

Susana Cristina Gomes Ferreira

Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo

IPV - ESSV | 2012



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Susana Cristina Gomes Ferreira

Auto-Percepção Materna das Competências
no Cuidar do Recém-Nascido de Termo

Outubro de 2012

Susana Cristina Gomes Ferreira

Auto-Percepção Materna das Competências
no Cuidar do Recém-Nascido de Termo

Tese de Mestrado

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de SMOG

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Emília Coutinho. Professor Doutor João Duarte.

Outubro de 2012



“Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugná-la-íamos, se a tivéssemos. O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.”

Fernando Pessoa

Dedicatória

Dedicamos este trabalho a todas as mães/famílias, aos profissionais de saúde que cuidam deles e aos docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu que tornaram possível este trabalho.

Agradecimentos

Gostaríamos de enaltecer o apoio dado por todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a conclusão do presente trabalho.

Agradecemos à Professora Emília Coutinho e ao Professor Dr. João Duarte a orientação recebida, sugestões e críticas para a concretização deste trabalho.

Agradecemos especialmente à colega e amiga Betty Arias por ter apoiado e ajudado nos momentos mais difíceis e ter partilhado o seu conhecimento.

Agradecemos à minha família, colegas e amigos por sempre estarem presentes.

Finalmente agradecemos a todas as mães/pais que aceitaram fazer parte deste trabalho.

RESUMO ANALÍTICO

Enquadramento: Cuidar do recém-nascido (RN) no domicílio é uma experiência exigente que envolve os pais, altura que enfrentam muitas dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências cuidativas.

Objectivos: Analisar o nível de competências maternas auto-percebidas (CMAP) das puérperas no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto, quanto às dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva. Avaliar o nível de conhecimento das puérperas relativamente ao transporte seguro do RN de termo. Determinar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e obstétricas e a CMAP das puérperas no cuidar o RN de termo.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico-correlacional, de corte transversal. A amostra é constituída por 212 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário subdividido em três partes: dados sócio-demográficos e obstétricos, dados sobre o transporte do RN e Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais de Santos & Mendes (2004).

Resultados: A maior parte das puérperas (55,7%) apresenta um alto nível de competência cuidativa, no entanto, 35,4% apresenta um baixo nível e 9% um nível moderado, sendo que a dimensão cognitivo-motora apresenta uma média mais alta que a dimensão cognitivo-afectiva. Uma alta percentagem de puérperas (34%) apresenta um baixo nível de conhecimento sobre o transporte do RN. São as puérperas que têm algum conhecimento sobre a legislação relativa ao transporte do bebé no automóvel que referem uma maior CMAP em relação à “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal” e “evitar os perigos”.

As variáveis gravidez planeada, gravidez desejada e aceitação da gravidez influenciam a CMAP. Também, as mulheres imigrantes apresentam uma maior CMAP no que se refere à “alimentação”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. São as mulheres com menos habilitações literárias (até ao 9º ano) as que mostram uma maior CMAP na “alimentação” e na “comunicação/estimulação”. Ainda, as puérperas que vivem com o companheiro/filhos e as que têm mais filhos ostentam uma maior CMAP em todas as subescalas. De igual forma, a experiência prévia com bebés relaciona-se positivamente com a CMAP em todas as subescalas. As mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior CMAP em cinco das seis subescalas (“evitar os perigos”, “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”). Nestas quatro últimas subescalas são as mulheres que vigiaram a gravidez no privado as que apresentam a menor CMAP. Inexplicavelmente as mulheres que realizaram preparação para o parto mostram uma menor CMAP nas subescalas “alimentação”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação” que aquelas que não a realizaram. As variáveis em estudo, idade, estado civil, actividade laboral, tipo de parto actual, problema de saúde, aleitamento materno e vigilância da gravidez, não influenciam a CMAP.

Conclusão: Neste estudo analisamos a auto-percepção das mães acerca do seu nível de competência e os factores que nela interferem, permitindo posteriormente dirigir os ensinamentos efectuados ao longo do internamento.

Palavras-chave: Auto-percepção Materna, Competências Cuidativas, Recém-nascido.

ABSTRACT

Placement: Taking care of the newborn (NB) is a demanding experience that involves parents at home, when they face many difficulties related to the development of caring competencies.

Objectives: To analyse the level of Maternal Self-perceived Competencies (MSPC) of mothers in caring of the term NB between the 24 and 72 hours postpartum, as for the cognitive-motor and cognitive-affective dimensions. To assess the knowledge level of mothers regarding the safe transport of term NB. To determine the relationship between socio-demographic and obstetric variables and MSPC of the women caring of the term NB.

Methods: This is a quantitative, descriptive, analytic-correlational and cross-sectional study. The sample consists of 212 women inmate in the Obstetrics service of a Central Hospital in the center region of Portugal. Data collection was conducted through a questionnaire which consists of three parts: socio-demographic and obstetric data, the NB transport and a Self-perception of Maternal Neonatal Caring Competencies Scale (Santos & Mendes, 2004).

Results: The majority of the women (55.7%) have a high level of caring competencies; however, 35.4% has a low level and 9% a moderate level, also the cognitive-motor dimension presents a higher average than the cognitive-affective dimension. A high percentage of women (34%) had a low level of knowledge about the NB transport. There are the mothers who have some knowledge about car transport legislation that have a greater MSPC concerning to the "health and comfort," "maintenance of body temperature" and "avoid the dangers."

Variables as planned pregnancy, wanted pregnancy and pregnancy acceptance influence the MSPC. Also, immigrant women have a higher MSPC concerning the "food", "avoid the dangers", "sleep and rest" and "communication/stimulation" subscales. Are women with fewer qualifications (up to 9th grade) who show the greater MSPC in "food" and "communication/stimulation" subscales. Those mothers living with partner/child and those which have other children are the ones who carry a greater MSPC in all subscales. Similarly, previous experiences with babies are positively related with MSPC in all subscales. Women whose watched pregnancy in a public character institution, have a higher MSPC in five of the six subscales ("avoid the dangers", "food", "maintaining body temperature", "sleep/rest" and "communication/stimulation"). In those last four subscales are women who watched pregnancy in a private institution who have the lowest MSPC. Inexplicably women who frequented childbirth preparation show a lower MSPC in the "food", "sleep/rest" and "communication/stimulation" subscales than those who did not accomplish that. The variables age, marital status, employment activity, current type of birth, health problem, breastfeeding and surveillance of pregnancy, do not influence the MSPC.

Conclusion: In this study we have analysed the mothers' self-perception about their level of competencies and the factors that affect it, which will allow us directing later, the teachings made throughout the internment.

Keywords: Maternal Self-perception, Caring Competencies, Newborn.

ÍNDICE

	p.
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
ÍNDICE DE SÍMBOLOS	
1 – INTRODUÇÃO	25
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 – AUTO-PERCEPÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS	31
2.1 – AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MATERNA AUTO-PERCEBIDA.....	34
3 – O RECÉM-NASCIDO DE TERMO	37
3.1 – NECESSIDADES DO RN DE TERMO.....	40
3.1.1 – Alimentação.....	40
3.1.2 – Higiene e conforto.....	41
3.1.3 – Manutenção da temperatura corporal.....	44
3.1.4 – Evitar os perigos.....	44
3.1.5 – Sono e repouso.....	45
3.1.6 – Comunicação/estimulação.....	46
4 – “ALTA SEGURA”: O ADEQUADO TRANSPORTE DO RN	49
4.1 – CRITÉRIOS NA ESCOLHA DO SISTEMA DE RETENÇÃO.....	50
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
5 – METODOLOGIA	57
5.1 – MÉTODOS.....	57
5.2 – PARTICIPANTES	61
5.2.1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra	61
5.3 – INSTRUMENTOS	64

5.3.1 – Estudo psicométrico da EAPMCCN.....	68
5.4 – PROCEDIMENTOS	70
5.5 – ANÁLISE DE DADOS	70
6 – RESULTADOS	73
6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	73
6.1.1 – Caracterização da amostra segundo a vigilância da gravidez.....	73
6.1.2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas.....	75
6.1.3 – Transporte do RN.....	78
6.1.4 – Competência materna auto-percebida.....	81
6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	84
7 – DISCUSSÃO	99
7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	99
7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	100
8 – CONCLUSÃO/SUGESTÕES DO ESTUDO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados	135
APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira	141
APÊNDICE III – Autorização do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira	143
APÊNDICE IV – Consentimento informado	145

5.3.1 – Estudo psicométrico da EAPMCCN.....	68
5.4 – PROCEDIMENTOS	70
5.5 – ANÁLISE DE DADOS	70
6 – RESULTADOS	73
6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	73
6.1.1 – Caracterização da amostra segundo a vigilância da gravidez.....	73
6.1.2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas.....	75
6.1.3 – Transporte do RN.....	78
6.1.4 – Competência materna auto-percebida.....	81
6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	84
7 – DISCUSSÃO	99
7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	99
7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	100
8 – CONCLUSÃO/SUGESTÕES DO ESTUDO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados	135
APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira	141
APÊNDICE III – Autorização do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira	143
APÊNDICE IV – Consentimento informado	145

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas.....	63
Tabela 2 – Índice de conhecimento sobre o transporte do RN.....	65
Tabela 3 – Medidas descritivas do Índice de Conhecimento sobre o transporte do RN	66
Tabela 4 – Níveis do Índice de Conhecimento sobre o transporte adequado do RN.....	66
Tabela 5 – EAPMCCN: consistência interna (estudo dos itens).....	68
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a vigilância da gravidez	74
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas.....	77
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o transporte do RN.....	80
Tabela 9 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função do conhecimento de uma lei sobre o transporte seguro do bebé.....	81
Tabela 10 – Medidas descritivas da EAPMCCN.....	82
Tabela 11 – Nível de competência materna auto-percebida e grupos de corte.....	82
Tabela 12 – Medidas descritivas das subescalas da EAPMCCN.....	83
Tabela 13 – Medidas descritivas das dimensões da EAPMCCN.....	83
Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função da nacionalidade.....	85
Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e a APMCCN.....	86
Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a APMCCN.....	86
Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis da APMCCN em função das habilitações literárias.....	87
Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função da actividade laboral..	88
Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a APMCCN.....	89
Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e a APMCCN.....	89
Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre a gravidez planeada e a APMCCN.....	91
Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre a gravidez desejada e a APMCCN.....	92

Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre a aceitação da gravidez e a APMCCN....	92
Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre a vigilância da gravidez e a APMCCN....	93
Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez e a APMCCN.....	94
Tabela 26 – Teste U de Mann-Whitney entre a preparação para o parto e a APMCCN.	95
Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre o parto actual e a APMCCN.....	96
Tabela 28 – Teste t-student entre problema de saúde e APMCCN.....	96
Tabela 29 – Teste U de Mann-Whitney entre a experiência anterior com bebés e a APMCCN.....	97
Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o aleitamento materno exclusivo e a APMCCN.....	98

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Grupos de aprovação definidos pelas normas europeias.....	51
Quadro 2 – Identificação das dimensões, subescalas e itens da escala APMCCN.....	67
Quadro 3 – Consistência interna das subescalas da EAPMCCN.....	69
Quadro 4 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas, dimensões e a APMCCN.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

p.

