	51
4.5. ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS.....	52
4.6. MEDIDAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS	53
CAPÍTULO III. RESULTADOS	55
5. RESULTADOS	57
5.1. NÍVEL AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PELAS MÃES DE RN PREMATUROS	57
5.2. ESTADO EMOCIONAL DAS MÃES DE RN PREMATUROS	59
5.3. RELAÇÃO ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA E O ESTADO EMOCIONAL.....	59

5.4. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL	60
5.5. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL.....	62
5.4. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SITUACIONAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL	63
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO	67
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	69
6.1. NÍVEL DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA.....	69
6.2. DIMENSÕES DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PIOR PONTUADAS	70
6.3. ESTADO EMOCIONAL.....	72
6.4. RELAÇÃO ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA E O ESTADO EMOCIONAL.....	72
6.5. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL	73
6.6. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL.....	74
6.7. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SITUACIONAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL	74
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II - Declaração de consentimento esclarecido

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Administração e Comissão de Ética do CHTV

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro apresenta questões e problemas cruciais à redução da mortalidade neonatal a nível global. São consideradas pré-termo todas as crianças nascidas vivas antes de completarem 37 semanas de gestação ou antes de 259 dias, desde o primeiro dia da data da última menstruação da mãe. Em Portugal, a taxa de nascimentos pré-termo é semelhante à média europeia, correspondendo a cerca 8%: 1% são prematuros com menos de 32 semanas e 7% nascem entre 32 e 36 semanas (Chawanpaiboon et al., 2018; Euro-Peristat Project, EPP, 2018; Instituto Nacional de Estatística, INE, 2018; March of Dimes et al., 2012).

Este tipo de nascimento pode ocorrer devido a vários motivos. A maioria ocorre espontaneamente, no entanto, a nível global, cerca de um terço dos partos prematuros ocorrem por decisão médica, associado a complicações como restrições do crescimento intrauterino, complicações maternas, gravidezes múltiplas ou pré-eclâmpsia severa. Um nascimento prematuro pode ter consequências de vários tipos: individuais, devido ao elevado risco de mortalidade, morbidade e de alterações do desenvolvimento motor e cognitivo, como também comunitários, ou seja, na família alargada, economia e sociedade (Chawanpaiboon et al., 2018; EPP, 2018; March of Dimes et al., 2012).

A nível comunitário, este tipo de nascimentos também pode acarretar custos porque o RN pré-termo é frequentemente internado numa unidade especializada, denominada Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Consoante o seu grau de prematuridade, pode ser um internamento longo que, juntamente com as circunstâncias envolventes, podem ter um impacto negativo nos pais. Contudo, a posterior transição do hospital para casa também é um processo complexo, com os seus desafios. Caso os pais não consigam ultrapassar as dificuldades e adaptarem-se ao novo ambiente, pode implicar custos elevados, tanto em saúde como financeiros (Adama, Bayes, & Sundin, 2016; Boykova, 2016).

Relativamente a esta transição para o domicílio, Boykova (2016) fez uma revisão da literatura, a partir da qual salientou cinco temas relativos aos desafios da transição do hospital para casa: perturbação do desenvolvimento do papel parental, desenvolvimento distorcido da relação pais-filho, consequências psicológicas do parto pré-termo e da hospitalização infantil, aprendizagem relativa à prestação cuidados e à parentalidade, e a necessidade de apoio social e profissional.

Contudo, pouco se sabe acerca das experiências dos pais a cuidar desses RN em casa, após a alta, tanto relativamente ao seu nível de confiança como ao seu *Estado emocional (EE)*.

Apesar de a alta ser preparada a partir da admissão, os pais têm necessidades de informação e treino diferentes e estão num ambiente controlado, acompanhados pelos profissionais de saúde durante todo o dia. No entanto, no domicílio, não têm esse apoio presencial e o cuidar destas crianças requererá igualmente habilidade e confiança neste ambiente diferente. Como o grau de confiança maternal está relacionado com a *Perceção de autoeficácia parental (PAP)*, e esta poderá ter, por sua vez, algum tipo de relação com o seu *EE*, é compreensível a relevância desta temática (Adama et al., 2016; Bandura, 1977; Cheng et al., 2018; Premji et al., 2018; Shani-Sherman, Dolgin, Leibovitch, & Mazkereth, 2018).

Relativamente ao *Estado emocional*, há várias investigações que sugerem que o período perinatal será uma época de elevado risco para problemas psicológicos, podendo os sintomas ser mais acentuados em mães de RN prematuros um mês após o parto. A condição clínica mais prevalente é a depressão pós-parto, que poderá estar associada a sentimentos negativos como a culpa, vergonha, altos níveis de stress, ansiedade, raiva e sintomas depressivos. Estes últimos podem ter consequências graves no bem-estar da mãe, no desenvolvimento da criança e mesmo na relação entre ambos, tanto a curto como a longo prazo (Ionio et al., 2016; Medina et al., 2018; Monteiro, Fonseca, Pereira, Alves, & Canavarro, 2019; Roque, Lasiuk, Radünz, & Hegadoren, 2017; Shani-Sherman et al., 2018; Twohig et al., 2016).

Mães com depressão podem inclusivamente demonstrar menos confiança e uma perceção de inferior habilidade na prestação de cuidados do que mães sem sintomas depressivos, o que porá em causa a sua capacidade e habilidade para prestar os cuidados necessários ao RN. Essa habilidade está relacionada com a sua *PAP*, que corresponde à crença dos pais na sua habilidade para executar o papel parental, com sucesso. Evidentemente, esta perceção é importante, pois, juntamente com as expectativas, incentivos adequados e habilidade, vai determinar a sua ação, ou seja, como se vai comportar face a um obstáculo ou tarefa (Bandura, 1977; Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker, & Vohr, 2016; Premji et al., 2018; Shani-Sherman et al., 2018; Wittkowski, Garrett, Calam, & Weisberg, 2017).

No caso da *PAP* dos pais de recém-nascidos prematuros, encontram-se alguns estudos em que os autores concluem que a *PAP* vai aumentando significativamente durante o seu internamento. Esta situação é mais evidente em pais pela primeira vez, e será influenciada pelas oportunidades de ensino e participação parental nos cuidados ao seu RN, sendo que a confiança estará mais

elevada cerca de um mês após o parto. No entanto, relativamente a esta percepção no domicílio há poucos dados, sendo que maior parte é relativa ao internamento, onde existe apoio profissional constante e programas de aprendizagem de preparação para a alta que apoiam e ajudam os pais a esclarecer dúvidas (Cheng et al., 2018; Peyrovi, Mosayebi, Mohammad-Doost, Chehrzad, & Mehran, 2016; Porat-Zyman, Taubman-Ben-Ari, & Spielman, 2017; Ribeiro & Kase, 2017).

É pertinente compreender em que nível se encontra a *PAP* no domicílio, onde os pais dependem deles próprios como cuidadores primários do seu RN, podendo esta, inclusivamente, ser um bom preditor de uma parentalidade positiva. Com efeito, a literatura sugere que a *PAP* dos pais estará relacionada com o seu conhecimento (relativamente ao crescimento, desenvolvimento do RN, sono, gestão da temperatura e comportamento do bebé), as suas habilidades (alimentação, tipo de leite, como acalmar), interações com o RN, percepção de risco de reinternamento, satisfação com as práticas de preparação para a alta, experiência anterior, interações relatadas das mães com os enfermeiros de saúde pública e apoio social percebido (Cheng et al., 2018; Premji et al., 2018; Tristão, Neiva, Barnes, & Adamson-Macedo, 2015).

Em suma, se a mãe souber o que fazer numa determinada situação, vai ter a convicção de que é capaz de realizar uma tarefa específica, neste caso, relativa ao cuidado do seu RN, tendo assim a motivação e a segurança necessárias para exercer o seu papel. Se, pelo contrário, não tiver uma estratégia para lidar com a situação, considerando-a intimidante, ela vai temê-la e evitá-la. Deste modo, é possível dizer de que a confiança está relacionada com a autoeficácia percebida. Isso implica que as mães, consoante o seu *EE* e a sua *PAP*, vão criar expectativas que determinam o esforço que vão aplicar face a obstáculos ou experiências adversas (Bandura, 1977; Premji et al., 2018; Shani-Sherman et al., 2018).

Face ao problema exposto, surgiu o presente trabalho de investigação, com a finalidade de servir de base para o planeamento e preparação da alta de uma UCIN, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito, através do maior conhecimento acerca do *EE* e da *PAP* destas mães, após a alta. Este tem como objetivos:

- Analisar a *Percepção de autoeficácia parental* das mães de RN prematuros, no primeiro mês após a alta de uma UCIN;
- Analisar o *Estado emocional* das mães de RN prematuros, no primeiro mês após a alta;
- Analisar a relação entre a *Percepção de autoeficácia parental* das mães e o seu *Estado emocional*, no primeiro mês após a alta;

- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas com a *Percepção de autoeficácia parental* das mães e o seu *Estado emocional*, no primeiro mês após a alta;
- Analisar a relação das variáveis obstétricas e neonatais, com a *Percepção de autoeficácia parental* das mães e o seu *Estado emocional*, no primeiro mês após a alta;
- Analisar a relação das variáveis situacionais, com a *Percepção de autoeficácia parental* das mães e o seu *Estado emocional*, no primeiro mês após a alta.

A presente dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento conceptual e teórico de partida e é constituído por três subcapítulos. Começa com um subcapítulo relativo ao processo adaptativo complexo que é ser mãe de um RN prematuro. Seguidamente, é abordado o envolvimento e preparação das mães para o papel parental, que inclui a aquisição da confiança e *Percepção de autoeficácia parental* e uma abordagem ao *Estado emocional maternal* no pós-parto. Por último, aborda-se o após alta de uma UCIN.

No segundo capítulo é explanada a metodologia da investigação, através da descrição do tipo de estudo, questões e hipóteses de investigação, variáveis, população e amostra, assim como os componentes do instrumento de colheita de dados. Também se descreve aspetos formais e éticos e as medidas estatísticas utilizadas.

Seguidamente, surge o capítulo três, onde se expõem os resultados obtidos, organizados por respostas às questões de investigação e hipóteses colocadas. Com o capítulo quarto, faz-se uma discussão dos resultados, com a mesma organização, confrontando com os resultados de outras investigações.

Este trabalho termina com uma conclusão, em que se sintetizam resultados, conclusões e contributos para a enfermagem de saúde infantil e pediátrica, além das implicações para a prática e para futuras investigações, e sugestões.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1. SER MÃE DE UM RN PREMATURO: UM PROCESSO ADAPTATIVO COMPLEXO

Para a maioria das famílias, o nascimento de uma criança é considerado um processo natural e uma experiência positiva. Quando uma mulher é mãe, principalmente pela primeira vez, necessita de se ajustar a mudanças no seu autoconceito, nas relações sociais e nos novos sentimentos que foram provocados pelo nascimento do seu filho (Razmus, 1993; Roy, 2009).

Não é por isso de estranhar que o nascimento de um filho corresponda a uma transição, neste caso desenvolvimental. É um tipo de transição normalmente associado a mudanças no ciclo vital, pelo que é o alvo de maior atenção por parte da enfermagem. Mas também se considera uma transição situacional, por estar relacionada com acontecimentos que levam a alterações de papéis (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994).

Uma transição corresponde a uma passagem ou uma mudança de um estado, condição ou local para outro. Portanto, neste caso, a transição significa que um casal que tem de reorganizar prioridades, ajustar os seus papéis e definir a sua identidade parental. O modo como esta ocorre difere quando se trata de um nascimento prematuro, pois o desenvolvimento da ligação emocional entre a mãe e o seu filho, que decorreria durante a gravidez, acaba por ser perturbado tanto pelo próprio nascimento inesperado como pelas emoções intensas provocadas por este. Por isso, será uma transição e um processo adaptativo ao papel parental com características próprias, que poderá ser particularmente mais crítico se este for o primeiro filho, em que os pais não terão qualquer experiência prévia (Boykova, 2016; Medina et al., 2018; Meleis, 2010; Provenzi et al., 2016; Schumacher & Meleis, 1994).

Se os pais já tiverem experiência prévia e conhecimento acerca da prematuridade e das suas implicações, é possível que sintam menos stresse e outro tipo de emoções negativas associadas à incerteza e expectativas irrealistas. Mesmo assim, a antecipação do nascimento faz com que não haja tempo suficiente para se adaptarem, nem familiarizarem com a ideia de que terão um filho, havendo necessidade de antecipar o seu papel. Portanto, dado que o bebé nasce antes de uma data prevista, os pais acabam por não viver rituais de passagem como “chá de bebé”, o que faz com que estes não se acostumem à ideia de que vão ser responsáveis por uma criança (Boykova, 2016; Medina et al., 2018; Meleis, 2010, 2012; Provenzi et al., 2016).

As circunstâncias são de tal forma inesperadas e, por vezes, chocantes que a mãe de um RN prematuro pode inclusivamente recusar ver, inicialmente, o seu filho. Talvez aconteça essencialmente por medo, por não saber se este irá sobreviver, ou mesmo por o seu aspeto físico não corresponder ao que imaginou. É possível que também hesite em tocar-lhe, com medo de o magoar. Juntamente com o facto de que as crianças pré-termo são muitas vezes menos ativas e interativas do que os seus pais imaginariam, frequentemente limitadas ao espaço da incubadora, com vários tubos e equipamentos desconhecidos à volta, os pais podem sentir que o seu envolvimento é muito reduzido. Para além disso, como a mãe, habitualmente, acaba por ter alta antes do seu filho, quiçá provoque uma sensação de “não ser mãe”, o que poderá ter implicações na relação que cria com a criança (Boykova, 2016; Heydarpour, Keshavarz, & Bakhtiari, 2017; Medina et al., 2018; Meleis, 2010; Vanier, 2016).

Estas particularidades associadas frequentemente à prematuridade são consideradas inibidoras de uma transição adequada. Estas singularidades levam a uma dificuldade adaptativa que pode resultar num atraso na assunção ou aquisição do papel parental, num risco de uma relação alterada com o seu filho e mesmo numa manifestação de sintomas depressivos (Boykova, 2016; Heydarpour et al., 2017; Medina et al., 2018). Daí ser uma temática de estudo relevante para a enfermagem.

Esta adaptação foi também alvo de análise por parte de Calista Roy (2009), que criou um modelo que pode ser usado para explicar o ajustamento materno após o nascimento de uma criança prematura. Segundo essa autora, a pessoa é um sistema holístico adaptável que é suscetível a estímulos, dos quais resulta uma resposta que é mediada por mecanismos de resistência, cognator e regulador.

O mecanismo regulador usa processos fisiológicos, geneticamente pré-determinados que ocorrem sem intervenção humana, como respostas químicas, neurológicas e endócrinas para lidar com o ambiente em mudança. É o mecanismo que entra em ação quando uma situação de perigo desencadeia uma resposta hormonal que fornece a energia necessária para o indivíduo escapar (*Idem*, 2009).

O subsistema cognator é um mecanismo que se aprende através da repetição, envolve processos cognitivos e emocionais que interagem com o ambiente. Numa situação de perigo, o medo que faz com que a pessoa processe a situação de uma determinada forma e tome uma decisão acerca de como agir. Mais concretamente, as emoções das mães e o significado que dão a terem um RN prematuro é algo individual, podendo inclusivamente implicar o luto de uma criança que

imaginaram cuidar e criar e que muitas vezes não corresponde à realidade. São estas emoções que determinam, em parte, a sua ação (Meleis, 2012; Roy, 2009; Schumacher & Meleis, 1994).

Por último, o mecanismo de resistência está relacionado com a forma como um grupo se relaciona com a estabilidade e mudança. Portanto, numa família com uma determinada estrutura de valores e atividades diárias, estes vão igualmente influenciar os seus membros na sua forma de agir. Os grupos também têm processos para responder ao ambiente através da inovação, por exemplo, estabelecendo um plano estratégico com objetivos para atingir a transformação (Roy, 2009).

Estes comportamentos, segundo Roy (2009), manifestam-se em quatro modos, que estão interligados e são individuais ou pessoais. Encontram-se estes modos tanto em indivíduos como em grupos, sendo que um determinado estímulo pode desencadear um ou mais modos, ou um comportamento particular pode ser indicativo de adaptação em mais do que um modo. Estes são: fisiológico-físico, desempenho de papel, interdependência e identidade de autoconceito.

O modo físico-fisiológico diz respeito ao modo de interação dos indivíduos com o ambiente, de modo a satisfazer as necessidades humanas básicas (*Idem*, 2009).

O desempenho de papel corresponde aos papéis primários, secundários e terciários que o indivíduo desempenha na sociedade. Por exemplo, no caso de uma mãe, os papéis primários poderão corresponder a atividades de cuidados pessoais, secundários a cuidados ao RN prematuro e terciários a atividades sociais e comunitárias. Distingue-se do modo de interdependência, pois este está relacionado com a integridade relacional, ou seja, o sentimento de segurança, amor, respeito e valor, relacionados com os outros elementos significativos de uma pessoa (familiares, amigos ou até entidades divinas de referência) e o seu sistema social de apoio (*Idem*, 2009).

No presente contexto, destaca-se a identidade de autoconceito, por ser de particular relevância: está ligado à necessidade de “saber que se é” e como agir em sociedade. O autoconceito é a avaliação que a pessoa faz de si mesma, e é composto por perceções do ser físico e do ser pessoal, pelo que cada indivíduo tem uma perceção própria, diferente e única. São estas perceções que se tornam um ponto de referência para a forma como o indivíduo age (Razmus, 1993; Roy, 2009).

Implica sentimentos e processos cognitivos que envolvem a aparência, habilidades prévias, atitude e emoções. Uma ameaça ao autoconceito é ilustrada numa situação em que a mãe está a vivenciar a gravidez, a maternidade e a própria prematuridade do RN. Assim, o que uma mãe

sente, relativamente ao seu autoconceito, pode refletir-se no seu bem-estar psicológico e levar a respostas que dificultam a sua adaptação (Razmus, 1993; Roy, 2009).

Por esse motivo, é essencial organizar estratégias nas UCIN que desenvolvam a confiança e estratégias de *coping* adequadas. Estas estratégias dependem do nível de entendimento de diferentes processos inerentes ao diagnóstico, do tratamento, da recuperação e das possíveis limitações permanentes, que fazem com que seja necessário ir desenvolvendo capacidades para lidar com o acontecimento. Nesta perspetiva, a implementação de um programa de empoderamento pode ser eficaz para melhorar o conhecimento, atitude e *Perceção de autoeficácia parental* ou *PAP* das mães de RN prematuros (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000; Parhiz, Helal Birjandi, Khazaie, & Sharifzadeh, 2017).

Para além do conceito de indivíduo, também há outros conceitos centrais definidos por Roy (2009), no seu modelo de adaptação que são relevantes explicar, tais como a saúde, enfermagem e ambiente.

A saúde é vista como um estado e um processo de ser e de se tornar um todo que reflete a adaptação da pessoa ao interagir com um ambiente em mudança. Por isso, o objetivo de enfermagem é a promoção da adaptação, tanto dos indivíduos como dos grupos, nos quatro modos adaptativos já referidos, contribuindo assim para a saúde, qualidade de vida e morte com dignidade. Isto, através da avaliação do comportamento e dos fatores que influenciam a capacidade adaptativa, e potenciando fatores ambientais favoráveis (*Idem* , 2009)

O ambiente, que constitui tanto o mundo interior, como o exterior da pessoa, estimula-a a conceber essas respostas de adaptação. Os estímulos que derivam desse ambiente podem ser focais, confrontando a pessoa no imediato, contextuais, referindo-se a todos os outros estímulos que estão presentes e contribuem para o efeito do estímulo focal, ou residuais. Resumindo, o modelo de adaptação de Roy considera que a pessoa (individual ou coletiva) é um sistema adaptativo aberto e que as entradas nesse sistema são mediadas por estímulos, quer internos como externos, que provocam respostas que a levam a adaptar-se, ou não: o nível de adaptação será determinado pelo efeito de todos estes estímulos e depende do indivíduo e dos seus mecanismos de enfrentamento (Razmus, 1993; Roy, 2009).

No contexto do nascimento prematuro de um filho, para a mãe, o ambiente mudou devido ao nascimento de uma nova criança (estímulo focal) e o ajustamento vai ser mais difícil por esta ser prematura (estímulo contextual), visto que requer respostas adaptativas incomuns. Este tipo de nascimento leva frequentemente à necessidade de internamento do RN, pelo que se torna

num evento de crise importante para a família, que afeta significativamente a qualidade de vida dos pais (Rasmus, 1993; Roy, 2009).

Frequentemente os pais comparam a admissão numa UCIN a um turbilhão emocional, com sentimentos como medo, raiva e choque. No entanto, simultaneamente, a experiência também é descrita como um “milagre surpreendente”, relacionado com sentimentos de esperança e felicidade, pelo nascimento da criança (Provenzi et al., 2016).

Já o internamento em si, está associado a estímulos como: um longo internamento numa UCIN, percepção do RN como frágil e diferente, a sensação de incapacidade de gerar uma criança de termo saudável, separação dos neonatos dos seus pais e incapacidade de concretizar o papel maternal imaginado. Isto pode provocar grandes tensões e emoções negativas, impedir uma relação próxima com a criança, ter um impacto negativo no desenvolvimento do RN e mesmo influenciar as estratégias de *coping* dos pais após a alta (M. Galeano & Carvajal, 2016; Hsiao, Pitetti, & Smith, 2017; Parhiz et al., 2017).

É assim importante compreender que atravessar um processo de transição inclui cinco propriedades: a tomada de consciência, ou seja, a percepção e reconhecimento da experiência da transição, pois sem, esta as mães não vão mobilizar os recursos necessários para a sua adaptação; o compromisso, relacionado com o nível de envolvimento da pessoa; as mudanças nas identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de conhecimento assim como o confronto com as diferenças; o intervalo de tempo em que decorre, mesmo que não haja um limite específico de tempo para determinadas experiências; e os pontos críticos e eventos marcantes, como por exemplo, o nascimento do filho (Meleis, 2010).

Face ao exposto, compreende-se a razão do nascimento de um filho implicar por si só um processo de transição para a parentalidade, que pode iniciar-se durante a gravidez ou mesmo após o nascimento. As próprias mães podem inclusivamente relatar, da sua perspectiva, alguns fatores que podem afetar a sua adaptação, e estes são essencialmente de duas categorias gerais: fatores sociais e fatores individuais. Os fatores sociais incluem a existência de apoio da família, dos profissionais de saúde, de outras mães nas mesmas condições, e se se sentem vítimas de preconceito por a criança não ter nascido de termo. Já os fatores individuais incluem sensações descritas como sendo um “turbilhão emocional”, a *Percepção de autoeficácia parental*, interação com os profissionais de saúde, interação com o próprio filho e uma percepção de alienação, relacionada com a falta de informação, ambiente e equipamento da unidade (Heydarpour et al., 2017).

Conhecendo os referidos fatores, os profissionais de saúde, tal como os enfermeiros, devem identificar se as mães estão a viver uma transição saudável ou se, pelo contrário, estão vulneráveis ou em risco. Para isso, têm de fazer uma avaliação, analisando quer o ambiente como a própria personalidade e o meio sociocultural das mesmas, inferindo os aos fatores que podem interferir na transição e impedir ou permitir que a mesma seja saudável. Posteriormente, devem intervir para ultrapassar as dificuldades identificadas, manipulando os estímulos, de modo a eliminar ou atenuar estímulos negativos, facilitando a adaptação (Garfield, Lee, & Kim, 2014; Meleis, 2010, 2012; Roy, 2009; Schumacher & Meleis, 1994).

O facto de os profissionais de saúde nestas unidades organizarem o seu trabalho tendo em conta os Cuidados Centrados na Família (CCF) é benéfico a longo prazo para ajudar os pais nesta etapa. Essencialmente porque permitem oportunidades de interação e envolvimento que, de outra forma, podem fazer com que o papel maternal seja percecionado como diminuído e mesmo distanciado (Craig et al., 2015; Medina et al., 2018; Parhiz et al., 2017; Schumacher & Meleis, 1994).

Após a intervenção, importa perceber se a transição foi bem-sucedida. A habilidade de um indivíduo se ajustar efetivamente a estímulos depende do seu nível de adaptação, das exigências situacionais e dos processos de vida pré-existentes. Os processos de vida são conceptualizados como sendo integrados, compensatórios e comprometidos. Integrado é um nível de adaptação em que as estruturas e funções de vida trabalham em conjunto para responder às necessidades humanas. Por outro lado, compensatório é um nível de adaptação em que os mecanismos de defesa foram ativados por um desafio aos processos de vida integrados. Por fim, comprometido é o resultado de processos de vida compensatórios e integrados inadequados, traduzindo-se num problema de adaptação. Se um processo integrado muda para um compensatório, então a pessoa vai tentar reestabelecer uma adaptação integrada. Se não conseguir, a adaptação fica comprometida (Roy, 2009).

O nível de adaptação conseguido depende então do efeito combinado dos estímulos ambientais, da própria pessoa e do modo como enfrenta as situações. As respostas serão adaptativas se promoverem a integridade dos sistemas do indivíduo, e ineficazes caso não o façam. No caso de uma mãe de um RN prematuro, espera-se que, ao fim de um internamento, esta se tenha ajustado à nova realidade e tenha adquirido novas capacidades para lidar tanto com a transição para a parentalidade e como com as circunstâncias da mesma, exercendo o seu papel com segurança, mesmo no domicílio (Meleis et al., 2000; Roy, 2009).

2. ENVOLVIMENTO E PREPARAÇÃO DAS MÃES PARA O PAPEL MATERNAL

A parentalidade implica tomar conta, neste caso do RN, mas com características específicas. A mãe assume a responsabilidade daquilo que entende ser “mãe”, tem comportamentos que permitem facilitar a integração de um RN na unidade familiar, tem comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, e interioriza as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (International Council of Nurses, 2019).

No entanto, segundo Mercer (2004), tornar-se mãe é mais do que assumir apenas um papel. A maternidade envolve uma grande mudança na vida da mulher, que não termina e está continuamente a evoluir. Deste modo, a autora propôs que não se use a expressão “obtenção do papel maternal”, porque tornar-se mãe sugere um processo, ou seja, um acontecimento e um processo contínuo na vida da mulher e do “ser mãe”, enquanto que o conceito de “obtenção de um papel” sugere uma finalidade.

Essa autora (2004, 2006) criou um modelo que coloca as interações entre a mãe, criança e pai no centro dos ambientes interativos e vivos, que são a família e os amigos, a comunidade e a sociedade em geral. Neste modelo, as etapas que levam à assunção da identidade maternal são: empenho e preparação para uma criança, durante ou mesmo antes da gravidez; conhecer a criança, praticar cuidados à mesma e restauração física, durante as primeiras semanas após parto; aproximação de uma nova normalidade, durante os primeiros 4 meses; e integração da identidade maternal, sensivelmente aos 4 meses. No entanto, há uma noção que as etapas se sobrepõem e que variáveis maternas, infantis, familiares e ambientais vão influenciar a sua duração.

Segundo a mesma autora (2004, 2006), na primeira etapa, relacionada com a gravidez, a mãe começa a desenvolver uma ligação ao seu filho, que aumenta com a existência de movimentos fetais, imaginando como será ser mãe e procurando apoio e aprovação familiar. Mas é durante a segunda etapa que a mãe conhece e começa a ler os sinais do seu filho, embora o seu estado físico pós-parto possa complicar este progresso. No entanto, se a criança nasce pré-termo, o tempo necessário para esta etapa prolonga-se consideravelmente, o que pode ter implicações na forma como a mulher vive a maternidade.

Quando se encontra na terceira fase, em que se aproxima de uma nova “normalidade”, a mãe ganha mais confiança no cuidar do seu filho, identifica-se com o seu companheiro como alguém com quem partilha a parentalidade, estabelece novas rotinas familiares, define responsabilidades e limites familiares. O seu prazer na interação mãe-filho, amor pelo seu filho e sentimentos de competência são evidentes quando atinge a identidade maternal na quarta fase (*Idem*, 2004, 2006).

O progresso de uma mãe, de etapa em etapa, como já foi referido, depende não só da sua experiência de vida, das características da criança, das características da mãe e do ambiente em que esta se insere, mas também da intervenção dos enfermeiros. A comunicação destes com a mãe na promoção desta adaptação tem um papel fulcral, pelo que, numa UCIN, esta comunicação inicia-se com a admissão (Meleis, 2010, 2012; Mercer, 2004, 2006; Razmus, 1993; Roy, 2009).

Nas UCIN, os enfermeiros, especialmente os Especialistas no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, prestam cuidados de nível avançado, com segurança e competência, na avaliação da família e respondendo às suas necessidades, no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Para isso, abordam os cuidados tendo em conta um paradigma orientado para o binómio pais-filho, agindo a partir da filosofia de cuidados que destaca os CCF. Isso implica que, como o RN depende dos cuidados da família para suprimir as suas necessidades, os pais, sendo os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, são um alvo de intervenção (Ingram et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010, 2011b).

Através desta conceção, valorizam-se os problemas dos membros da família, além dos problemas da criança, reconhecendo-se os pais como os principais prestadores de cuidados da criança, um ser vulnerável. Por isso, os enfermeiros devem capacitar e empoderar os pais em todas as oportunidades, maximizando as interações no tempo limitado disponível (Mercer, 2006; OE, 2010).

No entanto, é preciso ter em conta que, embora os CCF sejam usados para descrever um modelo de cuidados, que reconhece a importância do papel dos pais na hospitalização do seu filho, mesmo em unidades em que este é aplicado, há relatos de mães que poderão sentir-se, mesmo assim, limitadas neste ambiente. De tal forma que poderão sentir desconforto e ansiedade na interação com os profissionais de saúde. Portanto, apesar da retórica relativamente à prática dos CCF nas UCIN, os relatos das mães nem sempre confirmam esta prática. Isso significa que é importante minimizar estas experiências ditas “limitadas”, melhorar as interações com as mães

e facilitar oportunidades para que as mães possam ser as cuidadoras principais (Finlayson, Dixon, Smith, Dykes, & Flacking, 2014).

Tendo por base este tipo de cuidados, deveria igualmente haver um envolvimento da família alargada para que esta prestasse um apoio mais qualificado e adequado à família, mas tal nem sempre acontece. A partilha de conhecimentos permitiria o acesso e inclusão da família alargada e que estes compreendessem as circunstâncias e as consequências do nascimento prematuro. Seria, essencialmente, o modo ideal para os avós, por exemplo, aprenderem a adequar o seu apoio, equilibrar o seu envolvimento e conhecer as suas limitações (Brødsgaard, Helth, LundAndersen, & Petersen, 2017; Frisman, Eriksson, Pernehed, & Mörelius, 2012).

É nestas e noutras áreas que a equipa de enfermagem revela estar numa posição única para ter um efeito positivo a longo prazo nas mães nesta transição e preparar as mães para a autonomia e sucesso no futuro, aproveitando todos os recursos ao seu dispor para munir as mães das estratégias e apoios necessários para o futuro. Aliás, além de todas as vantagens já descritas relativamente ao envolvimento materno e familiar, tendo em consideração a necessidade de mais recursos humanos nestas unidades, nomeadamente enfermeiros a participação materna ativa será também uma grande contribuição para o apoio e personalização dos cuidados neonatais (Mercer, 2006; Moradi, Arshdi-Bostanabad, Seyedrasooli, Tapak, & Valizadeh, 2018).

No entanto, para que exerçam o seu papel, é importante que os enfermeiros sigam o processo de enfermagem, começando pela avaliação individual, que vai permitir a planificação os cuidados que se manterão ao longo do internamento. Esta etapa é fundamental para conhecer a família da criança e as suas expectativas. Em função disso é que se prestarão cuidados ao longo do internamento, ou seja, através da realização e execução de um plano que vai sendo atualizado consoante seja necessário, no qual os pais são envolvidos com o objetivo de os preparar, para que eles próprios prestem os cuidados ao seu filho. Promove-se assim a sua autonomia, conferindo segurança e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do RN e da sua família, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados (OE, 2010, 2011a, 2011b).

Com o objetivo de promover essa continuidade, nas UCIN, a mãe costuma ser o membro ativo e principal, salvo casos de impossibilidade ou em que se manifeste outro tipo de vontade. Para isso, a mãe é preparada e treinada para conhecer o seu RN prematuro e prestar-lhe cuidados no internamento, com as suas particularidades e dificuldades, e posteriormente no domicílio, que pode ser igualmente desafiante. Mas é através da aquisição de habilidades que se vai conseguir

aumentar a autoeficácia maternal, reduzir a duração do internamento hospitalar, os custos em saúde, disponibilizar vagas para a admissão de outras crianças e reduzir a necessidade de reinternamento (Bastani, 2015; Casey, 1995; Garfield et al., 2014; Ionio et al., 2016; Moradi et al., 2018; Premji et al., 2018; Ribeiro & Kase, 2017).

O próprio modelo de parceria de cuidados de Casey (1995), recomendado pela OE (2011b, 2011a) e aplicado em várias UCIN, tem por base o reconhecimento e respeito pela perícia dos pais na prestação de cuidados ao seu filho. Assim, se algum progenitor quiser, pode estar presente, envolver-se e participar nos cuidados, até porque não existem limites à sua participação: os pais fazem parte da equipa, e a sua participação é a base dos cuidados de enfermagem neonatais modernos. Para que isso seja possível, entra-se num processo de comunicação e numa negociação flexível e contínua, tendo por base também o esclarecimento, o fornecimento de informações necessárias e o respeito pela sua vontade. Habitualmente, é o enfermeiro a providenciar apoio contínuo e a ajudar a família a tomar decisões informadas e a identificar seu papel nos mesmos, ao longo do internamento na UCIN.

Face a este envolvimento, é também possível comparar uma UCIN a um local de aprendizagem, visto que é onde as mães podem amadurecer as suas habilidades parentais e compreender como gerir a saúde da sua criança, interagindo com os profissionais de saúde. Nessas unidades, têm oportunidade para aprender, sob supervisão, atividades como banho, dar colo, retirar leite, tocar no RN e o método canguru. São atividades que funcionam simultaneamente como oportunidades para interagir com a criança e para aumentar a sua confiança parental e promover a maternidade, o que poderá ser um desafio para as mães (Provenzi et al., 2016).

Em suma, a aplicação deste tipo de práticas melhora o envolvimento parental nos cuidados ao seu filho prematuro, faz com que as mães se consciencializem do seu papel ativo e importante no desenvolvimento do seu filho, incluindo no controlo de doenças e nos próprios tratamentos. À medida que são envolvidas, as mães vão procurando ter mais destes momentos de proximidade do RN e acabam por valorizar grandemente os instantes em que conseguem prestar cuidados e estar a sós com os seus filhos, sem interrupção, mesmo que supervisionadas e numa unidade altamente especializada. É um processo que poderá levar ao aumento da capacidade de tomarem decisões informadas, à sua eventual autonomia para a prestação de cuidados no domicílio e, em simultâneo, aumentar a sua satisfação (Bastani, 2015; Craig et al., 2015; Ionio et al., 2016; Mäkelä, Axelin, Feeley, & Niela-Vilén, 2018).

2.1. AQUISIÇÃO DA CONFIANÇA E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL

A autoeficácia parental descreve a crença dos pais na sua habilidade para executar o papel parental com sucesso, distinguindo-se de conceitos como confiança, competência e mesmo autoestima parental, apesar de poder estar relacionado com estes. Ao contrário da confiança parental, que é estável ao longo do tempo, a percepção de autoeficácia depende da situação em que as pessoas se encontram. Por outras palavras, a confiança é inespecífica, não indica qual é o sentido dessa força, podendo o indivíduo afirmar que tem confiança de que vai falhar ao executar uma tarefa (De Montigny & Lacharité, 2005; Glidewell & Livert, 1992; Hess, Teti, & Hussey-Gardner, 2004; Wittkowski et al., 2017).

A percepção de autoeficácia inclui tanto a força da crença, como o sentido de afirmação da mesma, pelo que corresponde à crença que um indivíduo tem relativamente a conseguir produzir um determinado efeito. É determinada pelas expectativas de eficácia pessoal e é indicativa de como um indivíduo pode comportar-se, que estratégia de *coping* vai utilizar, se tentará executar uma tarefa, qual o esforço que coloca na mesma e quanto tempo persistirá face a obstáculos e experiências adversas (Bandura, 1977; Glidewell & Livert, 1992).