FIGURA 1 – Esquema da Investigação 61

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

APMCCN – Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

Cf. – Conforme

CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

CMAP – Competências Maternas Auto-percebidas

Consult. – Consultado

CTP – Cursos Técnicos Profissionais

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direcção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EAPMCCN – Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais

ed. – edição

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EPE – Entidade Pública Empresarial

et al. – entre outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis (achatamento)

Kg. – Kilograma

KW – Kruskal-Wallis

M – Média

Ma – Máximo

Mi – Mínimo

N – número

OMS – Organização Mundial de Saúde

Ord. – Ordenação

p – probabilidade

p. – página

PASI – Plano de Acção para a Segurança Infantil

R – R de Pearson

REM – *Rapid Eye Movement*

Rev. – Revista

RN – Recém-nascido

SK – Enviesamento

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SRC – Sistema de Retenção para Crianças

T – T-Student

U – U de Mann-Whitney

vs. – Versus

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

=	= Igual a
>	= Maior que
<	= Menor que
\geq	= Maior ou igual
\leq	= Menor ou igual
+	= Mais
x	= Multiplicado por
%	= Percentagem
\pm	= Mais ou menos

1 – INTRODUÇÃO

A gravidez é um período complexo de alterações físicas e psicológicas que a mulher experimenta. Este conjunto de alterações junto com a necessidade de adaptação ao futuro papel parental actuam como factores que geram ansiedade em relação ao decurso da gravidez e à sua capacidade como futuras mães (Martins *et al.*, 2007).

Depois do nascimento, a mulher tem que enfrentar uma série de tarefas, já que imediatamente após o parto deve responsabilizar-se pelo seu filho. Ao mesmo tempo, experimenta um conjunto de mudanças hormonais e biológicas que se relacionam com fases de maior vulnerabilidade psicológica. Por outro lado, a mãe deve aprender a antepor as necessidades do bebé, às próprias e aceitar as mudanças corporais que se produzem (Farkas-Klein, 2008). Todo este processo de ajustamento a um novo papel de mãe e às características do filho, traduzem-se no desenvolver de competências (Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho, 2011).

Por estes motivos, os cuidados prestados à puérpera são tão importantes quanto ao atendimento proporcionado durante o período pré-natal, permitindo o adequado restabelecimento da mulher, identificando possíveis alterações no pós-parto e adversidades no cuidar do recém-nascido (RN) (Monteiro, Concret, Arcipreti, Silva, & Moreira, 2009). Algumas das dificuldades identificadas durante o puerpério podem ser causadas pela pouca preparação dos profissionais de saúde, à falta de informação, ou à incompreensão das puérperas sobre as orientações recebidas durante o internamento (Monteiro, Concret, Arcipreti, Silva, & Moreira, 2009). Muitas das mulheres apesar de receberem os esclarecimentos necessários, estes são fornecidos numa altura em que se encontram ansiosas por regressar a casa, situação que interfere na assimilação de tanta informação (Monteiro, Concret, Arcipreti, Silva, & Moreira, 2009).

Durante a gravidez, possivelmente existe um maior interesse por parte da mulher em adquirir informações sobre o desenvolvimento saudável do seu bebé, representando uma oportunidade para estabelecer um comportamento preventivo adequado (Melo, Brandão, Dutra, Iwazawa, & Albuquerque, 2007). Sendo assim, partilhamos da opinião de Monteiro, Concret, Arcipreti, Silva, & Moreira (2009), quando afirmam que um puerpério saudável começa na fase de gestação, devendo ser reforçado e fomentado logo após o nascimento. É no puerpério que o enfermeiro, em especial o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), deve identificar as necessidades de educação por parte dos pais e fortalecer e incrementar os seus conhecimentos. Cabe a este profissional

ser o elemento facilitador na aquisição de competências parentais no cuidar do neonato. Assim, os pais que se sentem mais competentes estão mais capacitados para enfrentar problemas condutais e situacionais dos seus filhos (Farkas-Klein, 2008).

Afirma Ponce Capitán (2005) que a atenção no pós-parto deve ser realizada por um enfermeiro especialista na área, já que é o profissional melhor qualificado para observar, identificar e compreender as mudanças psicológicas de adaptação por parte da mulher e as possíveis dificuldades apresentadas no cuidar do seu bebé, permitindo que se estabeleça uma adequada relação emocional entre a mãe e o RN. Como refere Belo (2006, p. 136) “uma intervenção educacional bem estruturada é imprescindível para diminuir a ansiedade e a insegurança dos pais no cuidar do RN”. Neste sentido, todas as iniciativas voltadas em prol da educação para a saúde podem marcar a diferença entre uma gravidez, parto e puerpério bem-sucedidos (Belo, 2006).

Na literatura consultada, diversos estudos (Ponce Capitán, 2005; Melo, Brandão, Dutra, Iwazawa, & Albuquerque, 2007; Calderón Candia, Requejo Morales, & Tam Phun, 2008; Silva & Roldán, 2009; Pinho, 2009) demonstram a relevância e preocupação nesta temática. O estudo realizado por Melo, Brandão, Dutra, Iwazawa, & Albuquerque (2007) tem por objectivo identificar as informações adquiridas pelas mães durante o acompanhamento multiprofissional do pré-natal em relação aos cuidados com o bebé e conhecer qual a fonte destas informações. Já, a investigação desenvolvida por Ponce Capitán (2005) pretende conhecer o grau de conhecimentos das puérperas sobre o seu autocuidado e cuidados ao RN no momento da alta hospitalar depois do parto. Esta autora constatou a falta de informação em relação ao autocuidado e cuidado familiar durante o puerpério, o aleitamento materno (AM) e o planeamento familiar.

É neste contexto que surge o presente estudo intitulado “Auto-percepção Materna das Competências no Cuidar do RN de Termo”, fruto da inquietação pessoal e profissional gerada pelas dificuldades e dúvidas apresentadas pelas puérperas no cuidado ao RN, juntamente com a necessidade de sessões de educação para a mãe/família, onde seja fornecida informação bem estruturada e com uniformidade de critérios.

Face ao exposto questionamo-nos: — Qual é o nível de competência materna auto-percebida (CMAP) das puérperas atendidas no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV) – Unidade de Santa M^a da Feira? — Qual é o nível de conhecimento das puérperas do CHEDV relativamente ao transporte seguro do RN de termo? — Que variáveis sócio-demográficas como a nacionalidade, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a actividade laboral, o agregado familiar e o número de filhos, influenciam a CMAP das puérperas do CHEDV no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto? — Que

relação existe entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância da gravidez, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto actual, experiência prévia com bebés, AM exclusivo) e a CMAP das puérperas do CHEDV no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

Para facilitar a exequibilidade do estudo, e face às questões formuladas, definimos os seguintes objectivos específicos:

- Analisar o nível de CMAP das puérperas do CHEDV no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto, quanto às dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva.
- Avaliar o nível de conhecimento das puérperas do CHEDV relativamente ao transporte seguro do RN de termo.
- Determinar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (nacionalidade, idade, estado civil, habilitações literárias, actividade laboral, agregado familiar e número de filhos) e a CMAP das puérperas do CHEDV no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.
- Identificar a relação entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância da gravidez, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto actual, experiência prévia com bebés, AM exclusivo) e a CMAP das puérperas do CHEDV no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.

Estruturalmente o trabalho está dividido em duas partes. A primeira delas, corresponde à fundamentação teórica, onde abordamos em primeiro lugar, a auto-percepção das competências maternas, concretamente os conceitos percepção e competência, analisando cada uma das dimensões que compõem as competências maternas. Também neste capítulo faz-se referência aos diversos factores que influenciam as competências maternas através duma revisão de estudos e finalizamos com os instrumentos utilizados para avaliar a CMAP. No seguinte capítulo, apresentamos o RN de termo, as suas competências e necessidades atendendo ao referencial teórico de Virgínia Henderson. Por último, refletimos no adequado transporte do RN e como promover a sua alta segura.

Na segunda parte abordamos o estudo empírico realizado que se encontra subdividido em quatro capítulos que reúnem os métodos utilizados no decorrer da investigação. Em primeiro lugar, realizamos uma conceptualização do estudo tendo em consideração o tipo de investigação e os seus objectivos. Neste primeiro capítulo, apresentamos também, os participantes, a caracterização sociodemográfica da amostra e critérios de inclusão, os

instrumentos utilizados, os procedimentos realizados e a análise de dados prevista. No segundo capítulo da investigação empírica mostramos a apresentação e análise dos resultados, junto com a análise descritiva e a análise inferencial. Um outro capítulo aborda a discussão da metodologia utilizada e a dos resultados. As conclusões e sugestões do estudo são apresentadas no último capítulo.

PARTE I – Fundamentação Teórica

Capítulo 2 – Auto-percepção das
Competências Maternas

Capítulo 3 – O Recém-nascido de termo

Capítulo 4 – “Alta Segura”: O adequado
transporte do Recém-nascido

2 – AUTO-PERCEPÇÃO DAS COMPETÊNCIAS MATERNAS

A percepção é um processo sensorial e cognitivo que compreende processos e mecanismos para elaborar e gerar juízos relativamente aos outros e a nós próprios. Trata-se do processo de organizar e interpretar a informação sensorial para dar-lhe significado (Lara-Garcia, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones, & Cerda-Flores, 2011). Tanto a percepção sensorial e psicológica das pessoas representam um processo que resulta de uma complexa interacção das experiências passadas e do contexto cultural onde se desenvolvem, o que influencia a interpretação do compreendido (Lara-Garcia, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones, & Cerda-Flores, 2011). Concretamente, o conceito de auto-percepção parental, refere-se “à maneira como os pais se reconhecem no desempenho desse papel parental” (Ribas, Moura, & Bornstein, 2007, p.105). De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), para os pais biológicos o papel parental inicia-se durante a gravidez e após o nascimento aumenta e intensifica-se. Este período é caracterizado por uma enorme aprendizagem e necessidade de educação, onde os pais têm a necessidade de se tornarem eficazes no cuidado ao bebé (Lowdermilk & Perry, 2008).

As auto-percepções parentais podem ser compreendidas como auto-conceitos, isto é, “crenças e atitudes que os indivíduos têm acerca de si mesmos” (Ribas, Moura, & Bornstein, 2007, p.106). Contudo, as auto-percepções parentais habitualmente estão relacionadas com o conceito de auto-eficácia, sendo assim, “têm sido avaliadas como a forma pela qual os pais percebem a própria eficácia no desempenho do seu papel parental” (Ribas, Moura, & Bornstein, 2007).

A forma como uma pessoa percebe a sua habilidade para desempenhar uma determinada tarefa influenciará os resultados da mesma. Por este motivo, os pais que acreditam nas suas próprias habilidades normalmente sentir-se-ão mais satisfeitos e com capacidade para fazer o necessário para conseguir uma tarefa determinada, concretamente aspectos e actividades relacionadas com o cuidar do seu filho (Farkas-Klein, 2008). “O processo de cuidar [...] tem como desafio o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, o desenvolvimento de competências” (Serrano, 2008; Serrano, Costa, & Costa, 2011, p.16).