Tendo a Teoria de Autoeficácia de Bandura por base, Gist e Mitchell (1992) referem que, face a uma tarefa, primeiro há uma avaliação dos requerimentos para a tarefa, o que encoraja a reflexão sobre as habilidades necessárias para completar a tarefa com sucesso. De seguida, há uma análise de performances anteriores e atribuições das razões que levaram a decorrer daquela forma. Por último, há uma análise detalhada de fatores pessoais e situacionais para compreender os recursos e as barreiras à execução da tarefa.

Este processo tem por base a interpretação do próprio indivíduo relativamente à sua forma de atuar, no sucesso que conhece de outros ao executar essa tarefa, a sua resposta à persuasão social (tanto encorajamento como críticas) e o seu *Estado emocional (EE)*. Por exemplo, a nível pessoal, uma mãe com percepção de elevada autoeficácia parental imaginará cenários que funcionam como guias e apoios para a execução da tarefa, atribuirá os seus fracassos a um esforço insuficiente, enfrentará tarefas exigentes e ameaçadoras e preparar-se-á melhor para os desafios ocupacionais, tendo um maior sucesso. Já a nível situacional, é necessário ter em conta os desafios relacionados com a transição para a parentalidade: estes incluem criar uma criança e desenvolver relações interdependentes, com o sistema familiar e o extrafamiliar, como os serviços de saúde (Bandura, 1994).

Contudo, existem vários outros fatores que podem ter influência na percepção de autoeficácia das mães. Por exemplo, fatores como o *EE* da mãe (como o stress ou tensão, por exemplo), as características do RN, a participação parental na UCIN, oportunidades de aprendizagem na UCIN (que podem permitir o que Bandura (1994) denominou de mestria de experiências), a possibilidade de reinternamento e as interações com os enfermeiros. Especialmente em pais pela primeira vez, estes fatores poderão estar relacionados com o grau de *PAP* (Premji et al., 2018; Ribeiro & Kase, 2017).

Se o cuidar de um RN já é um desafio que requer alguma destreza numa UCIN, cuidar de um RN que nasceu prematuro no domicílio requererá igualmente habilidade e confiança. Assim, pais que estão seguros da sua eficácia parental, orientam as crianças adequadamente através das várias fases de desenvolvimento, sem problemas. Por isso, a percepção de uma mais elevada autoeficácia parental será um forte preditor do funcionamento parental futuro e, como tal, um importante alvo de intervenção. Em contraste, isto pode ser mais complicado para quem não tem essa percepção, ficando muito vulnerável a estados emocionais negativos caracterizados pelo stress e a depressão (Adama et al., 2016; Cheng et al., 2018; Premji et al., 2018; Shani-Sherman et al., 2018; Wittkowski et al., 2017).

2.2. ESTADO EMOCIONAL MATERNO NO PÓS-PARTO

O período perinatal é uma época de risco acrescido de problemas do foro psicológico. A depressão pós-parto é uma complicação que pode acontecer associada ao período após o parto, afetando 10 a 15% das mulheres. Autores demonstram consistentemente que há inclusivamente uma maior percentagem de depressão pós-parto com mais sintomatologia em mães de crianças que estiveram internadas numa UCIN. Esta é uma condição que comumente não é detetada nem tratada, trazendo complicações a longo prazo, tanto para as mães como para as crianças (Medina et al., 2018; Tahirkheli, Cherry, Tackett, McCaffree, & Gillaspay, 2014).

O estado depressivo, um mês após a alta, pode estar associado a um antecedente de perturbação da saúde mental, percepção diminuída do bem-estar maternal, conforto maternal diminuído relativamente à criança e uma percepção diminuída de coesão familiar. Embora já haja uma maior sensibilização para a depressão pós-parto, esta não tem recebido uma atenção adequada no contexto de um internamento numa UCIN. Contudo, é possível que as mães com filhos internados nestas unidades apresentem frequentemente mais sintomatologia depressiva do que

mães de crianças tidas como saudáveis, pelo que a avaliação da saúde mental dos pais deveria fazer parte da rotina dos cuidados numa UCIN (Fowler, Green, Elliott, Petty, & Whiting, 2019; Hawes et al., 2016; Roque et al., 2017; Tahirkheli et al., 2014).

Não é obrigatório que uma mulher com fatores de risco para a depressão pós-parto desenvolva sintomas depressivos. Porém, a ocorrência de um parto prematuro deixa a mãe particularmente vulnerável, no período pós-parto, a desenvolver problemas de saúde mental, como a depressão ou mesmo stress pós-traumático. Esta vulnerabilidade surge quer pela separação abrupta da mãe do seu filho, como por esta não estar psicologicamente preparada para um nascimento antecipado (Boykova, 2016; Calsina et al., 2018; Heydarpour et al., 2017; Ionio et al., 2016; Medina et al., 2018; Provenzi et al., 2016; Shani-Sherman et al., 2018).

O próprio facto de o bebé nascer prematuro pode fazer com que, comparativamente com mães de bebés de termo, as mães sintam mais ansiedade, depressão, raiva ou hostilidade e fadiga. Supõe-se que quanto menor for a idade gestacional, maior o stress e raiva parental. Isto também pela dificuldade dos pais em lidar com um bebé que não é em nada semelhante ao que imaginaram, o que pode levar à rejeição ou afastamento das mães: o aspeto frágil comparativamente com um RN de termo, a cor da pele e o baixo peso geram medo. Os sentimentos negativos podem ser exacerbados pelo internamento na UCIN por ter equipamento diferenciado. A própria duração do internamento nesta unidade ser maior, pode inclusivamente aumentar a intensidade dos sentimentos negativos dos pais (S. Galeano, Marín, & Semenic, 2017; Ionio et al., 2016; Medina et al., 2018; Vanier, 2016).

Apesar deste sofrimento, mesmo o momento da alta, considerado de felicidade, pode ser um momento de stresse elevado por os pais terem de aceitar a responsabilidade total pela saúde e cuidados do seu filho em casa, sem a ajuda dos profissionais de saúde do hospital. Por isso, no domicílio, entre as emoções negativas relatadas pelos pais nesta fase, destacam-se a ansiedade, depressão, incerteza, preocupação, stress, luto, culpa e vergonha. Os sintomas associados incluem cansaço, exaustão e privação do sono, que podem interferir com a felicidade de estarem em casa e provocar isolamento social, também devido às limitações autoimpostas de contactos sociais pelas vulnerabilidades da criança e medo de estigma por terem uma criança prematura (Boykova, 2016; S. Galeano et al., 2017; Roque et al., 2017).

Este medo, hipervigilância e restrição de contacto com a família e amigos durante muitas semanas pode levar a uma falta de apoio, incluindo o que seria proveniente do seio familiar mais alargado. Esses familiares, principalmente avós, que também se estão a adaptar a uma

nova etapa desenvolvimental, encontram-se numa situação que talvez seja igualmente uma novidade para eles. No seu caso, têm um filho adulto a passar por uma época de pressão, e que lhes provoca sentimentos ambivalentes, como a felicidade, medo e preocupação, tanto pelo próprio filho como pela prematuridade do neto. Além disso, terão dificuldade em desempenhar o seu novo papel de apoio, se os pais dos RN, e a própria UCIN, limitarem a sua presença (Brødsgaard et al., 2017; Fowler et al., 2019; Frisman et al., 2012).

No entanto, os avós são reconhecidamente uma fonte comum de apoio social aos pais, dando tanto conselhos positivos, como negativos, o que acaba por influenciar tanto a saúde dos RN na comunidade, como a saúde mental dos pais. Para prevenir este impacto e permitir que os avós prestem um apoio competente, adequado à situação e que tenha em conta expectativas realistas, a equipa da UCIN deve estar sensibilizada para as próprias necessidades dos avós, aceitá-los como um apoio óbvio à família imediata, principalmente no domicílio, e informá-los relativamente à saúde da criança, situação dos pais e o seu próprio papel (Adama, Bayes, & Sundin, 2018; Brødsgaard et al., 2017; Frisman et al., 2012).

Caso contrário, a falta deste e outros apoios pode colocar em risco a qualidade de vida da família, a confiança da mãe do RN, a sua perceção de autoeficácia e também a sua saúde mental. Estas circunstâncias aumentam o risco de sintomas depressivos, cuja existência poderá ter graves consequências tanto para a mãe, como para a criança, e até para as interações entre as duas (Amorim, Silva, Irving, & Alves, 2017; Fowler et al., 2019; Hawes et al., 2016; Lakshmanan et al., 2017; Premji et al., 2018).

É necessário identificar o risco e compreender se as respostas adequadas estão a ser providenciadas a estas famílias, incluindo qual é a noção do apoio social recebido e o percecionado como necessário aquando desta transição para o domicílio. Uma melhor perceção de apoio social no domicílio pode traduzir-se numa diminuição da sintomatologia depressiva e, como tal, a minimização dos efeitos nefastos da mesma (Boykova, 2016; Fowler et al., 2019; Monteiro et al., 2019; Roque et al., 2017).

Para a identificação do risco de depressão pós-parto e compreensão das emoções da mãe, os enfermeiros na UCIN estão numa posição única. A promoção do método canguru, e amamentação, a utilização comunicação terapêutica e informação fornecida por eles permitirá que as mães estejam mais capacitadas para a resolução de problemas e promove uma adaptação positiva. Supõe-se que quanto mais completa e precisa for a informação que obtiver e quanto mais conhecer relativamente ao desenvolvimento da criança, menos ansiedade, stress e

depressão irão manifestar. Ao mesmo tempo, aumenta a confiança parental e melhora a ligação mãe-filho (Boykova, 2016; Medina et al., 2018; Roque et al., 2017; Shani-Sherman et al., 2018).

Assim, em suma, com uma maior confiança, as mães têm uma maior probabilidade de apresentar uma melhor percepção de autoeficácia, o que poderá estar associado e eventualmente potenciar um *Estado emocional* maternal mais positivo (Bandura & Adams, 1977).

3. APÓS A ALTA

Tem havido um aumento da sobrevivência das crianças prematuras, mas muitas têm alta do hospital com necessidade de cuidados e vigilância específica, além de consultas de seguimento, pelo que precisam de cuidados específicos que os pais costumam prestar no domicílio. No entanto, as experiências dos pais no domicílio, ao contrário do que se passa nas UCIN, ainda são pouco conhecidas. Assim, a ausência de uma conceptualização clara desta transição e os desafios que esta coloca para os pais, requer mais investigação para que haja uma melhor compreensão do fenómeno (Adama et al., 2016; Boykova, 2016; Moradi et al., 2018).

No entanto, começam a surgir na literatura alguns dos desafios que os pais relatam relativamente a esta transição, abordando a interrupção do desenvolvimento do papel parental, o desenvolvimento de relações pais-filho distorcidas, como lidar com as consequências psicológicas de um nascimento pré-termo e consequente hospitalização, a aprendizagem relativa à prestação de cuidados e ao exercer do papel parental e a necessidade de apoio tanto social, como profissional. Mas mesmo a própria inexperiência parental, as interações comunicacionais e as expectativas criadas na UCIN poderão influenciar as incertezas parentais após alta e afetar a sua perceção de autoeficácia, prontidão e competência. O que pode fazer com que os pais manifestem ansiedade e medo que poderiam ser geridos com o apoio adequado (Adama et al., 2016; Boykova, 2016; White, Gilstrap, & Hull, 2017).

Por isso, mesmo para os pais de RN prematuros, a alta de uma UCIN é vista como um processo complexo. Não só o momento da alta pode fazer com que experienciem sentimentos conflituantes (ou seja, simultaneamente sentem felicidade e medo por terem de cuidar do seu filho em casa), como a própria ida para casa não está necessariamente associada ao alívio completo do sentimento de culpa pelo nascimento prematuro. Os progenitores masculinos revelam até preocupação pela saúde mental e física da companheira durante a transição para casa. Complicando mais a transição, nesta fase, os progenitores ainda se inquietam com o equilíbrio do trabalho com a vida familiar, e com a privação do sono por terem de cuidar constantemente da criança (Boykova, 2016; S. Galeano et al., 2017; Garfield et al., 2014; Provenzi et al., 2016).

Depois de um período, por vezes longo, a cuidar do filho na UCIN, sempre supervisionados num ambiente altamente especializado, os pais podem não se sentir preparados para assumir a responsabilidade e o papel parental na sua totalidade. Isto por estarem habituados ao apoio constante dos enfermeiros, que acabavam por “filtrar” as preocupações. Deixar a UCIN, para os pais, parece ser arriscado e incerto, manifestando medo de errar e insegurança. Ficam inclusivamente desconfortáveis com a ideia de que vão passar a tomar conta sozinhos e que vão passar a ser seguidos em consultas com outros profissionais (Garfield et al., 2014; Heydarpour et al., 2017; White et al., 2017).

De um modo geral, as mães parecem continuar a referir que não se sentem preparadas e que querem mais experiência prática antes da alta. Apesar das horas de observação dos pais e dos ensinamentos dos profissionais da UCIN, vários pais questionam as suas próprias capacidades para tomar conta do seu filho, manifestando falta do ambiente “controlado”, da disponibilidade para colocar questões sempre que estas surgissem e até dos equipamentos de monitorização. Se calhar porque aprender as habilidades relativas à prestação de cuidados e parentalidade é difícil para os pais de RN prematuros, o que aumenta os seus níveis de stress. Talvez signifique que os pais acabam por ficar dependentes de outros, quer profissionais como equipamentos, acabando por ter dificuldade e demonstrar insegurança na leitura e interpretação dos sinais do próprio RN (Boykova, 2016; Garfield et al., 2014; White et al., 2017).

Para facilitar esta transição para o domicílio e prevenir complicações são essenciais o planeamento da alta e o apoio após a alta, além de permitir o treino e o empoderamento das mães. Com esse objetivo, as UCIN têm optado por informar os pais desde a admissão, para os preparar para a parentalidade, de modo a que as mães apresentem estratégias de enfrentamento mesmo após a alta. As informações incluem ensinamentos relativamente às principais complicações da prematuridade em casa, quais os sinais de alarme e como agir perante os mesmos em casa. Pois só abrangendo estas temáticas é que é possível melhorar a autoeficácia dos pais nos cuidados ao RN (Boykova, 2016; M. Galeano & Carvajal, 2016; Moradi et al., 2018; Provenzi et al., 2016; Ribeiro & Kase, 2017).

Contudo, também é importante que os enfermeiros tenham em conta que as necessidades educacionais dos pais se vão alterar com o tempo: começam por querer informações acerca das condições médicas, prestação de cuidados direta e, posteriormente, sobre as necessidades desenvolvimentais e etapas atingidas. Imediatamente após a alta, os pais querem mais informação acerca da rotina de cuidados ao seu filho, mas os problemas respiratórios, a

alimentação e o ganho de peso continuam a ser um foco de atenção (Boykova, 2016; Garfield et al., 2014).

É preciso ter em atenção que se os pais considerarem que não têm informação suficiente, podem procurar informação noutras fontes, ou simplesmente optar por aprender por tentativa-erro, fazendo com que se sintam inseguros. Esta falta de informação numa emergência pode ser paralisante, aumentando o risco para a saúde e para o desenvolvimento do RN e o uso de serviços de saúde após a alta. Porém, os pais valorizam e aderem às informações e conselhos que os profissionais de saúde dão, como por exemplo, aquando da alta, especialmente relacionada com o controlo de infeção no domicílio (Boykova, 2016; Ingram et al., 2016; White et al., 2017).

Limitar a exposição é uma das estratégias dos pais quando se vêm confrontados com várias incertezas. Por exemplo, permite aliviar as preocupações dos pais relativamente às infeções. Sendo “fiéis” aos alertas dos profissionais de saúde, os pais limpam regularmente a casa, controlam as visitas em casa, quem entra, quanto tempo fica e o que faz, para evitar complicações para os seus RN. Este medo de “germes” e infeções que possam ser trazidas por visitas, priorizando a necessidade e os benefícios de manter o filho em segurança, pode levar a que os pais até se sintam inibidos de pedir ajuda a outras pessoas, pondo em causa o apoio social (White et al., 2017).

Outras duas estratégias para lidar com incertezas são a reorientação e a calibração de repostas apropriadas. A reorientação passa pelos pais lembrarem-se que o ambiente em casa permite que sejam mais autónomos e criem as suas próprias rotinas. Já a “calibração” das respostas dos pais está relacionada com a necessidade de os pais responderem adequadamente aos sinais de alarme, e também com a comunicação e tomada de decisão conjunta, em casal. Com a experiência, a tolerância dos pais às incertezas vai melhorando a calibração das suas expectativas e respostas às circunstâncias (*Idem*, 2017).

Para além destas, os pais também utilizam outras estratégias de *coping*, como: fazer um ato físico como uma caminhada, tomar um duche, beber chá ou mesmo concentrarem-se na própria respiração; mudar a sua perspetiva mental, ou seja, pensar na evolução que o bebé teve; religarem-se à criança, pegando ao colo ou verificando como ela está; e contactar com o seu apoio social, família (as mães apoiam-se grandemente nas suas próprias mães), amigos ou mesmo profissionais de saúde de referência. As visitas e consultas de seguimento são vistas

como importantes, mesmo nos primeiros meses após alta, porque os pais ainda têm dúvidas e necessitam de conselhos (Garfield et al., 2014; Heydarpour et al., 2017; Provenzi et al., 2016).

Os pais preferem uma abordagem mais individualizada após a alta. Gostariam de estar em contacto com a equipas da UCIN e têm dificuldades em confiar nos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários. Por isso, idealmente, os enfermeiros nestas unidades deveriam dar apoio tanto enquanto elas estão internadas, como após a alta, para continuar a promover a sua perceção de autoeficácia na prestação de cuidados. Assim, os pais estarão mais aptos a cuidar do seu RN e a agir celeremente em caso de emergência (Adama et al., 2016; Boykova, 2016; Ribeiro & Kase, 2017).

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

4. O ESTUDO

Face à natureza do problema em foco, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, transversal.

4.1. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com os objetivos do estudo, colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- Q1.** Qual o nível de Autoeficácia parental percebida das mães de RN prematuros relativamente aos cuidados que prestam aos mesmos, após alta?
- Q2.** Quais as dimensões em que há percepção de menor autoeficácia parental?
- Q3.** Qual o *Estado emocional* das mães de RN prematuros, após alta?

A hipótese principal de investigação que nos propusemos testar é:

- H1.** Existe correlação entre a *Percepção de autoeficácia parental* das mães de RN prematuros e o seu *Estado emocional* após a alta.

A título exploratório foram ainda testadas as seguintes hipóteses:

- H2.** Existem variáveis sociodemográficas relacionadas com a *Percepção de autoeficácia parental* e/ou com o *Estado emocional* das mães, após a alta.
- H3.** Existem variáveis obstétricas e neonatais relacionadas com a *Percepção de autoeficácia parental* e/ou com o *Estado emocional* das mães, após a alta.
- H4.** Existem variáveis situacionais relacionadas com a *Percepção de autoeficácia parental* e/ou com o *Estado emocional* das mães, após a alta.

4.2. VARIÁVEIS

Face o exposto, foram selecionadas variáveis centrais e variáveis independentes.

4.2.1. Variáveis centrais

As variáveis centrais são a *Percepção de autoeficácia parental (PAP)* e o *Estado emocional (EE)* das mães.

A *Perceção de autoeficácia parental* ou *PAP* consiste na crença no sucesso que as mães têm relativamente à capacidade de entender e cuidar do seu RN. Segundo Barnes e Adamson-Macedo (2007), inclui quatro fatores ou dimensões: a Dimensão 1 - *Tomar Conta* (perceção relativa à habilidade da mãe para executar as atividades e tarefas relacionadas com as necessidades básicas do bebé), a Dimensão 2 - *Suscitar Comportamento* (perceção relativa à habilidade da mãe para evocar uma diferença no comportamento do bebé), a Dimensão 3 - *Ler Comportamento* (perceção relativa à habilidade da mãe para perceber e identificar mudanças no comportamento), e a Dimensão 4 - *Crenças Situacionais* (crença da mãe relativa à sua habilidade para julgar a sua interação global com o bebé). Esta variável é operacionalizada pela Escala de Perceção de Autoeficácia da Parentalidade Materna ou EPAEPM de Barnes e Adamson-Macedo (2007), adaptada por Tristão et al. (2015).

Relativamente ao *Estado emocional* ou *EE*, sabe-se que este pode ser positivo (ausência de depressão) ou negativo (possível depressão). Neste caso, pretende-se estudar a possibilidade de existência de sintomas de depressão pós-natal, uma perturbação mais prolongada que os “*blues*” ou tristeza, que ocorre na primeira semana após parto, mas menos grave do que a psicose puerperal (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Esta variável é operacionalizada através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE), originalmente elaborada por Cox et al. (1987) e traduzida para português e validada por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996),

Ambas escalas são descritas mais em pormenor aquando da caracterização do instrumento de colheita de dados.

4.2.2. Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas consoante os respetivos domínios: sociodemográficas, obstétricas e neonatais. Em termos de variáveis sociodemográficas das mães, foram consideradas a idade, o estado civil (solteira, união de facto, casada, divorciada, viúva ou outro), as habilitações literárias (4º ano, 9º ano, 12º ano, licenciatura, mestrado, doutoramento ou outro), a atividade profissional, e a zona de residência (urbana ou rural).

Relativamente a variáveis obstétricas e neonatais, foi colhida informação acerca da existência de outros filhos (sim ou não), de filhos anteriores prematuros (sim ou não), do tipo de parto (normal/eutócico, fórceps ou ventosa ou cesariana), da idade gestacional e peso à nascença do filho prematuro.

Por fim, quanto às variáveis situacionais, foram colhidos dados sobre a condição de coabitação (sozinha, com o companheiro, com os pais/ sogros ou outro), o tempo de internamento, o tempo após alta, o tipo de aleitamento (amamenta, leite de fórmula ou misto), a satisfação com as práticas de preparação para a alta (completamente satisfeita, muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita, nada satisfeita), a correspondência dos ensinamentos às expectativas (sim ou não), momentos de aprendizagem (ao longo do internamento, no momento da alta ou sempre que solicitou), a participação nos cuidados durante o internamento (sim ou não), as dificuldades nos cuidados (muito fácil, fácil, normal, difícil ou muito difícil), a satisfação com o apoio familiar (completamente satisfeita, muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita, nada satisfeita), a satisfação com a interação com o filho (completamente satisfeita, muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita, nada satisfeita).

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo corresponde às mães de RN com nascimento entre as 24 e as 36 semanas e 6 dias de gestação, estiveram internados numa UCIN de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP) da Região Centro de Portugal, devido à sua prematuridade. Portanto, a amostragem foi efetuada numa unidade com urgência permanente, aberta ao exterior, com equipa nuclear, que recebe grávidas cujo feto tem mais de 32 semanas de gestação (Direção Geral da Saúde, 2001; Portaria nº 8/2014 de 14 de janeiro).

Como critérios de inclusão, optou-se por abranger mães cujos RN tenham tido um internamento com permanência superior a 24h na referida UCIN. Dessas, selecionaram-se mães que sabiam ler e compreendiam português. Excluíram-se mães com menos de 18 anos, e cujos recém-nascidos apresentassem malformações genéticas ou perturbações neurológicas.

O processo de amostragem foi não probabilístico, de carácter acidental, visto que as participantes foram incluídas de modo consecutivo, pelo facto de terem estado presentes durante o tempo disponível para a colheita de dados na UCIN do Hospital da Região Centro, cumprirem os critérios definidos e demonstrarem disponibilidade e consentimento para participar no estudo. As mães responderam ao questionário durante o período de colheita de dados (entre abril e julho de 2019).

No total, obtiveram-se 33 questionários, dos quais não foi necessário excluir nenhum por cumprirem todos os requisitos e, inclusivamente, encontrarem-se bem preenchidos.

4.3.1. Caracterização da amostra

A caracterização sociodemográfica é sumariada na Tabela 1. A maioria das mães das crianças tinham entre 26 e 35 anos, tendo em média 32.05 anos (DP= 5.83 anos). Na maior parte, estavam casadas (51.52%), 30.30% em união de facto e 18.18% solteiras.

Tendo em conta as habilitações literárias, verifica-se que todas as senhoras tinham pelo menos o 9º ano de escolaridade, salientando-se que mais de metade terminou o ensino secundário (78.42%) e 39.39% tinha formação superior.

Relativamente à atividade profissional, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011), acrescentando a categoria “Desempregada”, a maioria enquadrava-se no grupo dos “Especialistas das atividades intelectuais e científicas”, que inclui profissões como professor, psicólogo e terapeuta da fala, sendo que somente 18% referiu estar “Desempregada”.

Já no que se refere à zona de residência, a maioria vivia em zona urbana (66.67%).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 33)

Variáveis	nº	%
Idade da Mãe		
< 25 anos	5	15.15
26-35 anos	19	57.58
≥ 36 anos	9	27.27
Med= 32.00 anos \bar{X}= 32.03 anos DP= 5.83 anos		
Estado civil		
Solteira	6	18.18
União de facto	10	30.30
Casada	17	51.52
Habilitações literárias		
9º ano	6	18.18
12º ano	13	39.39
Licenciatura	8	24.24
Mestrado	5	15.15
Outro	1	3.03
Atividade profissional*		
A	8	24.24
B	6	18.18
C	2	6.06
D	6	18.18
E	5	15.15
Desempregada	6	18.18
Zona de residência		
Urbana	22	66.67
Rural	11	33.33

*A. Especialistas das atividades intelectuais e científicas; B. Técnicos e profissões de nível intermédio; C. Pessoal administrativo; D. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; E. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices.

Relativamente à caracterização obstétrica e neonatal da amostra (Tabela 2), a maioria das mães era primípara (63.64%), e apenas 21.21% tinha outro filho nascido pré-termo.

Quanto aos recém-nascidos, a maioria nasceu por parto eutócico (45.45%), com mais de 34 semanas de gestação (81.82%), com peso à nascença entre 1500 a 2500g (54.55%), sendo na sua maioria do sexo masculino (54.55%).

Tabela 2

Caracterização obstétrica e neonatal da amostra (n= 33)

Variáveis	nº	%
Outro filho prematuro		
Sem outro filho	21	63.64
Outro filho de termo	7	15.15
Outro filho prematuro	5	21.21
Tipo de parto		
Eutócico	15	45.45
Forceps/Ventosa	7	21.21
Cesariana	11	33.33
Idade gestacional		
<32 semanas	1	3.03
32 a 34 semanas	5	15.15
≥ 34 semanas	27	81.82
Med= 246.00 dias		X̄= 244.00 dias
		DP= 13.94 dias
Peso à nascença dos RN		
<1500g	3	9.09
1500 a 2500g	18	54.55
≥ 2500g	12	36.36
Med= 2265.00g		X̄= 2251.97g
		DP= 570.34g
Sexo dos RN		
Masculino	18	54.55
Feminino	15	45.45

Face à idade gestacional, género e peso, tendo em conta a Classificação de Fenton (2013) a maioria (81.82%) das crianças tinha um peso, à nascença, considerado adequado para a idade gestacional, uma vez que somente 15.15% dos RN era pequeno e apenas 3.03% tinha um peso considerado grande para a idade gestacional.

Por fim, quanto à caracterização situacional da amostra (Tabela 3), a maioria das mães vivia com o companheiro (90.91%), estiveram com o seu recém-nascido internado, em média, durante 17.18 dias (DP= 18.33 dias), sendo que a maioria esteve na UCIN durante 3 semanas (33.33%), e alimentavam o seu recém-nascido com leite materno e leite de fórmula (45.45%).

Maioria das mães respondeu ao questionário na primeira semana após a alta (42.42%). Relativamente à preparação para a alta, a maioria refere estar muito satisfeita (33.33%), que os ensinamentos corresponderam às expectativas (87.88%), que receberam ensinamentos ao longo do internamento (87.88%) ou sempre que solicitaram (54.55%), participaram nos cuidados durante o internamento (93.94%), e que consideravam “normal” a dificuldade que têm para prestar cuidados ao seu filho (54.55%). A maior parte refere encontrar-se muito satisfeita com o apoio familiar (48.48%) e completamente satisfeita com a interação com o seu RN (39.39%).

Tabela 3

Caracterização situacional da amostra (n=33)

Variáveis	nº	%
Coabitação		
Sozinha	1	3.03
Companheiro	30	90.91
Pais/Sogros	2	6.06
Tempo de internamento		
1 semana	7	21.21
2 semanas	10	30.30
3 semanas	11	33.33
4 semanas	3	9.09
>5 semanas	2	6.06
Med= 15.00 dias		\bar{X}= 17.18 dias
DP= 18.33 dias		
Tempo após alta		
1 semanas	14	42.42
2 semanas	7	21.21
3 semanas	5	15.15
4 semanas	6	18.18
5 semanas	1	3.03
Med= 10.00 dias		\bar{X}= 12.91 dias
DP= 10.06 dias		
Alimentação		
Amamenta	12	36.36
Leite de fórmula	6	18.18
Misto	15	45.45
Satisfação com a preparação para a alta		
Completamente satisfeita	10	30.30
Muito satisfeita	11	33.33
Satisfeita	8	24.24
Pouco satisfeita	3	9.09
Nada satisfeita	1	3.03
Correspondência dos ensinamentos às expectativas		
Sim	29	87.88
Não	4	12.12

Variáveis	n°	%
Recebeu ensinios (escolha múltipla)		
Ao longo do internamento	29	87.88
No momento da alta	4	12.12
Sempre que solicitou	18	54.55
Participação nos cuidados durante o internamento		
Sim	31	93.94
Não	2	6.06
Dificuldade nos cuidados		
Muito fácil	2	6.06
Fácil	5	15.15
Normal	18	54.55
Difícil	6	18.18
Muito difícil	2	6.06
Satisfação com o apoio familiar		
Completamente satisfeita	6	18.18
Muito satisfeita	16	48.48
Satisfeita	10	30.30
Pouco satisfeita	1	3.03
Satisfação com a interação com o filho		
Completamente satisfeita	13	39.39
Muito satisfeita	11	33.33
Satisfeita	7	21.21
Pouco satisfeita	2	6.06

4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O modo de abordagem utilizado foi o autorrelato escrito, através de um questionário elaborado para o efeito (Anexo I), constituído por 3 partes distintas. A primeira parte, correspondente aos dados de caracterização e variáveis independentes, tem perguntas abertas e fechadas relativas às já referidas variáveis sociodemográficas das mães, as variáveis obstétricas e neonatais e as variáveis situacionais. As questões são de resposta rápida, tal como já foi descrito, e permitiram caracterizar a amostra em estudo.

A segunda e terceira parte incluem as escalas EPAEPM e EDPPE, respetivamente, e são de seguida analisadas em detalhe.

4.4.1. Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna

A Escala de Perceção de Autoeficácia da Parentalidade Materna (EPAEPM), de Barnes e Adamson-Macedo (2007), foi criada para medir a *Perceção de autoeficácia parental (PAP)* de mães de RN prematuros hospitalizados. Esta escala de uso aberto foi adaptada para português por Tristão et al. (2015).

Esta escala é composta por 20 itens organizados por análise fatorial em 4 dimensões, já enunciadas: Dimensão 1 - *Tomar Conta* (itens 16 a 19); Dimensão 2 - *Suscitar Comportamento* (itens 5, 8 a 12 e 14); Dimensão 3 - *Ler Comportamento* aos itens 1 a 4, 13 e 15; e Dimensão 4 - *Crenças Situacionais* aos itens 6, 7 e 20. A escala é de Likert, de quatro pontos (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente), com uma pontuação global que pode variar entre 20 a 80 pontos.

Face a discrepância do número de itens por dimensão, optou-se por classificar os pontos das dimensões e do total da escala, para facilitar a sua interpretação. Assim, a Autoeficácia parental percebida pode ser considerada baixa, razoável ou elevada (Tabela 4).

Tabela 4

Classificação dos pontos das dimensões e do total da EPAEPM

EPAEPM	Autoeficácia parental percebida		
	Baixa	Razoável	Elevada
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	4 a 7	8 a 11	12 a 16
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	7 a 13	14 a 20	21 a 28
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	6 a 11	12 a 17	18 a 24
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	3 a 5	6 a 8	9 a 12
Total	20-39	40-59	60-80

Relativamente à fidelidade, foi feita o cálculo da consistência interna, através do Alfa de Cronbach (α). Os valores de α obtidos da EPAEPM considerando o total dos itens foi de .953 (Tabela 5), excelente. A EPAEPM, no estudo original de Barnes e Adamson-Macedo (2007), apresentava um valor de α de .91. Para além deste facto, as dimensões analisadas apresentaram uma consistência interna com valores superiores às estudadas na escala original. Para a Dimensão 1 - *Tomar Conta*, obteve-se $\alpha = .836$ ($\alpha = .74$ no estudo original), Dimensão 2 - *Suscitar Comportamento*, $\alpha = .928$ ($\alpha = .89$ no estudo original), Dimensão 3 - *Ler Comportamento*, $\alpha = .857$ ($\alpha = .74$ no estudo original) e Dimensão 4 - *Crenças Situacionais*, $\alpha = .881$ ($\alpha = .72$ no estudo original).

Verificou-se que o Alfa de Cronbach mais baixo calculado no presente estudo encontra-se na Dimensão 1 - *Tomar Conta*. Validou-se a possibilidade de aumentar o valor de Alfa de Cronbach, mas optou-se por não excluir itens por este não aumentar significativamente.

Tabela 5

Resultados obtidos para a consistência interna da EPAEPM (n=33)

EPAEPM	Item	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Dimensão 1 - Tomar Conta	16	.692	.951
	17	.657	.951
	18	.598	.952
	19	.750	.950
$\alpha = .836$			
Dimensão 2 - Suscitar Comportamento	5	.634	.952
	8	.455	.955
	9	.735	.950
	10	.879	.948
	11	.810	.949
	12	.820	.949
	14	.852	.948
$\alpha = .928$			
Dimensão 3 - Ler Comportamento	1	.519	.953
	2	.731	.950
	3	.698	.950
	4	.725	.950
	13	.699	.950
	15	.556	.952
$\alpha = .857$			
Dimensão 4 - Crenças Situacionais	6	.729	.950
	7	.786	.950
	20	.710	.951
$\alpha = .881$			
Total		$\alpha = .953$	

4.4.2. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE), de Cox et al. (1987), foi criada para complementar a avaliação clínica na identificação da depressão pós-parto, pelo que é utilizada no presente estudo para avaliação do *Estado emocional*. Traduzida e validada para Portugal por Augusto et al. (1996), é uma escala em que cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Os itens da escala correspondem a vários sintomas de depressão, como o sentimento de culpa, distúrbios do sono, baixa energia, anedonia e ideação suicida.

As respostas são pontuadas de 0 a 30, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. Assim, as respostas às questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são pontuadas no sentido inverso, ou seja, de 3 a 0. A pontuação pode variar de 0 a 30 pontos, sendo que há risco de depressão a partir de 9 pontos e pontuações acima de 12 significa que é provável que sofra de depressão, mas não indica a sua gravidade.

A fidelidade desta escala, tendo como critérios a consistência interna, da escala foi avaliada através da determinação do Alfa de Cronbach. O valor obtido, incluindo o total dos itens desta escala apresentam um valor de .882 (Tabela 6), que é superior comparativamente ao valor obtido no estudo original, de .87 (Cox et al., 1987).

O valor mais baixo foi o calculado para o item 10 ($\alpha = .269$). Um valor desconforme face os restantes itens, correspondente à questão sobre a presença de ideação suicida, sendo este um extremo face as restantes questões. No entanto, verificou-se que a exclusão deste item não aumenta significativamente o valor do Alfa de Cronbach, mantendo-se, ainda assim, num valor indicador de boa consistência interna da escala, pelo que se optou por não excluir itens.

Tabela 6

Resultados obtidos para a consistência interna da Escala EDPPE (n=33)

EDPPE	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Nº item		
1	.614	.870
2	.686	.870
3	.600	.876
4	.643	.868
5	.717	.864
6	.620	.870
7	.790	.858
8	.690	.865
9	.612	.871
10	.269	.889
Total		$\alpha = .882$

4.5. ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS

A permissão escrita deste estudo foi solicitada ao Conselho de Administração do HAP da região centro, que submeteu a sua aprovação à Comissão de Ética da referida instituição, tendo emitido um parecer favorável (Apêndice I). Também foi solicitado um pedido de parecer acerca do projeto de investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo também um parecer favorável (Apêndice II).