A competência é um conceito multidimensional que emerge nos mais diversos campos do conhecimento e das profissões, sendo múltiplas as definições existentes na literatura (Serrano, 2008). Este conceito, segundo Martins (2007) e Serrano (2008), tem vindo a

evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação do saber, o saber fazer e o ser/conviver (conhecimentos, habilidades e atitudes). Autores como Spencer & Spencer em 1993, referidos por Serrano (2008), distinguem dois tipos de competências. As competências visíveis que se relacionam com as habilidades e os conhecimentos, e as competências invisíveis caracterizadas pelos valores, traços, motivações e auto-conceito, que caracterizam a personalidade da pessoa. Posteriormente, Goleman em 2002, no âmbito das competências invisíveis, introduz o termo de competências emocionais “inteligência emocional”, isto é, a forma como nos conhecemos a nós próprios e nos relacionamos com os outros (Serrano, 2008).

O ser competente implica que quem sabe fazer sabe porque o está a fazer desta maneira e não de outra (Catafesta, 2008). “É preciso mobilizar o conhecimento, contextualizá-lo, torná-lo útil, pô-lo em prática ao serviço de alguém” (Soares & Sadigursky, 2009, p.150). Assim, pode-se definir a competência como a capacidade para mobilizar, integrar, articular e transferir conhecimentos, valores e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de actividades (Catafesta, 2008). Ainda Soares & Sadigursky (2009) afirmam que a competência pode trazer auto-realização e que a sua aquisição é processual. A construção das competências é progressiva, onde a experiência e a diversidade cultural inerente à pessoa assumem um papel determinante (Serrano, 2008).

No que se refere às competências maternas, existem duas componentes imprescindíveis neste conceito e que são essenciais para o bem-estar do RN e para o seu futuro desenvolvimento, as competências cognitivo-motoras e as competências cognitivo-afectivas (Belo, 2005).

As competências cognitivas-motoras são actividades orientadas para satisfazer as necessidades do bebé em relação à alimentação, à higiene e conforto, ao vestir, à manutenção da temperatura corporal, ao evitamento dos perigos e à promoção da mobilidade (Rodrigues, 2010). Incluem actividades relacionadas com o cuidar do RN que não aparecem automaticamente como comportamentos cuidativos eficazes ao nascimento do RN (Lowdermilk & Perry, 2008). Trata-se de um processo de aprendizagem, onde o desejo de aprender dos pais junto com o apoio necessário dos profissionais de saúde e familiares, os capacita para cuidar do RN. Estas competências são influenciadas pela própria cultura dos pais e pela sua experiência pessoal prévia, mas ao mesmo tempo afectam as competências cognitivas-afectivas, pois espelham-se nos aspectos práticos do cuidar do RN e nas respostas emocionais deste a esse cuidar (Belo, 2005). Segundo Rodrigues (2010), as competências cognitivo-afectivas abrangem a ternura, a atenção e o interesse relativamente às necessidades e desejos do bebé, sendo a relação entre pais e bebé mutuamente compensadora.

O desempenho do papel parental representa uma das experiências humanas mais complicadas (Santos *et al.*, 2012). Por este motivo, numerosos estudos avaliam a relevância da eficácia parental, existindo evidências científicas que sugerem que a auto-eficácia é mediadora dos efeitos de diversas variáveis relacionadas com os pais e com o filho, regulando a qualidade da parentalidade. Constata-se na literatura que as mães que se sentem carentes de habilidade para acalmar o seu bebé, quando este chora, realizam menos tentativas para os acalmar e rendem-se mais facilmente se o RN não responde aos seus esforços (Farkas-Klein, 2008).

Uma alta auto-percepção materna cuidativa traduz melhores cuidados ao RN e uma melhor saúde mental materna. Em contrapartida, a auto-eficácia materna está inversamente relacionada com a depressão pós-parto (Farkas-Klein, 2008). Por este motivo, estamos perante uma importante ferramenta de promoção de bem-estar materno-infantil e que permite a deteção de possíveis dificuldades no cuidado do RN. Ao poder identificar uma baixa competência materna cuidativa podemos promover e implementar intervenções adequadas para desenvolver as crenças de eficácia e melhorar as habilidades parentais.

Por outro lado, diversos factores são passíveis de influenciar a auto-percepção das competências maternas. Por este motivo, é fundamental identificar aqueles factores que influenciam de forma positiva as competências maternas cuidativas, para tentar potenciá-los. Em contrapartida ao determinar aqueles factores que influenciam de forma negativa as competências maternas no cuidar do RN de termo, podemos tentar minimizá-los. Como refere Rodrigues (2010), a competência pode ser desenvolvida através da aprendizagem, treino e reflexão. É neste âmbito que o EESMOG tem um enorme potencial a desenvolver, estabelecendo uma relação de ajuda. Segundo Machado & Tavares (2006), o enfermeiro é o elemento da equipa multidisciplinar que se encontra melhor preparado para promover a interacção entre pais e filho, envolvendo-os nos cuidados e favorecendo o processo de vinculação.

Atendendo aos factores que influenciam as CMAP, num estudo realizado por Rocha, Bezerra, & Campos (2005), constatou-se como resultado o baixo défice de orientação das primíparas adolescentes acerca de como cuidar o bebé, que esperam receber a ajuda dos pais e familiares. Também, Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011), salientam existir uma ligeira tendência para que a idade se correlacione negativamente com a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN.

Segundo Figueiredo (2001) as mães de classe alta proporcionam ao RN um maior número de oportunidades de estimulação, concretamente a estimulação verbal, quando comparadas com as mães de classe social baixa.

Em relação à escolaridade, existe evidência de relação entre o nível de escolaridade e a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN (Mendes, Cortesão, Sousa, &

Carvalho, 2011). Ainda Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011), verificaram a existência de correlação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis auto-percepção materna das competências no cuidar do RN e as características comportamentais do RN. Similarmente, a percepção de apoio instrumental influencia a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN (Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho, 2011). Matos & Ferreira (2000) referem que o apoio instrumental engloba a ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda económica.

No estudo realizado por Belo (2005) concluiu-se que as mães com vinculação segura são as que percebem maior competência nos cuidados ao RN. Igualmente, as mães com experiência prévia com bebés, evidenciam uma percepção elevada das suas competências cuidativas neonatais, quer na dimensão cognitivo-motora quer na dimensão cognitivo-afectiva.

Desta forma, constata-se que a competência materna é um fenómeno multifacetado, com evidente interesse para todos aqueles profissionais que contactam com a mãe, casal e RN, por este motivo é importante contar com um instrumento apropriado que permita avaliar a auto-percepção das competências maternas no cuidar do RN de termo. Esta temática será abordada no seguinte subcapítulo desta investigação.

2.1 – AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MATERNA AUTO-PERCEBIDA

Dos instrumentos existentes para a avaliação da competência materna auto-percebida, verificamos que inicialmente se limitavam quase exclusivamente ao cuidado e à saúde física do RN. Exemplo desta realidade são o *Infant Care Survey* (1989) e o *Parent Expectation Survey* (1992) que abordam temáticas como a dieta, a segurança ou os cuidados de saúde ao bebé. Estes instrumentos não têm em consideração as condutas interactivas entre os pais e o bebé. Já o *Maternal Efficacy Questionnaire* (1991) pretende avaliar a auto-eficácia materna, mas é de sublinhar que dos seus dez itens apenas um deles questiona pela eficácia percebida no cuidado físico diário do RN, já os restantes nove itens referem-se a tarefas a nível afectivo. Mais recentemente a *Self-Efficacy in Infant Care Scale* desenvolvida em 2006, aborda com detalhe a eficácia percebida em tarefas de cuidados físicos diários ao RN, mas focaliza-se em tarefas específicas, sem ter em atenção uma percepção geral da mãe. Em contrapartida, a *Parenting Sense of Competent Scale* e a escala *Being a Parent* (2001), avaliam a satisfação e a eficácia com a maternidade, num formato breve, de aproximadamente dez itens, considerando tanto aspectos gerais como específicos (Farkas-Klein, 2008).

Segundo Farkas-Klein (2008), várias destas escalas têm sido criticadas por terem sido desenhadas em amostras homogéneas, com uma mínima validação e em ocasiões com falta de clareza conceptual. Por outro lado, temos que ter em conta factores culturais no momento de aplicar determinado instrumento, já que dependendo do país onde tenha sido desenvolvido, podem incluir tarefas ou actividades que não são familiares para mães de outros países ou inclusive os itens podem variar na sua significação social. Atendendo a este facto, Farkas-Klein (2008) com o intuito de avaliar a auto-eficácia e satisfação materna das mulheres chilenas construiu a Escala de Eficácia Parental que apresentou adequadas propriedades psicométricas.

A nível nacional, constatamos que os estudos realizados não utilizam nenhum destes instrumentos desenvolvidos a nível internacional, em contextos sócio-culturais diferentes dos da nossa realidade. Assim, num estudo realizado por Marques & Sá, em 2004, intitulado “Competências Maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade” desenvolveu-se a Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN) de 41 itens. Esta escala inicialmente utilizada para o estudo de RN prematuros, foi posteriormente adaptada e utilizada por Santos & Mendes (2004) para a avaliação das competências maternas auto-percebidas no cuidar do RN de termo, ficando reduzida a 36 itens. Um ano mais tarde, esta versão da escala foi utilizada por Belo (2006) com o intuito de identificar os factores influenciadores das competências maternas auto-percebidas no cuidar do RN de termo no período compreendido entre as 24 e as 72 horas pós-parto. Recentemente, Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011), também utilizaram esta escala num estudo cujos objectivos foram os de descrever as competências em que as mães se percebem como mais ou menos competentes no cuidar do RN de termo e analisar factores que influenciam a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN de termo, no final do período neonatal.

A EAPMCCN baseia-se nas duas dimensões da CMAP, a cognitivo-motora e a cognitivo-afectiva, que já foram anteriormente objecto de análise no início deste capítulo, mas atendendo a que o objecto de estudo desta escala são as competências maternas cuidativas neonatais, de seguida, abordamos as características do RN de termo e as suas necessidades.

Como é sabido, todo o RN necessita de cuidados especiais para que tenha um crescimento e desenvolvimento saudáveis, razão pela qual a futura mãe necessita receber orientações a respeito de como cuidar o seu bebé, conhecer a sua fisiologia, as mudanças da pele, a linguagem do choro, entre outras. Estes assuntos serão o ponto de partida do capítulo seguinte.

3 – O RECÉM-NASCIDO DE TERMO

A definição de RN de termo é atribuída a toda a criança desde o nascimento até aos vinte e oito dias de vida, denominando-se período neonatal (Lowdermilk & Perry, 2008). O bebé após o nascimento possui inúmeras capacidades para interagir com o exterior e estabelecer uma relação humana, principalmente com os seus pais (Pinho, 2009). Os estudos sobre estas capacidades do RN apontam para o início do seu desenvolvimento, conjuntamente com as primeiras experiências sensoriais que também formam parte da vida intra-uterina (Medeiros, 2007). As capacidades sensoriais do RN estão estreitamente ligadas com os órgãos dos sentidos e representam algumas das competências do RN (Belo, 2005). A melhor forma para estimular o seu desenvolvimento é através das suas capacidades sensoriais (visão, audição, olfacto, paladar e tacto), já que são os meios que o RN utilizará para explorar o mundo exterior (Pinho, 2009).