A colheita de dados foi iniciada somente após a aprovação das entidades mencionadas. As mães foram abordadas pela investigadora, perto da data da alta. Para aplicar o questionário, foi solicitado o Consentimento esclarecido (Anexo II) por escrito às mães, após estas serem informadas acerca da investigação e dos seus objetivos. Este documento, cuja cópia ficou na

posse das mães, incluiu a explicação do estudo e finalidade dos dados, além de garantir o anonimato e confidencialidade. Este documento foi entregue em simultâneo com os questionários, que não tinham qualquer elemento identificativo.

A investigadora esteve presente no momento de entrega dos questionários, para que fossem esclarecidas dúvidas. Demonstrou também disponibilidade para ajudas mínimas para o preenchimento do mesmo. Após o preenchimento dos questionários por parte das mães, estes foram recolhidos num envelope e posteriormente codificados, garantindo-se o anonimato e confidencialidade.

Assim, salvaguardou-se o respeito pela Lei da Investigação Clínica (Lei nº 21/2014) e os princípios éticos para a investigação médica em seres humanos, estabelecidos através da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

4.6. MEDIDAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS

Para a análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), versão 24. Numa análise inicial, calculou-se as distribuições de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central como a média (\bar{X}) e a mediana (Med) e de dispersão, como o desvio padrão (DP).

Antes de se proceder à análise inferencial, especificamente de modo a decidir sobre o tipo de testes adequados aos dados, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da distribuição dos dados. Os resultados do teste não permitem assumir o pressuposto de normalidade relativamente à maioria das variáveis e dimensões, uma vez que o valor de p é inferior a .05 (Tabela 7). Por esta razão, mesmo que duas variáveis tenham uma distribuição normal, optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

Tabela 7

Testes de Normalidade da Escala EPAEPM e da EDPPE

Escala	Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gf	p
EPAEPM			
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	.88	33	.002*
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	.90	33	.004*
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	.96	33	.340
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	.72	33	.000*
Total	.91	33	.011*
EDPPE			
Total	.94	33	.069

* $p < .05$

Como tal, para testar as hipóteses descritas no início deste capítulo, recorreu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman e respetivo teste de significância, do teste de U Mann-Whitney para as hipóteses exploratórias entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais e situacionais e as variáveis centrais. Considerou-se as relações ou diferenças como estatisticamente significativas quando o valor de p associado aos testes de hipóteses foi inferior a .05.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo estão descritos neste capítulo com o auxílio de tabelas. Primeiramente, serão abordadas as três primeiras questões de investigação. Analisar-se-á a *Percepção de autoeficácia parental (PAP)* das mães de RN prematuros, após a alta, através do nível de *PAP*, as dimensões em que a *PAP* é menor e qual o *Estado emocional (EE)*, considerando o risco de sofrer depressão. Posteriormente, apresentar-se-ão os resultados dos testes das hipóteses enunciadas para a investigação

5.1. NÍVEL AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PELAS MÃES DE RN PREMATUROS

Q1. Qual o nível de Autoeficácia parental percebida das mães de RN prematuros relativamente aos cuidados que prestam aos mesmos, após alta?

De modo a avaliar o nível de *PAP* das mães de RN prematuros relativamente aos cuidados que prestam aos mesmos, após alta, conforme foi descrito, foi aplicada a já descrita Escala de Percepção de Autoeficácia da Parentalidade Materna (EPAEPM). Em termos globais, a pontuação total classifica-se como existindo uma *Baixa Autoeficácia parental percebida* se pontuar 20 a 39, *Razoável* se pontuar 40 a 59, e *Elevada* se pontuar 60 a 80, na EPAEPM. Assim, como a média de pontuações é de 66.85 (DP= 8.90), pode dizer-se que, a maioria das mães consideraram ter uma elevada autoeficácia parental (Tabela 8).

Destacando que 18.18% das mães refere uma razoável autoeficácia parental, confirmando assim a necessidade de atenção por parte da equipa de enfermagem, ao longo do internamento.

Q2. Quais as dimensões em que há percepção de menor autoeficácia parental?

Relativamente às dimensões, devido ao número díspar de itens por dimensão, foi necessário classificar a pontuação total por graus, para que seja possível a sua comparação: baixa, razoável e elevada *PAP*, como já foi referido. Face o exposto, as mães, em geral, declaram uma elevada autoeficácia parental em todas as dimensões. Analisando as médias obtidas, tendo em conta a disparidade do número de itens por dimensão, verificou-se que a dimensão em que as mães

consideram ter perceção de uma autoeficácia parental menor é a Dimensão 3 - *Ler Comportamento*, seguida da Dimensão 2 - *Suscitar Comportamento*. A dimensão em que consideram ter uma mais elevada autoeficácia parental é a Dimensão 4 - *Crenças Situacionais*.

O item com a melhor média de pontuação é o 20, correspondente à capacidade de demonstração de afeto pelo seu bebé (\bar{X} = 3.73, DP= .45, de 1 a 4 pontos possíveis, em que quando maior a pontuação, maior o nível de Autoeficácia parental percebida), da Dimensão 4 - *Crenças Situacionais*, e o que apresentou uma pior média é o item 3, sobre a capacidade de identificar quando o seu bebé está doente (\bar{X} = 2.97, DP= .59), da Dimensão 3 - *Ler Comportamento*.

Tabela 8

Caracterização da Autoeficácia parental percebida (n=33)

EPAEPM	Baixa		Razoável		Elevada		Med	\bar{X}	DP
	nº	%	nº	%	nº	%			
Dimensão 1 - Tomar Conta									
Item 16 ^A	-	-	23.00	69.70	10.00	30.30	3.00	3.15	.67
Item 17	-	-	16.00	48.48	17.00	51.51	4.00	3.45	.62
Item 18	-	-	15.00	45.45	18.00	54.55	4.00	3.45	.67
Item 19	-	-	11.00	33.33	22.00	66.67	4.00	3.37	.48
Total ^B	-	-	4.00	12.12	29.00	87.88	15.00	13.73	2.00
Dimensão 2 - Suscitar Comportamento									
Item 5	1.00	3.00	14.00	42.45	18.00	54.54	4.00	3.42	.75
Item 8	1.00	3.00	16.00	48.48	16.00	48.48	3.00	3.36	.74
Item 9	-	-	18.00	54.54	15.00	45.45	3.00	3.33	.69
Item 10	-	-	18.00	42.42	15.00	45.45	3.00	3.33	.69
Item 11	-	-	20.00	60.60	13.00	39.39	3.00	3.27	.67
Item 12	-	-	22.00	66.66	11.00	33.33	3.00	3.24	.61
Item 14	-	-	20.00	60.60	13.00	39.39	3.00	3.27	.67
Total ^C	-	-	4.00	12.12	29.00	87.88	23.00	23.24	4.06
Dimensão 3 - Ler Comportamento									
Item 1	-	-	20.00	60.60	13.00	39.39	3.00	3.39	.50
Item 2	-	-	19.00	57.58	14.00	42.42	3.00	3.36	.60
Item 3	-	-	28.00	84.85	5.00	15.15	3.00	2.97	.59
Item 4	-	-	29.00	87.90	4.00	12.12	3.00	3.00	.50
Item 13	-	-	26.00	78.78	7.00	21.21	3.00	3.03	.64
Item 15	-	-	24.00	72.72	9.00	27.27	3.00	3.18	.58
Total ^D	-	-	8.00	24.24	25.00	75.77	19.00	18.94	2.61
Dimensão 4 - Crenças Situacionais									
Item 6	-	-	14.00	42.42	19.00	57.58	4.00	3.58	.50
Item 7	-	-	12.00	36.36	21.00	63.63	4.00	3.64	.49
Item 20	-	-	9.00	27.27	24.00	72.72	4.00	3.73	.45
Total ^E	-	-	-	-	33.00	100.00	12.00	10.94	1.30
Total^F	-	-	6.00	18.18	27.00	81.82	68.00	66.85	8.90

A. Para cada item: Baixa: 1, Razoável- 2 a 3, Elevada- 4 pontos. B. Baixa- 4 a 7, Razoável- 8 a 11, Elevada- 12 a 16 pontos. C. Baixa- 7 a 13, Razoável- 14 a 20, Elevada- 21 a 28 pontos. D. Baixa- 6 a 11, Razoável- 12 a 17, Elevada- 18 a 24 pontos. E. Baixa- 3 a 5, Razoável- 6 a 8, Elevada- 9 a 12 pontos. F. Baixa- 20 a 39, Razoável- 40 a 59, Elevada- 60 a 80 pontos.

5.2. ESTADO EMOCIONAL DAS MÃES DE RN PREMATUROS

Q3. Qual o Estado emocional das mães de RN prematuros, após alta?

Conforme foi descrito na metodologia, a avaliação do EE das mães de RN prematuros, após a alta, foi executada recorrendo à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE). Destaca-se novamente o item 10, uma questão sobre a existência de ideação suicida, sintoma que se traduz na possibilidade de risco iminente de vida, tanto da mãe como do filho. Na amostra verificou-se que duas mães responderam a esta pergunta manifestando esse sintoma, um dado merecedor de atenção.

Em termos globais, a pontuação média é de 7.97 (DP= .38), ou seja, é uma pontuação que está abaixo do risco de depressão (9 pontos). No entanto, percentualmente, apesar de 60.60% das mães encontrarem-se sem risco de depressão, 15.15% estão em risco de sofrer depressão e 24.24% das mães provavelmente sofrem de depressão (Tabela 9).

Tabela 9

Caracterização do Estado emocional (n=33)

EDPPE	Sem risco		Com risco		Probabilidade		Med	\bar{X}	DP
	nº	%	nº	%	nº	%			
Total	20.00	60.60	5.00	15.15	8.00	24.24	7.00	7.97	5.07

5.3. RELAÇÃO ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA E O ESTADO EMOCIONAL

H1. Existe correlação entre a Percepção de autoeficácia parental das mães de RN prematuros e o seu Estado emocional após a alta.

O cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman (r_s) foi feito para verificar a existência de relação entre a PAP das mães de RN prematuros e o seu EE, após a alta (Tabela 10). Analisando as correlações obtidas, é possível verificar que a correlação entre a Dimensão 1 - Tomar Conta e o EE tem significado estatístico ($r_s = -.427$, $p = .013$). Com esta correlação confirmamos assim que a relação entre a PAP relativamente ao Tomar Conta e o EE é negativa, ou seja, mães com maior risco de estarem deprimidas tenderão a apresentar uma PAP menor relativamente à capacidade para Tomar Conta.

O teste identificou uma relação negativa entre a PAP e o EE ($r_s = -.309$, $p = .080$), sem, contudo, chegar a ser significativa.

Tabela 10.

Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida e o Estado emocional das mães (n=33)

EPAEPM	EDPPE	
	r_s	p (bilateral)
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	-.427	.013*
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	-.229	.200
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	-.287	.106
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	-.089	.103
Total	-.309	.080

*Estatisticamente significativo ($p < .05$)

5.4. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

H₂. Existem variáveis sociodemográficas relacionadas com a Percepção de autoeficácia parental e/ou com o Estado emocional das mães, após a alta.

Foi utilizado o cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman para verificar a existência de correlação entre a Idade da mãe e *PAP* das mães de RN prematuros e a Idade da mãe e o seu *EE*, após a alta (Tabela 11). Verifica-se que nenhum dos coeficientes obtidos tem significância estatística. Mas tanto a correlação da Idade da mãe com a Dimensão 2 - *Suscitar Comportamento* ($r_s = .304, p = .086$) como da Idade da mãe com a Dimensão 3 - *Ler Comportamento* ($r_s = .328, p = .062$) encontram-se no limiar da significância (p entre .05 e .10), e são positivas.

Tabela 11

Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e a idade da mãe (n=33)

EPAEPM	Idade da mãe	
	r_s	p (bilateral)
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	.182	.310
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	.304	.086
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	.328	.062
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	.296	.095
Total	.297	.094
EDPPE		
Total	-.136	.449

Outras relações foram procuradas através da análise de diferenças entre as Habilidades literárias e as variáveis dependentes, através do teste U Mann-Whitney (Tabela 12). Nenhuma das diferenças verificadas tem significado estatístico, mas verificou-se que o teste entre as

Habilitações literárias e o *EE* indica uma possível relação positiva. Sem chegar a ser estatisticamente significativa, mas indiciando a tendência no sentido de as mães com menor escolaridade terem um maior risco de sofrerem depressão ($U= 83.50, p= .086$).

Aplicando o mesmo teste, conclui-se que não foi encontrada relação entre a Zona de residência e a *PAP* nem entre a Zona de residência e o *EE*, visto que nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa.

Tabela 12

Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo Habilitações literárias e Zona de Residência (n=33)

Variáveis dependentes	Variáveis sociodemográficas	Med	\bar{X}	DP	U Mann-Whitney
EPAEPM	Habilitações literárias				
Dimensão 1	Até 12º ano (n=20)	15.00	13.55	2.14	U= 117.50
<i>Tomar Conta</i>	Ensino superior (n=13)	14.00	14.00	1.83	p= .639
Dimensão 2	Até 12º ano (n=20)	22.50	23.20	4.20	U= 129.50
<i>Suscitar Comportamento</i>	Ensino superior (n=13)	23.00	23.31	3.99	p= .985
Dimensão 3	Até 12º ano (n=20)	19.00	18.75	2.81	U= 109.00
<i>Ler Comportamento</i>	Ensino superior (n=13)	19.00	19.23	2.35	p= .434
Dimensão 4	Até 12º ano (n=20)	11.50	10.90	1.29	U= 120.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Ensino superior (n=13)	12.00	11.00	1.35	p= .699
Total	Até 12º ano (n=20)	67.50	66.40	9.40	U= 120.50
	Ensino superior (n=13)	69.00	67.54	8.39	p= .726
EDPPE Total	Até 12º ano (n=20)	7.50	9.20	5.28	U= 83.50
	Ensino superior (n=13)	5.00	6.08	4.23	p= .086
EPAEPM	Zona de residência				
Dimensão 1	Urbana (n=22)	15.00	13.86	1.96	U= 112.00
<i>Tomar Conta</i>	Rural (n=11)	12.00	13.45	2.16	p= .724
Dimensão 2	Urbana (n=22)	23.00	23.50	3.76	U= 111.00
<i>Suscitar Comportamento</i>	Rural (n=11)	22.00	22.73	4.74	p= .698
Dimensão 3	Urbana (n=22)	19.00	19.09	2.43	U= 111.00
<i>Ler Comportamento</i>	Rural (n=11)	19.00	18.64	3.04	p= .699
Dimensão 4	Urbana (n=22)	12.00	11.05	1.21	U= 109.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Rural (n=11)	12.00	10.73	1.49	p= .628
Total	Urbana (n=22)	68.50	67.50	8.10	U= 112.50
	Rural (n=11)	68.00	65.55	10.62	p= .745
EDPPE Total	Urbana (n=22)	7.00	8.14	4.77	U= 110.50
	Rural (n=11)	7.00	7.64	5.84	p= .688

Face ao exposto, nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo se revela com relação quer com a Autoeficácia parental percebida quer com o *Estado emocional* das mães de RN prematuros, após a alta.

5.5. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

H₃. *Existem variáveis obstétricas e neonatais relacionadas com a percepção de autoeficácia parental e/ou com o Estado emocional das mães, após a alta.*

Para analisar a existência de uma relação entre a existência de mais do que um filho ou o tipo de parto e a *PAP* ou com o *EE* foi utilizado o teste de U Mann-Whitney (Tabela 13). As diferenças registadas relativamente ao grupo de mães múltiparas, ou seja, com mais do que um filho, não têm significado estatístico. O mesmo acontece relativamente ao tipo de parto: não se confirma a existência de relação com a *PAP* nem com o *EE*.

Tabela 13

Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Paridade e Tipo de parto (n=33)

Variáveis dependentes	Variáveis obstétricas e neonatais	Med	\bar{X}	DP	U Mann-Whitney
EPAEPM	Múltipara				
Dimensão 1	Sim (n=12)	15.00	14.33	1.56	U= 97.50
<i>Tomar Conta</i>	Não (n=21)	14.00	13.39	2.18	<i>p</i> = .273
Dimensão 2	Sim (n=12)	25.00	24.67	2.81	U= 86.50
<i>Suscitar Comportamento</i>	Não (n=21)	21.00	22.43	4.48	<i>p</i> = .133
Dimensão 3	Sim (n=12)	19.00	19.42	2.02	U= 107.50
<i>Ler Comportamento</i>	Não (n=21)	19.00	18.67	2.90	<i>p</i> = .484
Dimensão 4	Sim (n=12)	12.00	11.50	.905	U= 87.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Não (n=21)	10.00	10.62	1.40	<i>p</i> = .112
Total	Sim (n=12)	71.00	69.92	6.02	U= 92.50
	Não (n=21)	67.00	65.10	9.89	<i>p</i> = .209
EDPPE Total	Sim (n=12)	6.00	6.83	3.64	U= 104.00
	Não (n=21)	8.00	8.62	5.71	<i>p</i> = .409
EPAEPM	Tipo de parto				
Dimensão 1	Eutócico (n=15)	15.00	13.80	1.94	U= 131.00
<i>Tomar Conta</i>	Distócico (n=18)	14.00	13.67	2.11	<i>p</i> = .882
Dimensão 2	Eutócico (n=15)	22.00	22.40	4.32	U= 108.50
<i>Suscitar Comportamento</i>	Distócico (n=18)	24.00	23.94	3.80	<i>p</i> = .331
Dimensão 3	Eutócico (n=15)	19.00	18.80	2.91	U= 128.50
<i>Ler Comportamento</i>	Distócico (n=18)	19.00	19.06	2.41	<i>p</i> = .812
Dimensão 4	Eutócico (n=15)	12.00	11.07	1.28	U= 121.00
<i>Crenças Situacionais</i>	Distócico (n=18)	11.50	10.83	1.34	<i>p</i> = .577
Total	Eutócico (n=15)	68.00	66.07	9.45	U= 129.00
	Distócico (n=18)	72.00	67.50	8.63	<i>p</i> = .828
EDPPE Total	Eutócico (n=15)	10.00	9.13	5.21	U= 100.50
	Distócico (n=18)	6.00	7.00	4.88	<i>p</i> = .211

As correlações de Spearman foram calculadas para verificar a existência de correlação entre Idade gestacional à nascença e a *PAP* ou o *EE*. Nenhum dos valores obtidos é estatisticamente significativo. Do mesmo modo, entre o Peso à nascença e a *PAP* ou o *EE*, nenhum dos valores é estatisticamente significativo (Tabela 14).