Visão

O bebé desde o nascimento revela capacidades de interacção com o rosto humano usando a visão. De acordo com Brazelton & Cramer (2004), esta competência permite-lhe uma forte capacidade de adaptação relativamente à ligação pais-filho, uma vez que ele parece estar programado para reconhecer o rosto humano, sabendo distinguir entre o rosto da mãe e o das outras pessoas, no primeiro mês de vida. Segundo Belo (2005) e Silva (2006), os RN demonstram preferência por objectos que se encontrem num campo visual de aproximadamente vinte centímetros, que corresponde à distância entre a face do bebé e da mãe durante a amamentação.

Audição

Os órgãos auditivos tornam-se funcionais por volta da vigésima sexta semana de gestação, pelo que o feto é capaz de reconhecer e distinguir os sons. Deste modo, consegue demonstrar agrado ou descontentamento em relação a uma determinado frequência sonora, mensurável através da variação da frequência cardíaca fetal e/ou dos seus movimentos. Isto demonstra que na presença de estímulos auditivos o bebé apresenta experiências sensoriais auditivas ainda no meio intra-uterino (Cordeiro, 2008).

A membrana timpânica e o nervo facial do RN são muito superficiais, porque ele tem um canal externo pequeno e a parte óssea ainda não está aperfeiçoada, ainda que a região média e interna do ouvido sejam grandes ao nascimento. Estas características anatómicas são responsáveis pela fragilidade do RN perante sons demasiados altos, podendo

facilmente lesar a membrana timpânica (Whaley & Wong, 1999). Assim sendo, os sons demasiado altos assustam o RN que reage com aumento do ritmo cardíaco e respiratório, fica com a pele avermelhada e vira a cabeça. Na permanência do som, o RN começa a chorar para controlar o susto. Em contrapartida, perante sons suaves, orienta a cabeça para o estímulo e a sua frequência cardíaca diminui (Silva, 2006).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), a acuidade auditiva do RN é similar à do adulto quando transita para a vida extra-uterina e na ausência de líquido amniótico, podendo esta situação ocorrer durante o primeiro minuto de vida. Assim, desde o nascimento, o bebé ouve, presta atenção e é capaz de localizar a origem do som, seguindo-o com os olhos e a cabeça (Borges & Gouveia, 2001; Faure & Richardson, 2004). Também apresenta sensibilidade ao som da voz humana (Brazelton & Cramer, 2004). Para Cordeiro (2008), o falar com o bebé quando este se encontra mais activo para interagir, é um momento fundamental na relação pais-filho, uma vez que ouvir a voz dos seus pais permite acalmá-lo (Pinho, 2009). A resposta do RN quando se encontra em estado de vigília; calmo e atento a um estímulo sonoro, é movimentar os olhos e/ou cabeça em direcção à fonte sonora. Já quando se encontra sonolento, perante um estímulo sonoro abre os olhos (Lowdermilk & Perry, 2008). Por outro lado, Pinho (2009) refere que a audição do bebé é determinante no desenvolvimento da linguagem.

Olfacto

O sentido do olfacto é uma forma de mãe e filho se conhecerem mutuamente (Silva, 2006). Já nas primeiras horas de vida, o RN quando sente necessidade de se alimentar, procura encontrar o mamilo da mãe através do cheiro. Esta capacidade de reconhecimento do cheiro da mãe é um factor importante e facilitador de interacção mãe-filho (Ferreira, 1996).

Brazelton (2000) afirma que o RN tem competências para diferenciar os cheiros agradáveis dos desagradáveis por forma a adaptar-se ao meio extra-uterino. De acordo com Klaus, Kennel & Klaus (2000), os RN são atraídos pelos odores doces (leite e soluções açucaradas) e reagem com repulsa a odores fortes como o álcool ou o vinagre. Os odores permitem despertar emoções com maior rapidez que qualquer outro sentido, já que o olfacto possui conexões directas ao centro das emoções do cérebro (Pinho, 2009).

Paladar

O sentido do paladar já se encontra desenvolvido a partir do quarto mês de gestação, motivo pelo qual as sensações gustativas são passíveis de avaliação ainda no meio intra-uterino (Borges & Gouveia, 2001).

Os RN têm um sistema gustativo bem desenvolvido, com receptores de paladar especializados, que permitem diferenciar ténues diferenças de paladar, por isto distintos sabores podem provocar diferentes expressões faciais (Brazelton & Cramer, 2004; Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, alguns sabores doces desencadeiam uma sucção vigorosa que acalma o RN, provocando uma expressão de agrado, em contrapartida, outros sabores causam movimentos de repulsa (Ferreira, 1996; Faure & Richardson, 2004). De forma similar, a ingestão de líquido amniótico pelo feto varia em função da presença ou não de substâncias açucaradas introduzidas artificialmente (Ferreira, 1996). São os sabores doces os preferidos pelo bebé e que o ajudam a permanecer no estado ideal de interacção (Faure & Richardson, 2004).

Tacto

A pele é o órgão mais extenso do corpo humano que participa em diversas funções vitais (Silva, 2006). Tem função física e sensorial, funcionando como uma barreira mecânica e de protecção (Borges & Gouveia, 2001).

O bebé é sensível ao tacto em todas as zonas do seu corpo, em especial, na boca, nas mãos e nas plantas dos pés; e pode aprender variadas sensações à superfície da pele, tais como a pressão, a dor, o frio ou o calor (Lowdermilk & Perry, 2008; Faure & Richardson, 2004). No entanto, o toque pode também ser revelador de afecto, pelo que estas sensações fazem parte do diálogo constante que o RN estabelece com o meio envolvente (Ferreira, 1996).

Atendendo a estas zonas mais sensíveis ao tacto do RN, estas são relacionadas com diferentes reflexos manifestados por ele. Normalmente, a estimulação à volta da boca desencadeia a sua abertura numa tentativa de agarrar e sugar, correspondendo ao reflexo dos pontos cardeais e de rotação. No caso de ser tocada a sua mão, como resposta ele fecha-a e agarra, o que corresponde ao reflexo de preensão palmar. Também os estímulos sobre as variadas zonas dos pés podem implicar vários reflexos: preensão plantar, babinsky, marcha automática, entre outros (Ferreira, 1996).

De facto, a zona do corpo tocada e a intensidade do toque são determinantes para a reacção do RN. Um estímulo táctil lento pode acalmá-lo quando está agitado, enquanto um estímulo forte e rápido pode levá-lo a ficar em estado de alerta (Ferreira, 1996). Isto já acontece durante a vida intra-uterina, onde os movimentos suaves, como a massagem do ventre materno provoca uma movimentação no feto. Em contrapartida, os movimentos agressivos da parede abdominal levam o bebé a adoptar atitudes de defesa, como o sobressalto e a recua.

O desenvolvimento emocional está intimamente ligado ao sentido do tacto (Silva, 2006). É através dos cuidados proporcionados ao RN e das estimulações sensoriais despertadas pela interacção entre os pais e o filho, que se organizam os laços de vinculação, onde o RN estabelece as suas primeiras relações com o seu ambiente familiar e cultural, desenvolvendo-se psicologicamente e culturalmente (Ramos, 2001). Desta forma, torna-se importante para o seu desenvolvimento que os pais saibam regular o seu mundo táctil até ele ser capaz de o fazer sozinho (Silva, 2006).

3.1 – NECESSIDADES DO RN DE TERMO

No estudo das necessidades do RN temos por base a teoria desenvolvida por Virgínia Henderson, tendo em conta que a EAPMCCN utilizada nesta investigação para o estudo das CMAP no cuidar do RN utiliza esta teoria como referencial teórico.

Virgínia Henderson descreve 14 necessidades humanas básicas, hierarquizadas, que começam nas componentes físicas, progredindo para as psicossociais. Concretamente, Vieira (2009) afirma que oito das necessidades básicas descritas por Virgínia Henderson se referem a funções corporais e as restantes seis abordam a segurança e o sentido e o propósito da vida. Segundo este referencial teórico, o papel do enfermeiro é ajudar a satisfazer estas necessidades, capacitando a pessoa a funcionar em relação com os outros e com o ambiente que a rodeia (Carvalho, 2010).

Atendendo à escala utilizada nesta investigação (EAPMCCN) desenvolvemos as seis necessidades fundamentais do RN, nas suas dimensões: cognitiva-motora e cognitiva-afectiva. No que se refere à primeira dimensão abordamos a alimentação, a higiene e o conforto, a manutenção da temperatura corporal e como evitar os perigos. Já na dimensão cognitiva-afectiva descrevemos o sono/ repouso e a comunicação/estimulação.

3.1.1 – Alimentação

O leite materno é o melhor alimento e a melhor bebida que se pode dar de forma exclusiva às crianças até aos seis meses de vida e associado a outros alimentos até aos dois anos de idade (Cardozo, 2008). É um alimento completo, produzido fisiologicamente que possui vantagens nutricionais, imunológicas, económicas, sociais e psicológicas.

Existe suficiente evidência científica que demonstra os benefícios do AM para a saúde a curto e longo prazo para as mães e para os RN (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2006). Contudo, a decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe, onde o

sucesso do AM depende dela, do RN e da intervenção dos profissionais de saúde no acompanhamento e apoio ao AM. Cabe assim aos profissionais assumirem uma postura segura e confiante, de apoio efectivo às dúvidas e dificuldades práticas da amamentação (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004). Qualquer que seja a opção tomada pela mãe, esta deve ser respeitada, contudo, são os profissionais de saúde os responsáveis em zelar para que essa decisão seja tomada de forma consciente e informada (Nelas, Ferreira, & Duarte, 2008). Para Azeredo *et al.* (2008), os primeiros 14 dias após o nascimento são cruciais para a amamentação bem-sucedida, tratando-se do período que implica intensa aprendizagem quer para a mãe quer para o filho.

Partilhamos o pensamento de Pinto (2008) quando afirma que a estratégia mais eficaz para a promoção, protecção e apoio ao AM na comunidade é a educação para a saúde que combina a aquisição de conhecimentos, a criação de atitudes e a aprendizagem e treino de capacidades para a prática do AM desde fases precoces da gravidez até depois da alta hospitalar, já em casa.

3.1.2 – Higiene e conforto

A higiene do RN é um dos cuidados indispensáveis para manter a sua saúde óptima, tendo em conta os cuidados da pele em geral, do nariz, dos ouvidos, dos genitais e do coto umbilical. Em todas as actividades de higiene e manipulação do RN, é necessário realizar previamente a lavagem das mãos e secar cuidadosamente para evitar a contaminação com agentes microbianos (Cardozo, 2008).

A pele serve como isolamento e protecção contra infecções, permite a regulação da temperatura corporal e a eliminação de substâncias. Deve manter-se limpa, evitando o contacto com matérias que a irrite ou outros elementos que não permitam uma eficaz excreção (Cardozo, 2008). Segundo Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais (2005), durante a sua limpeza deve evitar-se a fricção e não deve ser retirado o vérnix caseoso, pois actua como factor de protecção e de hidratação natural.

No que se refere ao coto umbilical é fundamental mantê-lo seco e realizar a sua limpeza sempre aquando do banho, durante cada muda de fralda e até três dias após a sua queda (Cardozo, 2008). A limpeza do mesmo tem que ser realizada com anti-sepsia com álcool a 70º desde a base para a extremidade, isto é, da região mais limpa para a mais contaminada, sem esquecer de limpar a sua zona de inserção (Ma, 2010). O uso do álcool justifica-se pelo facto de este desidratar o coto umbilical auxiliando na mumificação e na queda precoce (Ma, 2010). Ter em atenção, que ao colocar a fralda, esta deve ficar abaixo dele para evitar a contaminação com fezes e/ou urina (Cardozo, 2008). Os cuidados ao mesmo têm por

objectivo prevenir e identificar precocemente qualquer hemorragia ou infecção (Lowdermilk & Perry, 2008). É importante vigiar a presença de sangramento, secreções com ou sem odor fétido e a pele avermelhada nessa zona (Cardozo, 2008).

Por outro lado, o banho do RN é uma das actividades mais importantes para manter a higiene adequada e representa um excelente momento para que os enfermeiros envolvam os pais nos cuidados do seu filho (Ma, 2010). Pode realizar-se desde os primeiros dias de nascimento com água tépida, evitando o banho de imersão até à cicatrização do coto umbilical (Cardozo, 2008). Recomenda-se o uso de sabão neutro sem perfumes nem substâncias irritantes para a pele, apenas quando for necessária a remoção de crostas de sangue e na limpeza da genitália suja com mecónio (Ma, 2010). Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o banho permite a lavagem completa, a observação da condição física, a promoção do conforto do bebé e a socialização da criança com os pais e família. De acordo com Cardozo (2008), o banho facilita o vínculo entre pais e filho, estimula o desenvolvimento psicomotor, proporciona experiências sensitivas; estimula a circulação e os sentidos, oferece relaxamento e produz sono. Um RN pode não necessitar de banho todos os dias, no entanto as pregas do pescoço e dos braços, e a zona das fraldas já precisa de mais atenção (Cardozo, 2008).

No momento do banho deve-se evitar a entrada de água para os ouvidos que apenas devem ser limpos a nível do pavilhão auricular e na parte posterior da orelha. Não se deve introduzir cotonetes dentro do canal auditivo para evitar possíveis lesões ou empurrar as secreções para o seu interior (Lowdermilk & Perry, 2008; Ma, 2010).

De acordo com Ma (2010), outros cuidados na higiene do bebé incluem a higiene ocular. Diariamente devem ser retiradas as secreções que se acumulam nos cantos dos olhos utilizando uma bola de algodão, com água limpa e tépida, para cada olho. Tem que se ter em atenção que se deve limpar o olho do canto externo para o interno, pois promove a desobstrução da glândula lacrimal. Também a higiene do nariz é muito importante porque o RN respira obrigatoriamente pelo nariz. Contudo não há necessidade de cuidados especiais, porque ele espirra vigorosa e frequentemente para limpá-lo. Não se devem usar cotonetes para o limpar por risco de lesão da mucosa nasal. Pelo contrário, o uso de algumas gotas de soro fisiológico para limpar delicadamente as narinas está recomendado (Ma, 2010).

Atendendo à higiene da genitália e da região anal, estes cuidados devem ser prestados tendo em conta o sexo. Realiza-se com um pano macio, água morna e sabão neutro para a remoção de fezes e/ou urina. Deve-se limpar e secar bem todas as pregas cutâneas da pele do RN. Concretamente, a higienização da genitália feminina deve ser realizada no sentido ântero-posterior, separando os grandes lábios dos pequenos a fim de remover as secreções

que podem ficar acumuladas entre eles, em contrapartida, no sexo masculino, deve lavar-se o pênis de cima para baixo e à volta dos testículos. O saco escrotal apresenta a maior concentração de resíduos de fezes (Silva, 2006; Ma, 2010). Estes cuidados são realizados a cada troca de fralda, mas ao mesmo tempo, são os profissionais de saúde os responsáveis por informar os pais de outros aspectos importantes a considerar em cada muda da fralda, tal como, a vigilância das dejeções e das micções.

Após o nascimento, as primeiras fezes são o mecónio, semelhante à graxa, de cor preta e que dura de três a cinco dias. Ter em atenção que a ausência de evacuações num período superior a 48 horas posteriores ao nascimento é sugestiva de obstrução intestinal. De seguida, surgem as fezes de transição e finalmente as fezes definitivas (amarelo claro). Um RN alimentado à mama tem entre quatro a seis dejeções por dia, apresenta fezes mais moles e pegajosas, podendo muitas vezes serem confundidas com diarreia. As fezes, nesta idade variam de acordo com o tipo de alimentação, assim bebés alimentados com leite artificial costumam ter fezes mais consistentes e uma maior tendência para a obstipação, por este motivo deve reforçar-se a ingestão de líquidos (Silva, 2006; Ma, 2010). Por outro lado, temos a urina que costuma ser clara e transparente, de cor amarelo âmbar. Contudo, é importante que os profissionais de saúde avisem os pais para a eventual saída de uratos pela urina nos primeiros dias de vida, que se torna visível através da coloração avermelhada na fralda (Silva, 2006), e que não é motivo de preocupação.

Outro aspecto importante da higiene e saúde do RN é o vestuário. Uma regra simples é ensinar os pais a vestirem o seu filho como se vestem eles mesmos, pondo ou tirando roupa e agasalhos conforme necessário (Lowdermilk & Perry, 2008). Deve usar-se roupa cómoda e adequada ao clima, sem esquecer que a criança é sensível às temperaturas extremas. O material da roupa deve ser preferivelmente de algodão para evitar alergias (Cardozo, 2008). Os tecidos devem ser naturais (algodão, linho), já que as fibras artificiais não absorvem a água, tendo maior probabilidade de deixar o corpo húmido. Também é importante que as roupas sejam de fácil manuseamento, práticas e adaptadas ao seu bebé. A roupa muito larga pode fazer com que o bebé asfixie e as roupas com elásticos interferem na liberdade de movimentos (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que se refere à lavagem da roupa, esta deve ser lavada separadamente da dos adultos, com um detergente suave e água quente. Um segundo enxaguamento permite habitualmente retirar qualquer tipo de resíduos (detergente, fezes ou urina). Por outro lado, não se deve utilizar lixívia ou outros produtos que possam irritar a pele. Preferivelmente, a roupa deve secar ao sol (Lowdermilk & Perry, 2008).

3.1.3 – Manutenção da temperatura corporal

O RN não controla facilmente a temperatura, por isso é necessário controlar todas as formas externas de perda ou ganho de calor. As formas como o RN pode ganhar ou perder calor são a condução (perda de calor através do corpo em contacto com diferentes temperaturas), a radiação (quando a criança é colocada perto de uma superfície fria como a janela ou parede), a convecção (a perda de calor ocorre por um fluxo de ar, como um ar refrigerado da sala) e a evaporação (perda de calor pelo gasto energético da passagem de água líquida a vapor) (Ma, 2010). É importante que os pais conheçam estas formas e as identifiquem na vida diária para assim as evitarem (Cardozo, 2008; Ma, 2010).

A temperatura do RN pode identificar-se pelo seu estado geral. Se está calmo, em repouso, tranquilo, ou se mostra inquieto e chora, uns dos motivos pode ser o desequilíbrio térmico. De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), o RN para responder ao desconforto da exposição a um ambiente térmico baixo pode tentar aumentar a temperatura corporal chorando ou aumentando a actividade motora. É importante, comprovar a temperatura do RN e vigiar sinais como a cor da pele, o suor ou as mãos frias (Cardozo, 2008). De acordo com Oliveira (2005), a temperatura axilar é considerada normal quando oscila entre 36,4°C e 37,2°C. A sua medição realiza-se colocando o termómetro na axila do bebé durante cinco minutos.

3.1.4 – Evitar os perigos

Nesta temática descrevemos orientações preventivas relativamente, ao posicionamento do RN, da roupa da cama, o risco de quedas, de queimaduras e de uma forma mais específica abordaremos o transporte no seguinte capítulo desta investigação.

A forma mais adequada de posicionar o bebé depois de comer é sobre o lado direito, para permitir o esvaziamento gástrico do intestino delgado e a cabeça deve estar elevada a 30° em relação ao resto do corpo, para evitar uma aspiração de vómito (Lowdermilk & Perry, 2008). Quanto ao posicionamento ao deitar, a posição mais correcta é em decúbito dorsal (Silva, 2006). Também ao deitar-se o bebé de lado, facilita-se a drenagem de muco (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que se refere à roupa, esta não deve ter botões que possam magoar ou que possam ser facilmente puxados e engolidos (Silva, 2006; Lowdermilk & Perry, 2008). Por este mesmo motivo, deve evitar-se o uso de objectos pequenos, anéis ou pulseiras, que o bebé possa introduzir na boca (Cardozo, 2008). Igualmente, para evitar que o RN asfixie, a roupa da cama deve ser leve e confortável e quando se deita o bebé numa cama de adulto, deve colocar-se almofadas ao seu redor (Silva, 2006). Por outro lado, há que evitar a presença de

brinquedos ou outros objectos no berço, pelo risco de propagação de infecções, de alergias ou outras doenças relacionadas (Rocha, Baptista, Baptista & Ribeiro, 2005).

Na prevenção de quedas é importante que os pais saibam como segurar no RN e promover cuidados para nunca o deixar sozinho numa superfície alta sem vigilância. O bebé deve ser pegado ao colo apoiando-lhe a cabeça, uma vez que ele é incapaz de manter a cabeça direita por mais do que alguns momentos (Silva, 2006; Lowdermilk & Perry, 2008).

A prevenção do risco de queimaduras está inerente à temperatura da água do banho e do leite aquecido. Há que verificar sempre a temperatura que deve estar agradavelmente morna na zona interna do pulso. Também a exposição solar directa está desaconselhada (Silva, 2006; Lowdermilk & Perry, 2008).

No momento do banho, ter em atenção algumas normas de segurança, como colocar na banheira em primeiro lugar a água fria e depois juntar a quente, misturando bem. Nunca acrescentar mais água quente depois do bebé já se encontrar dentro da banheira. Nem colocá-lo debaixo da água corrente, pois a temperatura pode esquentar ou arrefecer rapidamente. Não deixar o bebé sozinho na banheira e a água da banheira não deve ultrapassar os 10 centímetros de profundidade (Rocha, Baptista, Baptista & Ribeiro, 2005).