Tabela 14

Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e a Idade gestacional e o Peso à nascença (n=33)

	Idade gestacional		Peso à nascença	
	r_s	p (bilateral)	r_s	p (bilateral)
EPAEPM				
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	-.119	.509	-.117	.518
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	.509	.754	.035	.845
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	-.220	.218	-.117	.517
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	-.040	.826	.082	.649
Total	-.133	.462	-.021	.909
EDPPE				
Total	-.160	.374	.040	.823

Em suma, verificamos que nenhuma das variáveis obstétricas e neonatais em estudo tem qualquer relação com a *Percepção de Autoeficácia Parental* ou com o *Estado emocional* das mães de RN prematuros, após a alta.

5.4. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SITUACIONAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

H4. Existem variáveis situacionais relacionadas com a percepção de autoeficácia parental e/ou com o Estado emocional das mães, após a alta.

Utilizou-se a correlação de Spearman para estudar a relação entre o Tempo de internamento ou o Tempo após a alta e a *PAP* ou com o *EE*. Porém, nenhuma das correlações obtidas tem significância estatística (Tabela 15).

Tabela 15

Matriz de correlação entre a Autoeficácia parental percebida ou o Estado emocional e o Tempo de internamento e o Tempo após a alta (n=33)

	Tempo de internamento		Tempo após a alta	
	r_s	p (bilateral)	r_s	p (bilateral)
EPAEPM				
Dimensão 1 - <i>Tomar Conta</i>	.273	.124	.195	.276
Dimensão 2 - <i>Suscitar Comportamento</i>	-.045	.804	.065	.719
Dimensão 3 - <i>Ler Comportamento</i>	.201	.261	.185	.304
Dimensão 4 - <i>Crenças Situacionais</i>	.026	.887	.189	.293
Total	.111	.538	.189	.292

Total	Tempo de internamento		Tempo após a alta	
	r_s	p (bilateral)	r_s	p (bilateral)
EDPPE				
Total	-.042	.818	-.014	.940

Aplicando o teste de U Mann Whitney para verificar a existência de relação entre o Tipo de aleitamento e a *PAP* ou o *EE*, verifica-se que nenhuma das diferenças registadas tem significado estatístico. No entanto, a relação entre o Tipo de aleitamento e a Dimensão 3 - Ler Comportamento ($U= 82.00$, $p= .096$) e a relação entre o Tipo de aleitamento e a Dimensão 4 - Crenças Situacionais ($U= 84.00$, $p= .083$) apresentam resultados quase significativos mas ainda assim sem significado estatístico, em que quem amamenta exclusivamente apresenta uma *PAP* mais elevada nessas dimensões (Tabela 16).

Tabela 16

Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo o Tipo de aleitamento (n=33)

Variáveis dependentes	Variáveis situacionais	Med		DP	U Mann Whitney
		\bar{X}	\bar{X}		
EPAEPM	Tipo de aleitamento				
Dimensão 1	Apenas amamenta (n= 12)	15.00	14.08	2.31	U= 97.50
<i>Tomar Conta</i>	Leite de fórmula (n= 21)	14.00	13.52	1.83	$p= .273$
Dimensão 2	Apenas amamenta (n= 12)	25.00	23.92	3.92	U= 106.00
<i>Suscitar Comportamento</i>	Leite de fórmula (n= 21)	22.00	22.86	4.18	$p= .447$
Dimensão 3	Apenas amamenta (n= 12)	20.50	19.83	3.13	U= 82.00
<i>Ler Comportamento</i>	Leite de fórmula (n= 21)	19.00	18.43	2.18	$p= .096$
Dimensão 4	Apenas amamenta (n= 12)	12.00	11.42	1.08	U= 84.00
<i>Crenças Situacionais</i>	Leite de fórmula (n= 21)	11.00	10.67	1.35	$p= .083$
Total	Apenas amamenta (n= 12)	73.00	69.25	9.34	U= 89.00
	Leite de fórmula (n= 21)	65.00	65.48	8.56	$p= .165$
EDPPE Total	Apenas amamenta (n= 12)	7.00	8.67	4.21	U= 102.00
	Leite de fórmula (n= 21)	6.00	7.57	5.56	$p= .368$

Relativamente à relação entre a Dificuldade nos cuidados e a *PAP* ou o *EE*, através do mesmo teste, verifica-se que nenhum resultado tem significado estatístico. No entanto, a relação entre a Dificuldade nos cuidados e a Dimensão 3 - Ler Comportamento ($U= 59.50$, $p= .085$), aproximou-se do limiar de significância, mas não tem significado estatístico. Apesar disso os resultados sugerem uma possível relação em que mães com menor dificuldade nos cuidados têm uma *PAP* mais elevada na dimensão Ler Comportamento.

Aplicando o teste U Mann Whitney, as diferenças obtidas para a *PAP* ou o *EE*, em função da Satisfação com a preparação para a alta, também se revelam sem significado estatístico (Tabela 17).

Tabela 17

Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Dificuldade nos cuidados e a Satisfação com a preparação para a alta (n=33)

Variáveis dependentes	Variáveis situacionais	Med	\bar{X}	DP	U Mann
					Whitney
EPAEPM	Dificuldade nos cuidados				
Dimensão 1	Muito fácil a normal (n=25)	15.00	14.16	1.46	U= 65.00
<i>Tomar Conta</i>	Difícil a muito difícil (n=8)	11.50	12.38	2.88	<i>p</i> = .131
Dimensão 2	Muito fácil a normal (n=25)	23.00	23.88	3.56	U= 64.50
<i>Suscitar Comportamento</i>	Difícil a muito difícil (n=8)	21.00	21.25	5.06	<i>p</i> = .130
Dimensão 3	Muito fácil a normal (n=25)	19.00	19.48	2.04	U= 59.50
<i>Ler Comportamento</i>	Difícil a muito difícil (n=8)	16.50	17.25	3.54	<i>p</i> = .085
Dimensão 4	Muito fácil a normal (n=25)	12.00	11.05	1.26	U= 75.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Difícil a muito difícil (n=8)	10.50	10.50	1.41	<i>p</i> = .256
Total	Muito fácil a normal (n=25)	70.00	68.60	7.06	U= 66.00
	Difícil a muito difícil (n=8)	60.50	61.38	12.08	<i>p</i> = .152
EDPPE Total	Muito fácil a normal (n=25)	6.00	7.16	4.20	U= 67.00
	Difícil a muito difícil (n=8)	11.50	10.50	6.87	<i>p</i> = .164
EPAEPM	Satisfação com a preparação para a alta				
Dimensão 1	Muita a completa (n=25)	15.00	13.90	1.84	U= 115.50
<i>Tomar Conta</i>	Pouca a moderada (n=8)	14.00	13.42	2.31	<i>p</i> = .686
Dimensão 2	Muita a completa (n=25)	22.00	23.33	3.62	U= 123.50
<i>Suscitar Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=8)	24.00	23.08	4.89	<i>p</i> = .924
Dimensão 3	Muita a completa (n=25)	19.00	18.86	2.18	U= 117.50
<i>Ler Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=8)	19.00	19.08	3.34	<i>p</i> = .748
Dimensão 4	Muita a completa (n=25)	12.00	10.90	1.30	U= 120.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Pouca a moderada (n=8)	12.00	11.00	1.35	<i>p</i> = .778
Total	Muita a completa (n=25)	68.00	67.00	7.73	U= 118.50
	Pouca a moderada (n=8)	71.50	66.58	11.02	<i>p</i> = .778
EDPPE Total	Muita a completa (n=25)	7.00	6.86	4.33	U= 88.50
	Pouca a moderada (n=8)	8.00	9.92	5.84	<i>p</i> = .159

Em contrapartida, a diferença obtida relativamente ao *EE* em função da Satisfação com o apoio familiar mostra-se estatisticamente significativa (U= 64.50; *p*= .030), em que os resultados indicam um maior risco de depressão nas mães de RN prematuros que referem ter menos apoio. Todavia, a Satisfação como o apoio familiar não se demonstra relacionada com a *PAP*.

Por fim, aplicando o mesmo teste, confirma-se que existe relação entre a Satisfação com a interação com o filho e o *EE* materno, visto ter-se obtido uma diferença estatisticamente significativa (U= 56.50, *p*= .037), sendo que quanto pior for a Satisfação com a interação com o filho, maior a probabilidade de o Estado emocional materno ser depressivo. No entanto, esta variável não apresenta relação estatisticamente significativa com a *PAP*, embora as diferenças obtidas relativamente à Dimensão 2 - Suscitar Comportamento (U= 67.00, *p*= .092) e à

Dimensão 4 - Crenças Situacionais (U= 71.00, $p= .099$) estejam no limiar da significância estatística (Tabela 18).

Tabela 18

Diferenças de Autoeficácia parental percebida e de Estado emocional segundo a Satisfação com o apoio familiar e a Satisfação com a interação com o filho (n=33)

Variáveis dependentes	Variáveis situacionais	Med	\bar{X}	DP	U Mann Whitney
EPAEPM	Satisfação com o apoio familiar				
Dimensão 1	Muita a completa (n=22)	15.00	14.00	1.80	U= 95.50
<i>Tomar Conta</i>	Pouca a moderada (n=11)	14.00	13.18	2.36	$p= .317$
Dimensão 2	Muita a completa (n=22)	22.50	23.05	4.05	U= 112.00
<i>Suscitar Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=11)	24.00	23.64	4.23	$p= .727$
Dimensão 3	Muita a completa (n=22)	19.00	19.14	2.51	U= 106.00
<i>Ler Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=11)	19.00	18.55	2.88	$p= .562$
Dimensão 4	Muita a completa (n=22)	12.00	11.00	1.31	U= 108.50
<i>Crenças Situacionais</i>	Pouca a moderada (n=11)	11.00	10.82	1.33	$p= .598$
Total	Muita a completa (n=22)	68.50	67.18	8.57	U= 118.00
	Pouca a moderada (n=11)	65.00	66.18	9.92	$p= .909$
EDPPE Total	Muita a completa (n=22)	6.00	6.73	4.99	U= 64.50
	Pouca a moderada (n=11)	12.00	10.45	4.44	$p= .030^*$
EPAEPM	Satisfação com a interação com o filho				
Dimensão 1	Muita a completa (n=24)	15.00	14.08	1.61	U= 79.500
<i>Tomar Conta</i>	Pouca a moderada (n=9)	13.00	12.78	2.68	$p= .236$
Dimensão 2	Muita a completa (n=24)	24.50	24.04	2.00	U= 67.00
<i>Suscitar Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=9)	21.00	21.11	3.64	$p= .092$
Dimensão 3	Muita a completa (n=24)	19.00	19.29	4.54	U= 80.50
<i>Ler Comportamento</i>	Pouca a moderada (n=9)	18.00	18.00	4.06	$p= .261$
Dimensão 4	Muita a completa (n=24)	12.00	11.17	1.97	U= 71.00
<i>Crenças Situacionais</i>	Pouca a moderada (n=9)	10.00	10.33	3.84	$p= .099$
Total	Muita a completa (n=24)	69.50	68.58	2.61	U= 72.00
	Pouca a moderada (n=9)	63.00	62.22	1.20	$p= .144$
EDPPE Total	Muita a completa (n=24)	5.50	6.87	4.74	U= 56.50
	Pouca a moderada (n=9)	9.00	10.89	4.99	$p= .037^*$

*Estatisticamente significativo ($p < .05$)

CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo será feita uma reflexão acerca dos resultados obtidos, através de uma discussão dos mesmos, organizados consoante as questões e hipóteses de investigação, tal como no capítulo anterior. Esta discussão tem por base uma análise crítica dos resultados obtidos, com ênfase em implicações tanto para a prática clínica, como para a investigação.

Antes de mais, deve-se considerar que a principal limitação, no que diz respeito à interpretação de resultados, encontra-se no facto de a amostra recolhida deter uma dimensão reduzida, o que implica uma interpretação cuidadosa dos resultados.

Salvagar-se também que a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo não é por si mesma uma ferramenta de diagnóstico e que, por essa razão, deve ser utilizada juntamente com o julgamento clínico. Além disso, esta também não serve para diagnosticar distúrbios da ansiedade, fobias ou distúrbios da personalidade (Cox et al., 1987).

Apesar destas limitações, o presente estudo contribui para uma melhor compreensão sobre a *Perceção de autoeficácia parental e o Estado emocional* das mães de RN prematuros, após a alta de uma UCIN.

6.1. NÍVEL DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA

A maioria das mães apresentaram uma elevada Autoeficácia parental percebida, ou seja, as mães têm uma opinião positiva face ao seu próprio desempenho. Isto permite que as mães, face a determinadas situações, tenham a convicção e segurança necessárias para abordar as dificuldades e façam um maior esforço no sentido de as ultrapassar, sem as evitar (Bandura, 1977; Premji et al., 2018; Shani-Sherman et al., 2018).

No entanto, cerca de um quinto das mães ainda indicaram uma *PAP* que não passa do razoável. Analisando em detalhe os dados, verificou-se que apenas cerca de metade das mães referiu ter recebido ensinamentos quando solicitou e cerca de um quarto considerou difícil ou muito difícil a prestação de cuidados. Há, por isso, necessidade de melhorar a preparação que é feita às mães, por parte da equipa de enfermagem, personalizando os ensinamentos às dificuldades identificadas.

Quanto aos resultados obtidos por outros autores, incluindo os resultados de Barnes e Adamson-Macedo (2007), autores da EPAEPM, as médias calculadas no presente estudo são ligeiramente superiores, ou seja, que as mães do presente estudo apresentam uma *Percepção de autoeficácia parental* superior comparativamente às mães nesses estudos (Tabela 19).

Tabela 19

Comparação das pontuações da EPAEPM do presente estudo com as pontuações totais obtidas por outros autores

EPAEPM	Presente estudo ± DP	\bar{X}		
		Hsiao et al. (2017)	Tristão et al. (2015)	Barnes & Adamson- Macedo (2007)*
Total ± DP	66.85 ± 8.90	63.6 ± 14.7	65.0 ± 12.9	59 ± 11.4

*Autores da EPAEPM

Esta diferença nos resultados pode estar relacionada com uma panóplia de fatores. O contexto difere visto que são estudos realizados em países diferentes, em que as UCIN e tipologia de cuidados neonatais prestados variam. O momento de aplicação do questionário é diferente uma vez que são aplicados ainda durante o internamento, enquanto que no presente estudo foi aplicado após a alta, no domicílio. Por fim, a própria amostra também é desigual, quer quanto à dimensão como relativamente à cultura das mães.

6.2. DIMENSÕES DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA PIOR PONTUADAS

As mães apresentaram uma *PAP* elevada em todas as dimensões, porém não deixamos de realçar as dimensões *Ler Comportamento* e *Suscitar Comportamento*, que foram menos pontuadas. Acredita-se que a autoeficácia influencia o comportamento, neste caso, das mães de RN prematuros perante adversidades. Devido a este facto e conforme os resultados obtidos, foi possível identificar que mães se sentiram com um pouco mais de dificuldade em identificar os sinais e comportamentos tidos pelo bebé. Como por exemplo, o que ele quer e que atividades não gosta. Além destas dificuldades, também identificamos que sentiram dificuldade a alegrar ou a acalmar o bebé (quando este está choroso ou irritado). Estes são itens que acabam por estar relacionados com a interação com o RN, com a qual a maioria refere encontrar-se completamente ou muito satisfeita (72.72%).

Quanto à *Percepção de autoeficácia parental* relacionada com o *Suscitar comportamento*, é de salientar que os únicos itens em que as mães declararam baixa autoeficácia parental estão relacionados com a capacidade de fazer o bebé feliz e à capacidade de deixar o bebé mais calmo quando ele esteve a chorar. Apesar da pouca interatividade inicial destes RN (inerente à

prematuridade), com o passar do tempo, estes tornam-se mais interativos, transmitindo assim mais claramente sinais, aos quais os cuidadores vão interpretando e respondendo. É possível que estes resultados estejam relacionados com o pouco tempo que tiveram para conhecer o seu filho, bem como a falta de experiência em interpretar os sinais de um RN. Porém, faz parte do papel dos enfermeiros ensinar a identificar e interpretar estes sinais, ainda durante o internamento na UCIN.

É relevante prestar atenção às respostas dadas aos itens da dimensão *Ler comportamento*, visto que o item relativo à capacidade de identificar se o seu bebé está doente apresenta uma pior pontuação. Dado ao facto que RN prematuros podem nascer com fragilidades, é pertinente que haja a prevenção da doença e de outras intercorrências que possam pôr em causa a sua saúde e bem-estar no domicílio. Para isso, é essencial a deteção precoce de sinais de alarme pelos pais, os cuidadores principais, para que haja uma intervenção o mais célere possível. A falta de identificação destes sinais leva à inação, o que pode ter consequências graves na criança. Por isso, todos os pais devem ser treinados e devem aprender, ainda durante o internamento, sinais tais como alterações na cor da pele, temperatura, dificuldade respiratória, gemido, dificuldade em mamar, vômitos, alterações no comportamento entre outros.

Comparando com os resultados dos estudos de outros autores, nomeadamente os autores da escala (Barnes & Adamson-Macedo, 2007), Hsiao et al. (2017) e Tristão et al. (2015), as médias obtidas para cada dimensão são equiparáveis. À semelhança do presente estudo, em todos estes estudos, a dimensão pior pontuada foi a *Ler comportamento* (Tabela 20).