3.1.5 – Sono e repouso

O bebé nasce com um padrão de vigília/sono polifásico (ultradiano), sendo que as crianças com 32 semanas de gestação dormem a maior parte das 24 horas, já nos RN de termo a quantidade total de sono desce para cerca de 16 a 18 horas por dia mantendo-se razoavelmente estável até aos 4 meses (Duarte, 2008). De forma geral, os RN dormem a maior parte do dia e despertam para comer ou quando se sentem incómodos (Cardozo, 2008). Segundo Duarte (2008), o RN de termo tem um ciclo dormir/acordar/alimentar-se entre 2 a 4 horas, que funciona ao longo do dia (das 24 horas), por este motivo a duração do sono à noite não é maior que a duração do sono durante o dia. Esta periodicidade muda gradualmente e após a primeira ou segunda semana identificam o sono com a noite e o estarem despertas com o dia, período durante o qual a criança se mantém mais acordado e faz a maioria das suas refeições (Cardozo, 2008; Duarte, 2008). Os pais devem ajudá-las a estabelecer uma rotina, como por exemplo, dar banho e brincar um pouco antes de a deitar, junto com o cumprimento de horários (Silva, 2006).

O ciclo de sono é diferente em cada criança, por isso, é importante conhecer os processos de comunicação de cada uma e o seu ritmo de sono e vigília (Cardozo, 2008). Os pais devem aprender a conhecer as diferenças de comportamento e basearem os seus cuidados no ciclo de sono (Rocha, Baptista, Baptista, & Ribeiro, 2005).

Os ciclos de sono e vigília podem variar desde o sono profundo ou letargia até estados de intensa irritabilidade. Distinguimos de seguida seis tipos de estádios de consciência caracterizados por Brazelton, dois deles representam os estádios do sono e quatro os estádios de vigília. Entre os estádios de sono temos o sono profundo, tranquilo ou regular, onde o RN está completamente adormecido com a face relaxada, as pálpebras fechadas e imóveis; encontra-se em repouso total, quaisquer movimentos realizados são breves e espasmódicos, as respirações são uniformes e regulares (Brazelton & Cramer, 2004). Em contrapartida, no sono leve, activo ou irregular, os olhos estão geralmente fechados e frequentemente vêem-se movimentos oculares rápidos (REM), a respiração é irregular e ligeiramente mais rápida que no estado anterior, podem fazer caretas, sorrisos ou movimentos de mastigação e/ou sucção, também se podem verificar tremores musculares ocasionais (Rocha, Baptista, Baptista, & Ribeiro, 2005).

No que se refere aos estádios de vigília, no estado de sonolência, o RN tenta ficar totalmente alerta, movimenta-se com mais frequência e abre os olhos periodicamente. As respostas aos estímulos sensoriais são de modo lento. No estado de alerta, ele tem os olhos totalmente abertos, olhando e acompanhando todos os estímulos externos, mas parece ser paralisado por estes estímulos. Já no estado de actividade ou alerta activo, o neonato responde aos estímulos externos com movimentos do corpo e dos olhos, podendo apresentar períodos de agitação. Durante o estado de choro, o neonato responde aos estímulos internos e externos, numa forma óbvia de tentar comunicar e ocorre quando ele tem fome, dor, frio ou quando está desconfortável (Rocha, Baptista, Baptista, & Ribeiro, 2005).

O local onde o RN descansa deve ser tranquilo, contudo convém, que ele pouco a pouco se adapte aos ruídos da casa. Tanto o berço como a roupa devem ser adequadas para evitar situações de risco, como o ficar preso ou não poder respirar (Silva, 2006).

3.1.6 – Comunicação/estimulação

O neonato tem capacidade para receber estímulos e para expressar os seus desejos e sentimentos (Belo, 2005). Contudo, nos primeiros meses de vida, os pais sentem dificuldade em interpretar a forma de comunicação dos seus filhos e em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar). Os profissionais de saúde devem encorajar e apoiar os pais para a interacção, prestando especial atenção aos seus movimentos, às suas reacções aos sons, ao significado do seu choro, à forma como se estabelece o contacto visual e táctil (Silva, 2006). O bebé desde o seu nascimento possui extraordinárias competências inatas, sensoriais e comportamentais, que devem ser

desenvolvidas (Pinho, 2009). É fundamental estabelecer precocemente experiências sensoriais e interações positivas, repetidamente, para permitir o desenvolvimento e a estabilidade emocional da criança (Armus, Duhalde, Oliver, & Woscoboinik, 2012).

Brazelton & Cramer (2004) identificam seis características específicas existentes na interação Pais-RN (sincronia, simetria, contingência, adesão, jogos e autonomia) que promovem e auxiliam o estabelecimento precoce do vínculo afetivo. Uma destas características é a sincronia que se estabelece quando os pais e o neonato começam a ajustar o seu comportamento e horários ao ritmo uns dos outros, permitindo assim que os pais se sintam competentes no seu papel e o neonato confiante e seguro por ser capaz de obter respostas. Já quando os pais reconhecem quais as preferências do seu filho e a sua capacidade de estar atento cria-se uma simetria nas interações. Existe uma interação de contingência quando a mãe compreende quais são as interações que provocam uma resposta no RN, sendo que, quando ambos conhecem quais os comportamentos que vão acarretar respostas por parte do outro, estabelece-se uma interação de contingência perfeita. Numa fase mais avançada desta interação temos a adesão, onde os pais ou o filho conseguem com os seus estímulos, controlar o grau de atenção ou de distração do outro interveniente nesta interação. Através do jogo intensifica-se o conhecimento mútuo e por último, com a autonomia, o neonato tem a capacidade de desligar-se dos estímulos dos pais, procurando os seus próprios estímulos e interações.

De acordo com Pinho (2009), quando os bebés são excessivamente estimulados mas ao mesmo tempo privados de vários estímulos sensoriais, o seu desenvolvimento pode ser afectado, correndo o risco de não terem capacidade para brincar autonomamente ou de explorar o ambiente por si próprios e ao seu ritmo.

Em suma, partilhamos da opinião de Silva (2006) quando afirma que a partir do momento em que os pais, tomam consciência de que o neonato é um ser activo e participante na interação, este processo passa a ser desenvolvido com maior sucesso para ambos os intervenientes.

4 – “ALTA SEGURA”: O ADEQUADO TRANSPORTE DO RN

A preocupação com o transporte correcto do RN em automóvel tem aumentado ao longo dos últimos anos, pelas nefastas estatísticas de acidentes rodoviários com bebés e crianças e as suas graves consequências. Em Portugal, a utilização de sistemas de retenção para crianças (SRC) em viagem aproxima-se dos 40% e a ocorrência de erros de utilização, que podem reduzir a eficácia do dispositivo utilizado, atinge os 90% para os SRC mais frequentes (SRC aprovados para utilização para crianças até aos 18kg) (Associação para a Promoção da Segurança Infantil - APSI, 2007a). A obrigatoriedade do uso de cadeirinhas traz muitos ganhos em saúde, já que contribui para a redução da gravidade dos acidentes, que ainda constituem, em Portugal, a maior causa de morte e incapacidade definitiva em crianças e jovens (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2007). A utilização de SRC reduzem, entre 90 a 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças (Direcção Geral da Saúde - DGS, 2010) e constituem a medida mais eficaz de protecção da criança e de redução da morbimortalidade infantil, em caso de acidente de trânsito (Amann, 2012).

Portugal assumiu o seu compromisso com a segurança infantil quando o Ministério da Saúde adoptou o desenvolvimento do Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal (PASI) e o integrou no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (Plano Nacional de Saúde). O PASI está a ser desenvolvido em Portugal desde 2006, sob a coordenação da APSI, e tem como objectivo criar estratégias para a prevenção dos acidentes nas crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos. Até ao momento já foram definidas as prioridades e as principais metas com a participação activa de mais de 54 instituições (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2007b).

A partir da implementação do supracitado programa, tem-se verificado nos últimos anos uma redução do número de mortes e uma melhoria na área da segurança infantil, contudo o Ministério da Saúde em 2009, afirma que apesar destes avanços, as lesões não intencionais (acidentes) continuam a ser a maior causa de morte infantil e juvenil em Portugal e na Europa. O relatório de avaliação da segurança infantil do ano 2009 em Portugal realça como áreas de intervenção, em relação à segurança rodoviária, a promoção do transporte de crianças voltadas para trás (idealmente até aos 4 anos), a sensibilização das famílias, a formação de profissionais que intervêm no aconselhamento (agentes de autoridade, vendedores, profissionais de saúde) e a fiscalização deste tipo de dispositivos (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2009).

A DGS recomenda que a segurança no automóvel se inicie antes do nascimento, ainda na gravidez, quando a futura mãe usa adequadamente o cinto de segurança e é informada de como deverá realizar o transporte do seu bebé num SRC. Logo à saída da maternidade, o neonato deve viajar semi-sentado, usando um SRC homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, voltado para trás, e que se adeque a cada criança pela sua estatura, peso e idade. Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente (Direcção Geral da Saúde, 2010). Em raras excepções, os bebés prematuros poderão não viajar semi-sentados numa cadeirinha, mas sim deitados numa alcofa, tendo em consideração as recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007). Essa alcofa deverá ter cintos de segurança próprios para manter o bebé em segurança. Por outro lado, não podemos esquecer que o colo é o lugar mais perigoso para o bebé numa viagem de automóvel (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2012).

O uso de SRC homologados é obrigatório no transporte em automóvel até aos 12 anos de idade e 150 centímetros de altura, de acordo com o Código da Estrada vigente em Portugal, no Artigo 55º, revisto em 7/2010. Em caso de incumprimento da lei, a multa pode chegar aos 600 euros. Além disso, o condutor pode ser penalizado com inibição de conduzir, já que o transporte de menores ou inimputáveis sem cinto de segurança e SRC passa a ser considerado uma contra-ordenação grave (Artigo 145.º do Código da Estrada). A infracção a qualquer das disposições referidas nos pontos anteriores é sancionada com coima de 120 a 600 euros por cada criança transportada indevidamente (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2012).

4.1 – CRITÉRIOS NA ESCOLHA DO SISTEMA DE RETENÇÃO

Para oferecer segurança, o SRC tem que estar homologado pelas normas da União Europeia, com selo ou certificado de qualidade que o atestam e assim possuir a etiqueta “E”, com um número de aprovação que comece por 03 ou 04, presentemente com o Regulamento 44/03 da ECE/ONU. A etiqueta indica também o tipo de cadeira, porém o intervalo de pesos não pode ser tomado como único factor de escolha, há que ter também em consideração o tamanho e a idade da criança (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2010). Este tipo de SRC pode ser adquirido em vendedores especializados nas lojas de puericultura ou nos concessionários de automóveis.

Antes de comprar um SRC universal que se adapte a todos os automóveis, deve-se experimentar no veículo, de forma a identificar possíveis dificuldades na sua instalação. O dispositivo deve ajustar-se perfeitamente ao automóvel em que vai ser utilizado, verificando-se que o cinto de segurança do banco traseiro tem comprimento suficiente para prender a

cadeira virada para trás e que pode instalar-se sem excessivas complicações. É importante conferir se os cintos de segurança se encontram bem apertados e certificar-se que não há folgas. No que se refere aos cintos arnês (cintos internos), estes devem adaptar-se à altura dos ombros da criança, ficando apenas com a folga de um dedo de adulto entre o arnês e o corpo da criança (Direcção Geral da Saúde, 2010).