Tabela 20

Comparação das pontuações das dimensões da EPAEPM do presente estudo com as pontuações obtidas por outros autores

EPAEPM	Presente estudo ± DP	Hsiao et al. (2017)	\bar{X} Tristão et al. (2015)	Barnes & Adamson-Macedo (2007)*
Dimensão 1 <i>Tomar Conta</i>	13.73 ± 2.00	12.8	13.2	11.6
Dimensão 2 <i>Suscitar Comportamento</i>	23.24 ± 4.06	22.5	22.7	21.2
Dimensão 3 <i>Ler Comportamento</i>	18.94 ± 2.61	18.1	18.2	17.1
Dimensão 4 <i>Crenças Situacionais</i>	10.94 ± 1.30	10.6	10.9	10.1

*Autores da EPAEPM

6.3. ESTADO EMOCIONAL

A nível global, a depressão atinge 4.4% da população, sendo mais comum em mulheres (WHO, 2017). Porém, como já foi referido, há uma maior incidência no pós-parto, afetando 10 a 15% das mulheres, e em mães de prematuros (18 a 22%), 1 mês após a alta (Hawes et al., 2016; Tahirkheli et al., 2014).

Os resultados obtidos relativamente ao *Estado emocional (EE)* das mães, se é depressivo ou não, não são díspares em relação a estudos prévios. Verificou-se um risco de depressão em 15.15% das mães, enquanto que cerca de um quarto do total da amostra provavelmente tem depressão. Portanto, cerca de 40% das mães questionadas apresentaram risco ou provável depressão, o que é um dado alarmante e que carece de atenção por parte da equipa clínica ainda durante o internamento. Desta forma, as mães poderão receber o apoio psicológico necessário, bem com a possibilidade de prevenir repercussões na interação entre mãe-filho e noutros aspetos da vida da mulher. O não tratamento adequado da depressão pós-parto pode levar a uma doença crónica.

O *Estado emocional* das mães de RN prematuros, em média, é de Sem risco de depressão. No entanto, é possível que mães Sem risco de depressão tenham sintomas negativos, podem é ser pouco duradores ou com baixa probabilidade de interferir com o dia-a-dia. Aliás, já Boykova (2016) refere que as mães têm frequentemente sintomas depressivos após a alta. As mães, mesmo que não apresentem risco, devem ter um acompanhamento regular feito por profissionais de saúde, que inclua a avaliação do EE, para que seja possível a atuação aquando do surgir dos primeiros sinais e sintomas de doença.

Um dos sintomas avaliados que requer especial atenção é a ideiação suicida, cuja identificação também consta na escala utilizada para avaliação do Estado emocional, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Caso se identifique este sintoma, é necessário determinar o risco de vida existente de forma a intervir o mais celeremente possível, uma vez que esta é considerada uma das complicações mais graves da doença.

6.4. RELAÇÃO ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA E O ESTADO EMOCIONAL

Verifica-se uma correlação negativa entre a *Perceção de autoeficácia parental* para a dimensão *Tomar Conta*, e o *Estado emocional*. Isso significa que uma mãe com uma perceção de pior

autoeficácia parental nos itens relativos ao *Tomar Conta*, ou seja, que não se considere capaz de manter o bebê distraído, a alimentá-lo, a dar-lhe banho e a trocar a fralda ou roupa, tem maior probabilidade de sofrer com depressão. Também pessoas com maior probabilidade de sofrer depressão, apresentam pior Autoeficácia parental percebida.

Outros autores também obtiveram resultados nesse sentido: Hawes et al. (2016) referem que a percepção maternal da uma pior habilidade para cuidar do seu filho afeta negativamente a sua saúde mental. Aliás, Boykova (2016) menciona que a aprendizagem dos cuidados por parte dos pais de RN prematuros é mais difícil, o que provoca mais emoções negativas. Por os pais questionarem a sua capacidade de prestar cuidados ao seu RN é que a preparação para a alta tem um papel importante numa transição para o domicílio bem-sucedida (Boykova, 2016; Garfield et al., 2014).

Enquanto que no presente estudo não foi encontrada uma relação entre a *PAP* total e o *EE*, outros autores concluem que há uma relação inversa entre ambos (Premji et al., 2018; Ribeiro & Kase, 2017).

6.5. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

Os resultados obtidos indicaram não existir uma associação significativa entre variáveis sociodemográficas em estudo e a *Percepção de autoeficácia parental (PAP)* ou o *Estado emocional (EE)* das mães de RN prematuros após a alta. Também Premji et al. (2018) referem que o *EE* não depende destas características maternas.

Relativamente a resultados que se aproximaram da significância estatística, como os obtidos relativos às relações entre a Idade da mãe e a *PAP* para a dimensão *Suscitar Comportamento*, entre a Idade da mãe e *PAP* para a dimensão *Ler Comportamento*, e entre as Habilitações literárias e o *EE*, Hsiao et al. (2017) mencionam que tanto a Idade como as Habilitações literárias maternas são preditoras da *PAP*. Em função destas variáveis a mãe terá uma maior facilidade ou não na compreensão do estado clínico e cuidados a ter com o seu bebê, o que por sua vez também pode contribuir para um *EE* menos depressivo.

6.6. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

Os resultados obtidos também permitem depreender que nenhuma das variáveis obstétricas e neonatais em estudo estão relacionadas com a *PAP* ou com o *EE*. Já Hawes et al. (2016) e Premji et al. (2018) concluíram não existir uma relação entre as características neonatais e o *Estado emocional* materno.

Contudo, Ionio et al. (2016), Hsiao et al. (2017) e Roque et al. (2017) concluíram que o baixo Peso à nascença e a baixa Idade gestacional estão relacionados com a existência de depressão. Estes estudos foram feitos em populações em que a Idade gestacional média inferior à do presente estudo, o que pode explicar a diferença de resultados. É possível que assim seja, pois quanto mais prematuro é o RN, mais se afasta do ideal imaginado pelos pais e mais intervenções invasivas necessita para manter a vida, levando assim à possibilidade de um pior *Estado emocional* materno.

Relativamente às características obstétricas, Barnes e Adamson-Macedo (2007), Premji et al. (2018), Ribeiro e Kase (2017), concluíram que múltiparas têm perceção de uma autoeficácia parental significativamente mais alta do que primíparas, visto que existe experiência prévia e um ajuste das expectativas.

Por fim, quanto ao Tipo de parto, Hsiao et al. (2017) referem que este é preditor da *PAP*, estando um parto eutócico associado a um a autoeficácia percebida superior, algo que vai surgindo na literatura por estar associado a um pós-parto com menos dor e outras complicações.

6.7. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SITUACIONAIS E A AUTOEFICÁCIA PARENTAL PERCEBIDA OU O ESTADO EMOCIONAL

Relativamente a variáveis situacionais, no presente estudo, não se encontrou relação entre Tipo de aleitamento e a *PAP* ou o *EE*. No entanto a literatura existente parece apontar para quem amamenta exclusivamente o seu filho referir uma maior autoeficácia parental e um *Estado emocional* mais positivo (Boykova, 2016; Gerhardsson, Hildingsson, Mattsson, & Funkquist, 2018; Hsiao et al., 2017; Premji et al., 2018).

Quanto à Satisfação com a interação com o filho, só se encontrou relação esta satisfação e o *Estado emocional*: mães menos satisfeitas com a interação que têm com o seu filho têm maior probabilidade de sofrer de depressão. No presente estudo, a maioria das mães referiram estar

completamente ou muito satisfeitas com a interação com o seu filho, o que é um resultado positivo. No entanto, é preciso ter em conta que os RN prematuros são frequentemente menos ativos e que respondem menos a determinados estímulos (Boykova, 2016). Como tal, o comportamento pode não corresponder às expectativas criadas, pelo que faz parte da função dos enfermeiros explicar o que esperar em cada idade gestacional corrigida.

No que diz respeito à Satisfação com o apoio familiar, os resultados indicam que uma menor satisfação com este apoio leva a um maior risco de depressão, o que está de acordo com os resultados de Boykova (2016), Heydarpour et al. (2017) e Shani-Sherman et al. (2018). Neste caso, maioria das mães referiram estar completamente ou muito satisfeitas com o apoio familiar, o que também é um bom resultado. Isto não significa que não se deva promover o envolvimento quer do pai quer de família alargada (como os avós), para que estes sejam uma fonte de apoio mais compreensiva e ajustada ao cuidar com características específicas como o cuidar de um RN prematuro.

Por fim, analisando o Tempo de internamento, embora Hawes et al. (2016), Ionio et al. (2016) e Roque et al. (2017) digam que o Tempo de internamento influencia a Perceção de autoeficácia e o *EE*, no presente estudo, não se obteve um resultado estatisticamente significativo. É possível que a diferença no resultado se deva à amostra, que apresenta uma média de Tempo de internamento inferior e mães de RN com Idades gestacionais superiores.

CONCLUSÃO

A transição de uma UCIN para o domicílio é um processo complexo para os pais de RN prematuros, visto que muitas crianças têm internamentos longos e têm alta enquanto ainda necessitam de cuidados e vigilância específica. Por isso, para facilitar esta adaptação, é essencial que haja preparação e planeamento da alta. A execução de intervenções adequadas ainda na unidade torna possível que os pais se consciencializem do seu papel ativo no desenvolvimento e crescimento do seu filho, levando ao aumento da sua capacidade de decidir e da sua autonomia. No entanto, ainda são pouco conhecidas as experiências dos pais aquando da sua adaptação ao domicílio.

O nível de adaptação, neste caso ao domicílio, resulta de estímulos ambientais e da própria pessoa, dependendo por isso das suas respostas. Como refere Roy (2009), quanto mais as respostas promoverem a integridade relativamente a objetivos de sobrevivência, crescimento, reprodução e mestria de habilidades, mais adaptativas serão. Porém, se a mãe tiver a perceção que, durante o internamento do seu RN, não ganhou as competências necessárias para ser eficaz na prestação de cuidados, no domicílio, ela porá em risco a própria adaptação e a segurança do seu filho. Este facto pode levar a um *Estado emocional* comprometido e tendencialmente negativo, como a depressão. É este contexto que motiva várias investigações de Enfermagem, sendo o presente estudo exemplo disso mesmo.

Os resultados obtidos indicam que a maioria das mães de RN prematuros tinham uma opinião positiva face ao seu próprio desempenho. Isto permite que as mães, quando expostas a determinadas situações durante a criação do seu filho, tenham a convicção e segurança necessárias para abordar as dificuldades e façam um maior esforço no sentido de as ultrapassar, sem as evitar. No entanto, deve-se ter igualmente em conta que cerca de um quarto das mães considera ter uma autoeficácia razoável.

A perceção relativa à eficácia ao *Ler Comportamento* foi a pior classificada pelas mães (embora ainda considerada de nível elevado) e inclui o item em que as mães identificaram maior dificuldade, que é o relativo à capacidade de identificar se o seu bebé está doente. Este dado pode indiciar que há particular necessidade de os enfermeiros da UCIN explicarem às mães os

sinais de alarme a que devem estar atentas e de treinarem como agir em função dos mesmos, para prevenir consequências graves para estas famílias.

A segunda dimensão pior pontuada em termos de Autoeficácia parental percebida é a relativa ao *Suscitar Comportamento*, relacionada com a interação com a criança e a obtenção de uma resposta face uma atitude da mãe (como tentar acalmar ou fazê-lo feliz). Face esse resultado, os enfermeiros da UCIN devem ensinar a identificar e interpretar os sinais, mesmo que mais limitados, de interação do RN prematuro.

Como foi referido, sendo o período perinatal uma época de risco acrescido para problemas do foro psicológico, através da avaliação do *Estado* emocional os resultados obtidos indicaram que cerca de um quarto das mães de prematuros provavelmente têm depressão, o que é ligeiramente pior do que o esperado nesta população. São resultados alarmantes que fundamentam a necessidade de identificação de situações de risco, possibilitando assim o apoio psicológico e encaminhamento destas mães para tratamentos adequados. No caso da unidade de saúde na qual estas mães tiveram o seu RN internado, esta não tem qualquer tipo de avaliação sistemática desta condição, pelo que se sugere a implementação de um programa de avaliação e apoio a estas mães.

A saúde mental é deve ser foco de atenção por toda a equipa clínica, mesmo dos enfermeiros especialistas no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Estes prestam cuidados de nível avançado, avaliando também a família e respondendo às suas necessidades, tendo em conta o processo adaptativo em que se encontram. Isto porque se o RN depende da família, os pais também têm de estar aptos a prestar os cuidados necessários. Por isso, é necessário prestar atenção a várias vertentes, tanto dos pais como dos filhos, incluindo o seu *Estado emocional*, que pode ter várias implicações no dia-à-dia da criança.

Ainda relativamente ao *Estado emocional*, outros resultados obtidos indicaram que quanto menor for a autoeficácia parental percebida relativa ao *Tomar Conta*, maior o risco de depressão. Pelo que a maioria das mães referiu, receberam ensinamentos ao longo do internamento, estes corresponderam às suas expectativas, e participaram nos cuidados durante o internamento. No entanto, ainda há margem para melhoria, e este resultado reforça a necessidade de ensinamentos ajustados adequados às necessidades e de envolvimento dos pais na prestação de cuidados para que possam desenvolver competências e habilidades. Tendo em conta o modelo de parceria de cuidados de Casey (1995) e recomendações pela OE (2011b, 2011a), que os enfermeiros devem capacitar e empoderar os pais em todas as oportunidades, maximizando as interações no tempo

limitado disponível (Mercer, 2006). Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar contribuições para o cumprimento desses princípios.

Também foi possível verificar que quanto menor era a Satisfação com a interação com o filho, maior o risco de depressão. Face as limitações que os RN prematuros apresentam, quando comparado com um RN de termo, é compreensível que mães que não tenham conhecimento prévio acerca da prematuridade. Esta falta de experiência faz com que necessitem de uma maior ajuda na interpretação dos comportamentos do filho para que possam ajustar as expectativas à realidade. São também os enfermeiros os profissionais de saúde com condições ideais para facilitar a adaptação ao bebé real.

Outros resultados fulcrais para a prática clínica indicaram que quanto menor é a Satisfação com o apoio familiar, maior o risco de depressão. Tendo em conta que a família é a principal fonte de apoio, além dos profissionais de saúde, a família (pai e avós da criança) tem um papel importante no apoio à mãe. No entanto, também é necessário que estes familiares sejam envolvidos nos cuidados numa UCIN, para que o apoio que prestem seja adequado face as especificidades da prematuridade.

Embora o pai já seja mais envolvido na prestação de cuidados ao RN numa UCIN, a mãe ainda é vista como a prestadora de cuidados principal e os avós muitas vezes veem a sua participação reduzida a um nível mais limitado. Como tal, o papel destes familiares tem sido pouco estudado. Propõe-se por isso a realização de estudos que abordem também os progenitores masculinos e a família alargada. Assim, é possível promover a criação de conhecimento científico que proporcione a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a compreensão de como a família pode ajudar em todo o processo de modo a obter ganhos em saúde.

Relativamente às restantes variáveis estudadas, os resultados obtidos não corroboram a existência de associação nem entre variáveis sociodemográficas ou variáveis obstétricas e neonatais e a *Perceção de autoeficácia parental* ou o *Estado emocional* das mães de RN prematuros após a alta.

Face ao exposto, é relevante a mobilização de enfermagem dirigidos a estes fatores influenciadores do bem-estar materno e infantil, de modo a promover uma resposta adaptativa eficaz, quer durante o internamento como após a alta (Roy, 2009). Mesmo os enfermeiros da UCIN podem prestar apoio no domicílio, por exemplo, implementando um programa de “Acompanhamento de prematuros após a alta” através de contactos telefónicos, permitindo

compreender se as respostas dadas durante o internamento ainda se verificam no domicílio ou se necessitam de algum tipo de reforço.

Relativamente ao presente estudo, de destacar novamente que, considerando o tamanho da amostra, deve haver prudência na interpretação destes resultados e que, face a crescente e inevitável existência de RN prematuros a nível global, é essencial que outros autores aprofundem conhecimentos neste âmbito. Por isso, sugere-se a realização posterior de estudos, noutras unidades neonatais e com amostras de maiores dimensões. Aquando da aplicação dos questionários, muitas das mães manifestaram a vontade de partilhar experiências, tanto as vividas na UCIN como após o internamento, o que é um exemplo da sua disponibilidade para contribuir para a melhoria dos cuidados a estas e outras mães.

A avaliação da *Perceção de autoeficácia parental* também serve como um avaliador da adequação dos cuidados dos enfermeiros, permitindo compreender em que áreas se pode investir mais para promover os melhores cuidados possíveis aos RN prematuros e fomentar o aumento da confiança das mães. É fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de identificação das situações em que as mães estão num *Estado emocional* negativo como a depressão pós-parto, especialmente (mas não limitado a), em mães de RN prematuros. Só assim é possível intervir de modo a promover a segurança e saúde tanto das mães dos RN como dos próprios RN, rentabilizando recursos e acompanhamento existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2016). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from neonatal intensive care unit: a meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27–51.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
- Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. (2018). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge with grandmothers as their main support. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17–18), 3377–3386. <https://doi.org/10.1111/jocn.13868>
- Amorim, M., Silva, S., Irving, M. K., & Alves, E. (2017). Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Quality of Life Research*, 27(5), 1119–1131.
<https://doi.org/10.1007/s11136-017-1771-6>
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: versão de Outubro de 2013. Em WMA (Ed.), *64^a Assembleia Geral*. Fortaleza.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700033778>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Em V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71–81). New York: Academic Press.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310.
- Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 550–560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x>

- Bastani, F. (2015). Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(1). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/10356.5444>
- Boykova, M. (2016). Transition from hospital to home in parents of preterm infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 30(4), 327–348. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000211>
- Brødsgaard, A., Helth, T., LundAndersen, B., & Petersen, M. (2017). Rallying the troops: how sharing knowledge with grandparents supports the family of preterm infant in neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 17(3), E1–E10. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000360>
- Calsina, S. P., Obregón Gutiérrez, N., Calle Del Fresno, S., Besa, M. E., Codina, L. C., & Tricas, J. G. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros: estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof*, 19(1), 21–27.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A.-B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... Gülmezoglu, A. M. (2018). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), e37–e46. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)
- Cheng, Y.-C., Chen, L.-L., Chang, Y.-S., Li, T.-C., Chen, C.-J., & Huang, L.-C. (2018). The effectiveness of learning portfolios in learning participation and learners' perceptions of skills and confidence in the mother of preterm infant. *Midwifery*, 62, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.010>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S5–S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387–396. [https://doi.org/10.1111/j.1365-](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x)

2648.2004.03302.x

- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: rede de referência materno-infantil*. Lisboa: Autor.
- Euro-Peristat Project. (2018). *European perinatal health report*. União Europeia.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual and Reproductive Healthcare, 5*(3), 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>
- Fowler, C., Green, J., Elliott, D., Petty, J., & Whiting, L. (2019). The forgotten mothers of extremely preterm babies: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 28*(11–12), 2124–2134. <https://doi.org/10.1111/jocn.14820>
- Frisman, G. H., Eriksson, C., Pernehed, S., & Mörelius, E. (2012). The experience of becoming a grandmother to a premature infant: a balancing act, influenced by ambivalent feelings. *Journal of Clinical Nursing, 21*(21–22), 3297–3305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04204.x>
- Galeano, M., & Carvajal, B. V. (2016). Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 16*(3), 105–109. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.007>
- Galeano, S., Marín, S., & Semenic, S. (2017). Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents. *Investigación y Educación en Enfermería, 35*(1), 100–108. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a12>
- Garfield, C. F., Lee, Y., & Kim, H. N. (2014). Paternal and maternal concerns for their very low-birth-weight infants transitioning from the NICU to home. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 28*(4), 305–312. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000021>
- Gerhardsson, E., Hildingsson, I., Mattsson, E., & Funkquist, E.-L. (2018). Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. *Acta Paediatrica, 107*(5), 799–805. <https://doi.org/10.1111/apa.14229>
- Gist, M. E., & Mitchell, T. B. (1992). Self-efficacy: a theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review, 17*(2), 183–211. <https://doi.org/10.5465/amr.1992.4279530>

- Glidewell, J. C., & Livert, D. E. (1992). Confidence in the practice of clinical psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(5), 362–368.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.5.362>
- Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R., & Vohr, B. (2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *Journal of Pediatrics*, 179, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.07.008>
- Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: the moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 423–437.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.002>
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z., & Bakhtiari, M. (2017). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 138–148.
<https://doi.org/10.1111/jan.13099>
- Hsiao, R., Pitetti, K., & Smith, B. (2017). Application of perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) questionnaire in a mid-west community medical center NICU in the united states. *Neonatal and Pediatric Medicine*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2572-4983.1000106>
- Ingram, J., Powell, J. E., Blair, P. S., Pontin, D., Redshaw, M., Manns, S., ... Fleming, P. J. (2016). Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? *BMJ Open*, 6(3), e010752. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010752>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. (Autor, Ed.). Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: Autor.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in nicu: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Fleegler, E., Kipke, M., Friedlich, P. S., ... Belfort, M.