Existem SRC que se fixam ao automóvel unicamente através do cinto de segurança do próprio automóvel e outras que têm incorporado o sistema Isofix. Segundo os especialistas, o Isofix é o mais seguro, desde que o automóvel possua o mesmo sistema. Trata-se de um sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em veículos mais recentes. Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do automóvel) e se fixam num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro. A existência de 3 pontos é essencial para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2010; Direcção Geral da Saúde, 2010).

Os SRC são classificados em 5 grupos de peso: 0, 0+, I, II e III, de acordo com o peso e a idade da criança (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação dos SRC

Grupo	Peso	Idade (aproximada)	Posição da cadeira
0 – Alcofa	Só para casos especiais		De lado
0+	Até 13 Kg	Até 12 - 18 meses	Virada para trás
0+/ I ou I	Até 18 Kg	12 Meses – 3/4 anos	Virada para trás
0+/ I ou I	Até 18 Kg	18 Meses – 3/4 anos	Virada para a frente
II / III	15-36 Kg	4/6 Anos - 12 anos	Virada para a frente
III	22-36 Kg	8/9 -12 Anos	Virada para a frente

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Orientação nº 001/2010 de 16-09-2010. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=22262>

Até aos 18 meses, o peso da cabeça dos bebés representa um quarto do seu peso corporal e as estruturas ósseas e articulações são ainda pouco firmes o que implica que, em caso de embate frontal, a grande fragilidade do pescoço possa originar situações graves. A cadeira voltada para trás funciona como uma “carapaça”, que envolve a criança protegendo-a. Por este motivo, as cadeirinhas nesta posição são as que protegem de forma mais eficaz, em caso de acidente. É preferível a sua colocação no banco de trás do automóvel. Nunca podem ser colocadas no banco da frente, se tiver airbag frontal activo. A criança não deve

viajar voltada para a frente antes de completar 18 meses, mesmo que tenha mais de 9 Kg (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2007a; Direcção Geral da Saúde, 2010).

As cadeirinhas do grupo 0+ (0-13 Kg) são as mais indicadas para RN e são sempre instaladas voltadas para trás. São preferíveis em relação aos berços para automóvel, onde a criança viaja deitada, pois nestes, a maioria dos embates é transformada em choques laterais, que são mais perigosos. No que se refere às cadeirinhas catalogadas no grupo 0+/I (0-18 Kg), a criança já viaja mais sentada, pelo que não são adequadas para os bebés com menos de 8 a 9 meses. Perante a dúvida na escolha da cadeira, nomeadamente em optar pela que dá até aos 10 Kg ou até aos 13 Kg, a APSI refere que é preferível escolher a cadeirinha até aos 13 Kg e instalá-la no sentido contrário ao da marcha. Os SRC, aprovados para transporte de crianças até aos 13 Kg, possuem um redutor interno que apoia a cabeça durante os primeiros meses de vida, amparando-a para maior conforto. Já as crianças com mais de 15 Kg podem usar um sistema de retenção, chamada cadeira de apoio ou banco elevatório com costas, em que o cinto de segurança do próprio veículo passa à frente do corpo e o prende em simultâneo com a cadeira (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2012).

Os restantes grupos de cadeirinhas apresentados previamente no quadro 1 (Classificação dos SRC), não serão descritos no recorrer deste enquadramento teórico pelo facto de que não irão ser utilizadas no momento da alta hospitalar e uma vez que no nosso estudo incidimos no cuidar do RN e como tal abordamos a importância do uso correcto da sua primeira cadeirinha. Contudo, gostaríamos de realçar que após os 18 meses, diversos estudos têm demonstrado que as crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito, por isso a criança poderá continuar nessa posição até o mais tarde possível, recomendavelmente até aos quatro anos (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2009). Contudo, esta recomendação não está contemplada na lei e por este motivo uma criança a partir dos 18 meses pode viajar no automóvel voltada para a frente, sempre e quando a almofada de ar frontal (airbag) no lugar do passageiro esteja desactivada. A partir dos três anos e se o automóvel não dispuser de bancos ou cintos de segurança na retaguarda, o transporte pode ser realizado no banco da frente, com este recuado ao máximo e desde que se utilize um sistema de retenção virado para a retaguarda e a almofada de ar frontal no lado do passageiro se encontre desactivado (Artigo 55.º do Código da Estrada). Alguns automóveis trazem um interruptor que permite desligar o sistema de airbag. No caso de o veículo não possuir este interruptor, o airbag poderá ser desligado numa oficina, sendo contudo, necessária a autorização da Direcção Geral de Viação. Os automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança estão proibidos do

transporte de crianças com menos de três anos de idade (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2010, 2012).

PARTE II – Investigação Empírica

Capítulo 5 - Metodologia

Capítulo 6 - Resultados

Capítulo 7 - Discussão

Capítulo 8 - Conclusão/Sugestões

5 – METODOLOGIA

Pretende-se neste capítulo fazer uma descrição objectiva da forma e dos meios utilizados no desenvolvimento do estudo, dando resposta à questão a investigar, atendendo aos recursos temporais, humanos, económicos e materiais.

Apresentamos de seguida os métodos, os participantes, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados realizados neste estudo.

5.1 – MÉTODOS

A interação com o RN em casa é uma experiência nova, envolvendo os pais de forma muito exigente, e é nesta altura que se enfrentam com as inúmeras dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências cognitivo-motoras e cognitivo-afectivas no cuidado ao RN (Pedrosa & Mendes, 2011). Perante as adversidades, alguns pais pedem ajuda e instruções, outros tentam resolver sozinhos os obstáculos. Em qualquer caso, a prestação de cuidados ao RN exige conhecimentos e confiança (Belo, 2006).

O enfermeiro, enquanto técnico de saúde que integra uma equipa multidisciplinar, apresenta um papel muito importante no apoio e orientação dos pais, estimulando a participação activa no cuidado ao bebé. Para tal, “é imprescindível identificar as necessidades de informação e os factores que prejudiquem essa aprendizagem” (Belo, 2005, p. 16).

Por este motivo, o estudo da percepção das mães acerca do seu nível de competência e dos factores que nela intervêm, permitirá posteriormente, dirigir os ensinamentos realizados no internamento, adaptados às dificuldades das mães/pais, preparando-os para a prestação de cuidados ao seu filho após a alta hospitalar. Uma intervenção educacional bem estruturada é necessária para diminuir a insegurança dos pais (Belo, 2006). Por outro lado, o aprofundamento nesta área também auxilia o enfermeiro a definir se é necessário implementar estratégias que permitam aos pais percepcionarem um elevado nível de competências para cuidarem do seu bebé após a alta (Marques & Sá, 2004).

Daí, a importância da implementação de “acções de educação para a saúde que podem marcar a diferença entre uma gravidez, parto e puerpério bem sucedidos” (Belo, 2006, p.131). Onde o enfermeiro, em concreto o EESMOG, tem um papel primordial na sua abordagem nas consultas de Cuidados Primários e/ou das Maternidades, durante o

puerpério e futuramente, no apoio domiciliário.

Nos últimos anos, diversas investigações têm mostrado a relevância desta temática (Belo, 2006; Pedrosa & Mendes, 2011). Contudo, o seu estudo tem sido mais exaustivo em relação às competências maternas auto-percebidas no cuidado do RN prematuro. É neste contexto, de inquietação pessoal que surge o presente estudo de investigação no âmbito do Mestrado de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica intitulado “Auto-percepção Materna das Competências no cuidar do RN de termo”, onde são levantadas as várias questões de investigação deste estudo.

- Qual é o nível de CMAP das puérperas atendidas no CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

De acordo com a bibliografia consultada, constatou-se que a percepção que as puérperas têm acerca das suas competências no cuidar do RN de termo no final do período neonatal é na globalidade elevada (Pedrosa & Mendes, 2011). Também, Belo (2006) verificou em termos globais que 62,8% das mães possuem uma boa percepção acerca das competências cuidativas neonatais. Contudo, observa-se que os resultados são melhores na dimensão cognitivo-motora que na cognitivo-afectiva.

Uma segunda questão procura saber:

- Qual é o nível de conhecimento das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira relativamente ao transporte seguro do RN de termo?

Da revisão da literatura efectuada, diversos estudos, entre eles a monitorização realizada a nível nacional pela APSI, através de estudos de observação sobre o transporte de crianças em veículos ligeiros, têm demonstrado que com o passar dos anos existe um aumento da taxa de utilização de SRC. Contudo, somente metade das famílias que transporta as suas crianças com SRC o faz adequadamente (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2007a). Segundo Flores (2009), a desinformação sobre a importância dos dispositivos de retenção infantil é factor determinante no transporte inadequado.

Também nos questionamos:

- Que variáveis sócio-demográficas (nacionalidade, idade, estado civil, habilitações literárias, actividade laboral, agregado familiar e número de filhos) influenciam a CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

Espera-se que a CMAP esteja relacionada com determinados factores de índole sócio-demográfica. No que se refere à idade, os resultados encontrados na bibliografia consultada são contraditórios, por um lado, Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011), afirmam existir uma ligeira tendência para que a idade se correlacione negativamente com a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN. Já para Belo (2006), as mães mais velhas tendem a perceber maiores competências para cuidar de bebés no período neonatal. Por outro lado, Lowdermilk & Perry (2008) referem que as competências maternas tanto cognitivo-motoras como cognitivo-afectivas são influenciadas pela cultura e este aspecto está intimamente ligado com a sua nacionalidade.

Tendo em conta as habilitações literárias na CMAP, diversos estudos revelam a existência de evidência científica que estabelece uma relação entre o nível de escolaridade e a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN (Ribas, Moura, & Bornstein, 2007; Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho, 2011; Pedrosa & Mendes, 2011).

Atendendo ao número de filhos das mulheres estudadas, Pedrosa & Mendes (2011), verificou que as múltiparas apresentam níveis de competência materna mais elevados do que as primíparas para a dimensão cognitivo-motora, não havendo diferenças estatisticamente significativas quanto à dimensão cognitivo-afectiva.

Finalmente, interrogamo-nos:

- Que relação existe entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância da gravidez, informação fornecida, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto actual, experiência prévia com bebés, aleitamento materno exclusivo) e a CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

A construção desta questão tem por base o facto da percepção da mulher se tratar de uma entidade multidimensional, que pode ser influenciada por múltiplos factores. Das diversas variáveis referidas na literatura, a experiência prévia com bebés mostrou sempre uma relação positiva com as competências maternas cuidativas auto-percebidas. Como referem Lowdermilk & Perry (2008) as competências cognitivas maternas tanto motoras como afectivas são influenciadas pela experiência pessoal prévia. Num estudo realizado por Belo (2006) verificou-se que as mães com mais experiências prévias com bebés evidenciam uma percepção muito mais elevada nas suas competências cuidativas neonatais.