- (2017). The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(38), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0602-3>
- Lei n.º 21/2014 de 16 de abril. Diário da República n.º 75/2014 - I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Mäkelä, H., Axelin, A., Feeley, N., & Niela-Vilén, H. (2018). Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery*, 62, 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.003>
- March of Dimes, The Partnership for Maternal Newborn and Child Health, Save the Children, & WHO. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. (C. P. Howson, M. V. Kinney, & J. L. Awn, Eds.). Geneva: WHO.
- Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. del M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5.ª ed.). Filadélfia: LWW.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of Affective Disorders*,

246, 522–529. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.124>

Moradi, S., Arshdi-Bostanabad, M., Seyedrasooli, A., Tapak, 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 Research*, 23(3), 172. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_110_17

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 1). Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. 3). Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parhiz, Z., Helal Birjandi, M., Khazaie, T., & Sharifzadeh, G. (2017). The effects of an empowerment program on the knowledge, self-efficacy, self-esteem, and attitudes of mothers of preterm neonates. *Modern Care Journal*, 13(3), e12037. <https://doi.org/10.5812/modernc.12037>

Peyrovi, H., Mosayebi, Z., Mohammad-Doost, F., Chehrzad, M. M., & Mehran, A. (2016). The effect of empowerment program on «perceived readiness for discharge» of mothers of premature infants. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(5), 752–757. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1017461>

Porat-Zyman, G., Taubman-Ben-Ari, O., & Spielman, V. (2017). Dyadic transition to parenthood: a longitudinal assessment of personal growth among parents of pre- and full-term infants. *Stress and Health*, 33(1), 24–34. <https://doi.org/10.1002/smi.2669>

Portaria nº 8/2014 de 14 de janeiro. (sem data). *Diário da República nº9/14 – I Série*. (M. da Saúde., Ed.). Lisboa, Portugal.

Premji, S. S., Pana, G., Currie, G., Dosani, A., Reilly, S., Young, M., ... Lodha, A. K. (2018). Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1120–1133. <https://doi.org/10.1111/jocn.14190>

Provenzi, L., Barelllo, S., Fumagalli, M., Graffigna, G., Sirgiovanni, I., Savarese, M., &

- Montirosso, R. (2016). A Comparison of Maternal and Paternal Experiences of Becoming Parents of a Very Preterm Infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(4), 528–541. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.04.004>
- Razmus, I. (1993). *Maternal adjustment to premature birth : utilizing the roy adaptation model as a theoretical framework*. Grand Valley State University. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3935.0007>
- Ribeiro, N. A., & Kase, J. S. (2017). The evolution of parental self-efficacy in knowledge and skill in the home care of preterm infants. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 6(1), e060118. <https://doi.org/10.7363/060118>
- Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., & Hegadoren, K. (2017). Scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River: Pearson.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Shani-Sherman, T., Dolgin, M. J., Leibovitch, L., & Mazkereth, R. (2018). Internal and external resources and the adjustment of parents of premature infants. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9583-6>
- Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., McCaffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 6, 975–987. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S54666>
- Tristão, R. M., Neiva, E. R., Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. (2015). Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 277. <https://doi.org/10.7322/jhgd.96759>
- Twohig, A., Reulbach, U., Figuerdo, R., McCarthy, A., McNicholas, F., & Molloy, E. J. (2016). Supporting preterm infant attachment and socioemotional development in the neonatal intensive care unit: staff perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 160–171. <https://doi.org/10.1002/imhj.21556>

- Vanier, C. (2016). The relationship between the parents and the premature baby. *International Forum of Psychoanalysis*, 26(1), 29–32.
<https://doi.org/10.1080/0803706X.2016.1186837>
- White, Z., Gilstrap, C., & Hull, J. (2017). “Me against the world”: parental uncertainty management at home following neonatal intensive care unit discharge. *Journal of Family Communication*, 17(2), 105–116. <https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1233105>
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: Author.
- Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R., & Weisberg, D. (2017). Self-report measures of parental self-efficacy: a systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 2960–2978. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Administração e Comissão de Ética do CHTV



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	03/15/04/2019
Designação	Pedido de autorização para realização de estudo quantitativo sob o tema "Perceção de Autoeficácia Parental e Estado Emocional das Mães de Recém-Nascidos Prematuros, no Primeiro Mês após a Alta."
Coord. /Inv. Principal	Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque
Data do documento	27 março 2019
Data de Entrada na CES	10 abril 2019
Data de Deliberação CES	15 abril 2019

Analisado o pedido de autorização para realização de estudo quantitativo sob o tema "Perceção de Autoeficácia Parental e Estado Emocional das Mães de Recém-Nascidos Prematuros, no Primeiro Mês após a Alta, cuja investigadora é a Enfermeira Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque, esta CES deliberou nada haver a opor em relação ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 15/04/2019:

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração
Enf. Carlos Portugal
Enfermeiro
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ush:
à Comissão de
ética

A

29/03/19

A Dra. Diana Soares (Licenciada em Enfermagem e Enfermeira na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, a frequentar o X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), proponho-me a desenvolver um estudo quantitativo sob o tema "Perceção de Autoeficácia Parental e Estado Emocional das Mães de Recém-Nascidos Prematuros, no Primeiro Mês após a Alta".
A Dra. Diana Soares
Base. Enfo. Diária
27/03/19
EPE

Finalizada
Comissão de Ética
para a pesquisa
28/3/2019

Dr. Helena Pina
Diretora Clínica

Eu, Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque, Licenciada em Enfermagem e Enfermeira na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, a frequentar o X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), proponho-me a desenvolver um estudo quantitativo sob o tema "Perceção de Autoeficácia Parental e Estado Emocional das Mães de Recém-Nascidos Prematuros, no Primeiro Mês após a Alta".

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a sua autorização para aplicar um questionário para colheita de dados a mães de recém-nascidos prematuros que tenham tido um internamento na já referida Unidade de Neonatologia.

Este estudo surgiu do facto de haver uma taxa de nascimentos pré-termo, em Portugal, de cerca de 8%, sendo estes internados em unidades especializadas por necessidade de acompanhamento por uma equipa de enfermagem que presta apoio. Esses internamentos estão associados a dificuldades e emoções negativas dos pais, no entanto, pouco se sabe sobre a experiência destes pais em casa, após a alta, tanto relativamente ao seu nível de confiança como ao seu estado emocional.

A literatura sugere que o estado emocional da mãe está relacionado com a sua perceção de autoeficácia parental, sendo a confiança na capacidade de desempenho, neste caso, relativa ao cuidado do seu RN, suporte da motivação e da segurança necessárias para exercer o seu novo papel.

Portanto, dependendo do seu estado emocional e da perceção de autoeficácia, as mães irão criar expectativas que determinam o esforço que vão aplicar face a obstáculos ou experiências adversas, tendo assim implicações no cuidar do seu filho.

Os objetivos do estudo, referentes ao primeiro mês após a alta, são: analisar a perceção de autoeficácia parental das mães de recém-nascidos prematuros; analisar o estado emocional das mães de recém-nascidos prematuros; analisar a relação entre a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional; analisar a relação das variáveis sociodemográficas com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional; analisar a relação das variáveis obstétricas e neonatais, com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional; analisar a relação das variáveis situacionais, com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional.

A orientação académica é da responsabilidade do Senhor Professor Manuel Gameiro, professor coordenador da ESENFC.

As mães serão incluídas se o seu filho tiver tido um internamento com permanência superior a 24h na referida unidade e se souberem ler e compreender português. Excluem-se mães de RN que têm malformações genéticas ou perturbações neurológicas e mães com menos de 18 anos.

As mães serão informadas da natureza e objetivos do estudo, sendo-lhes assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas e o direito de recusa de participação, sendo expresso o compromisso com o código de ética da investigação.

O projeto de investigação já foi submetido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UCISA-E), da referida escola, aguardando o parecer.

Prevê-se que a colheita de dados se processará entre abril e junho do presente ano de 2019.

Ao presente requerimento, encontra-se anexado o projeto de investigação, o questionário e o termo de consentimento informado.

Agradeço desde já a atenção e colaboração,

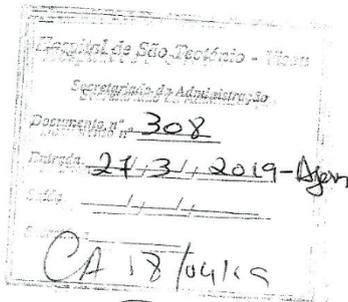
Peço deferimento,

Diana Rosa Soares de Costa Albuquerque

Diana Rosa Soares Costa Albuquerque

962199799

Viseu, 27 de março de 2019



CA, 18.04.19
Aprovado
Reunião: 18.04.19

CONSELHO
ADMINISTRAÇÃO

Presidente
(Cláudio Correia)
Vogal Executivo
(Nuno Duarte)
Vogal Executivo
(Lúcia Costa)
Diretora Clínica
(Hélina Pinho)
Enfermeiro Diretor
(Carlos Portugal)

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N° P567-03/2019

Título do Projecto: Perceção de autoeficácia parental e estado emocional das mães de recém-nascidos prematuros, no primeiro mês após a alta

Identificação das Proponentes

Nome(s): Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Manuel Gonçalves Henriques Gameiro

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) analisar a perceção de autoeficácia parental das mães de RN prematuros, no primeiro mês após a alta; b) analisar o estado emocional das mães de RN prematuros, no primeiro mês após a alta; c) analisar a relação entre a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional, no primeiro mês após a alta; d) analisar a relação das variáveis sociodemográficas com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional, no primeiro mês após a alta; e) analisar a relação das variáveis obstétricas e neonatais, com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional, no primeiro mês após a alta; f) analisar a relação das variáveis situacionais, com a perceção de autoeficácia parental das mães e o seu estado emocional, no primeiro mês após a alta.

Segundo os autores o estudo é quantitativo descritivo e correlacional e transversal, em que a amostra será constituída por mães de RN prematuros (que tenham nascido entre as 24 e as 36 semanas e 6 dias de gestação), que tenham estado internados na Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, seleccionados de modo não probabilística, de carácter accidental, sendo constituída por todos os casos que, cumprindo os critérios definidos, demonstrem disponibilidade para participar no estudo. Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos.

Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo, o presente parecer não dispensa a autorização formal de todas as entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 23/4/2019

O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

APÊNDICE

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA COD ____
X MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Instrumento de Colheita de Dados

Este questionário é **anónimo** e todos os dados serão tratados de forma **confidencial**.

Obrigada pela sua colaboração.

Preencha os campos seguintes.

1. Idade: ____ anos.

2. Estado civil:

Solteira União de facto Casada
 Divorciada Viúva Outro

3. Habilitações literárias (escolha apenas uma):

4º ano 9º ano 12º ano Licenciatura
 Mestrado Doutoramento Outro

4. Atividade profissional: _____

5. Zona de Residência:

Urbana Rural

6. Com quem vive?

Sozinha Com o companheiro Com os pais/ sogros Outro

7. Tem mais do que um filho?

Sim Não

7.1. Se respondeu "Sim", mais algum nasceu prematuro?

Sim Não

8. Tipo de parto:

Normal/Eutócico Forceps ou Ventosa Cesariana

9. Idade gestacional do seu filho, à nascença: ____ semanas e ____ dias

10. Sexo do seu filho:

Masculino Feminino

11. Peso do seu filho à nascença: _____ gramas

12. Tempo de internamento do seu filho: _____ dias

13. Há quanto tempo teve alta? _____ dias

14. Tipo de alimentação do seu filho:

Amamenta Leite de fórmula Misto

15. Como classificaria a sua satisfação com as práticas de preparação para a alta?

Completamente satisfeita Muito satisfeita Satisfeita
 Pouco satisfeita Nada satisfeita

16. Durante o internamento, o que lhe foi ensinado correspondeu às suas expectativas?

Sim Não

17. Em que altura lhe foram realizados os ensinamentos? Pode indicar mais que um momento.

Ao longo do internamento No momento da alta Sempre que solicitou

18. Durante o internamento, participou nos cuidados ao seu filho?

Sim Não

19. Como classifica a dificuldade que tem na prestação de cuidados ao seu filho prematuro?

Muito fácil Fácil Normal Difícil Muito difícil

20. Como classifica a sua satisfação com o apoio familiar?

Completamente satisfeita Muito satisfeita Satisfeita
 Pouco satisfeita Nada satisfeita

21. Como classifica a sua satisfação com as interações com o seu filho prematuro?

Completamente satisfeita Muito satisfeita Satisfeita
 Pouco satisfeita Nada satisfeita

Escala de Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna

(Barnes & Adamson-Macedo, 2007; Adaptação por Tristão, Neiva, Barnes & Adamson-Macedo, 2015)

De modo a saber como se sente preparada para cuidar do seu recém-nascido, gostaria que respondesse a algumas questões. Por favor, assinale com uma cruz, na seguinte escala, a resposta com que mais se identifica.

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Eu acredito que sei dizer quando o meu bebé está cansado e precisa de dormir				
Eu acredito que tenho controlo sobre os cuidados com o meu bebé				
Eu consigo ver quando o meu bebé está doente				
Eu consigo compreender os sinais do meu bebé				
Eu consigo fazer o meu bebé feliz				
Eu acredito que o meu bebé responde bem a mim				
Eu acredito que eu e o meu bebé temos uma boa relação				
Eu consigo deixar o meu bebé mais calmo quando ele está a chorar				
Eu sou boa a acalmar o meu bebé quando ele está triste				
Eu sou boa a acalmar o meu bebé quando ele está irritado				
Eu sou boa a acalmar o meu bebé quando ele não para de chorar				
Sou boa a acalmar o meu bebé quando ele fica mais impaciente				
Eu sou boa a entender o que o meu bebé quer				
Eu sou boa a conseguir a atenção do meu bebé				
Eu sou boa a saber quais as atividades que o meu bebé não gosta				
Eu sou boa a manter o meu bebé distraído				
Eu sou boa a alimentar o meu bebé				
Eu sou boa a dar banho ao meu bebé				
Eu sou boa a trocar a fralda e roupa do meu bebé				
Eu sei mostrar o meu afeto pelo meu bebé				

Estado emocional (EPDS)

(Cox, Jolden e Sagovsky, 1987; Adaptação por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996)

Assinale a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

2. Tenho tido esperança no futuro.

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II - Declaração de consentimento esclarecido

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O meu nome é Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque, sou enfermeira do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, na Unidade de Neonatologia, e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Estou a realizar um estudo com o título “Perceção de autoeficácia parental e estado emocional das mães de recém-nascidos prematuros, no primeiro mês após a alta”, que tem como objetivo geral “Analisar a perceção de autoeficácia parental e o estado emocional das mães de RN prematuros, no primeiro mês após a alta”, ou seja, quando já está em casa com o seu filho.

Para esse efeito, necessito da sua colaboração para a colheita de dados que será efetuada através de um questionário. As informações recolhidas serão mantidas sob anonimato, não sendo possível relacionar o conteúdo com a sua identidade.

O orientador do estudo é o Professor Doutor Manuel Gameiro.

Para participar neste estudo, tem de estar ciente que:

1. A sua participação é **voluntária** e uma recusa não implicará qualquer dano ou prejuízo.
2. Caso aceite, **preencherá um questionário** sobre a sua perceção de autoeficácia e estado emocional após a alta.
3. É **livre de retirar o consentimento** e, em qualquer momento, deixar de participar no presente estudo.
4. A informação recolhida é para **uso exclusivo desta investigação** e será mantida sobre estrito **anonimato**;
5. Caso queira contactar a investigadora, pode fazê-lo através do número 962199799 ou por e-mail enf.dianaalb@gmail.com.

Se após tomada de conhecimento dos aspetos atrás enunciados, tendo oportunidade de colocar qualquer outra questão ou dúvida, aceita participar:

Eu, abaixo assinado, aceito participar neste estudo e asseguro que a minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com o mesmo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Recebi uma cópia deste consentimento e tive a possibilidade de o poder ler e esclarecer dúvidas.

Assinatura da participante,

___/___/2019

Assinatura do pesquisador responsável,

(Diana Rosa Soares da Costa Albuquerque)