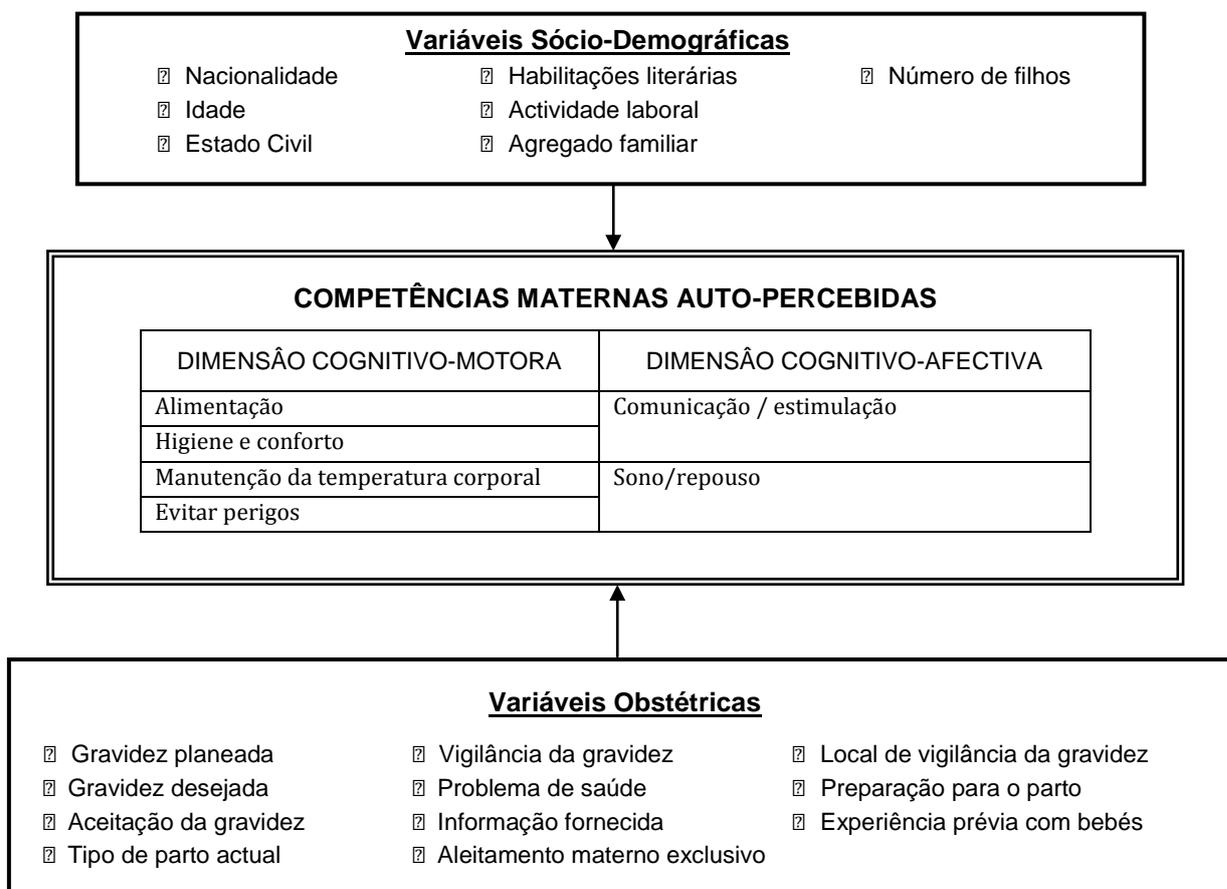
Para dar resposta às questões elaboradas e à problemática que as envolve elaboramos os seguintes objectivos:

- Analisar o nível de CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto, quanto às dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva.
- Avaliar o nível de conhecimento das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira relativamente ao transporte seguro do RN de termo.
- Determinar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.
- Identificar a relação entre as variáveis obstétricas e a CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto.

Para a execução deste estudo, optamos por realizar um estudo quantitativo, descritivo, analítico-correlacional, de corte transversal, onde os dados foram colhidos no período compreendido entre 5 de Fevereiro e 31 de Março de 2011. Atendendo ao grau de controlo das variáveis e à forma de selecção dos sujeitos, esta pesquisa define-se também como não experimental.

O estudo desenvolveu-se segundo o seguinte esquema de investigação (figura 1) que pretende representar a relação das variáveis independentes (sócio-demográficas e obstétricas) com as dimensões da variável dependente CMAP: dimensão cognitivo-motora e dimensão cognitivo-afectiva.

FIGURA 1 – Esquema de investigação



5.2 – PARTICIPANTES

Para este estudo utilizamos uma amostra probabilística, por conveniência, constituída por 212 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira e que estejam acessíveis nas semanas de aplicação do instrumento de colheita de dados. Foram excluídas do estudo todas as puérperas que não tiveram RN de termo ou cujos RN ficaram internados em cuidados intensivos neonatais.

5.2.1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Nacionalidade

No que diz respeito à nacionalidade, como se verifica pela tabela 1, quase a totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa (96,7%), apenas 3,3% são estrangeiras, sendo que 1,4% são brasileiras, 0,9% francesas e com a mesma percentagem de puérperas

surtem a venezuelana e a bielorrussa (0,5% respectivamente).

Idade

Relativamente à idade, observamos que a média ronda os 30 anos de idade, com um desvio padrão de 5,27. A idade mínima e máxima são, respectivamente, 14 e 41 anos. Ao agrupar as idades em três grupos etários, tendo como critério a definição de Mendes da Graça (2010) que considera como extremos da vida reprodutiva, as mulheres com idade inferior a 18 anos e com idade superior a 34 anos. Verificamos, na tabela 1, que a maior parte da amostra (84,9%) se encontra no escalão etário dos 18 aos 34 anos de idade. O grupo etário de mulheres com mais de 34 anos representa 14,2% da amostra e apenas 0,9% tem idade inferior a 18 anos.

Estado civil

No que se refere ao estado civil, observamos na tabela 1 que a grande maioria das puérperas está casada/união de facto (83%), havendo, no entanto, uma pequena minoria de puérperas solteiras (13,2%). As outras opções (viúvas, divorciadas e outra) alcançaram valores extremamente baixos. Assim, para a operacionalização desta variável consideramos dois grupos, as mulheres casadas (83%) e as mulheres não casadas (viúvas, solteiras, divorciadas ou outra) com 17%.

Religião

Em relação à religião (cf. tabela 1), da totalidade das inquiridas, verifica-se que a grande maioria (85,8%) tem alguma crença. E, destas, 83,5% admite ser católica.

Habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias, os resultados são bastante dispersos. Assim, para a operacionalização desta variável consideramos três grupos (cf. tabela 1), as puérperas com o 10^o-12^o ano de escolaridade ou detentoras de cursos técnicos profissionais (CTP), que representam a maior percentagem da amostra (40,9%), seguidas das puérperas que têm até ao 9^o ano de escolaridade (37,8%). Apenas 21,3% das puérperas têm o ensino superior.

Se tivermos em conta a percentagem de mulheres que frequentaram o ensino superior (21,3%), esta é muito inferior àquelas que não o frequentaram (78,7%).

Actividade laboral

Em relação à actividade laboral, mais de metade (68%) admite estar empregada ou empregada com licença de maternidade (cf. tabela 1). Da percentagem de mulheres sem

actividade laboral (32%), o grupo mais representativo é o das puérperas desempregadas (23,5%). Apenas 8,5% das puérperas são estudantes ou domésticas.

Agregado familiar

No que diz respeito ao agregado familiar das puérperas, como se constata pela tabela 1, cerca de metade da amostra (51,9%) vive com o companheiro/marido e filhos. Uma percentagem também significativa (39,6%) diz respeito àquelas que vivem apenas com o companheiro/marido. Somente 8,5% das puérperas vive sem o companheiro, ou noutra situação diferente às mencionadas anteriormente, mas sem especificar essa situação.

Número de filhos

Relativamente ao número de filhos, 51,4% possui apenas um. Contudo, 36,8% tem dois; e com 3 filhos a percentagem é mais reduzida, estando consignada a 9,9%. Apenas 1,9% da amostra tem mais de três filhos. Assim, decidimos categorizar esta variável em três grupos, conforme consta na tabela 1.

Analisando os resultados, observamos que o grupo menos representativo corresponde às mulheres que têm mais de dois filhos (11,8%), seguida das mulheres que têm dois filhos (36,8%). Em contrapartida, a maior parte das mulheres têm apenas um filho (51,4%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas

Variáveis sócio-demográficas		N	%
Nacionalidade	Portuguesa	205	96,7
	Estrangeira	7	3,3
Idade	≤ 17 Anos	2	0,9
	18 – 34 Anos	180	84,9
	≥ 35 Anos	30	14,2
Estado Civil	Não casada	36	17
	Casada	176	83
Habilitações literárias	Até ao 9º ano	80	37,8
	10º Ano – 12º ano / CTP	87	40,9
	Ensino Superior	45	21,3
Actividade laboral	Empregada	144	68,0
	Desempregada / Doméstica / Estudante	78	32,0
Agregado familiar	Só com o companheiro	84	39,6
	Com o companheiro e filhos	110	51,9
	Sem companheiro / Outra	18	8,5
Número de filhos	Um filho	109	51,4
	Dois filhos	78	36,8
	≥ 3 filhos	25	11,8

Em síntese:

- A idade das mulheres oscila entre os 14 e os 41 anos e o grupo etário dos 18 aos 34 anos é o mais representativo com 84,9%.
- Quase a totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa (96,7%), tem alguma crença (85,8%) e é maioritariamente católica (83,5%).
- A maioria das puérperas é casada/união de facto (83%) e mais de metade vive com o companheiro/marido e filhos (51,9%).
- A maior parte tem uma actividade laboral (68%) e somente 21,3% tem o ensino superior.
- Mais de metade da amostra (51,4%) possui um filho, seguida das mulheres que têm dois filhos (36,8%). O grupo menos representativo corresponde às mulheres que têm mais de dois filhos (11,8%).

5.3 – INSTRUMENTOS

A colheita de dados, como componente de um trabalho de investigação, é fundamental para a elaboração e aplicação de um instrumento que nos permita obtê-los de acordo com os objectivos do estudo e as características da população.

Foi elaborado um questionário (cf. apêndice 1) como instrumento de colheita de dados, para a realização deste estudo. Este consta de três partes: Caracterização sócio-demográfica e obstétrica, o transporte do RN e a EAPMCCN.

Parte I – Caracterização sócio-demográfica e obstétrica

Esta parte consta de vinte e oito questões, subdividas em variáveis sócio-demográficas e variáveis obstétricas. As primeiras nove perguntas têm como finalidade recolher informação acerca da idade, do estado civil, das habilitações literárias, da actividade laboral, do agregado familiar e do número de filhos. As restantes dezanove questões abordam as variáveis obstétricas, gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância da gravidez, informação fornecida, preparação para o parto, problema de saúde, experiência prévia com bebés e aleitamento praticado.

Parte II – Transporte do RN

Consta de doze perguntas, onze das quais fechadas que permitem identificar se a mulher tem automóvel, como tenciona transportar o bebé, se tem alguma cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária e em que lugar a pretende colocar, como

orientará essa cadeira no carro, como obteve a informação para transportar adequadamente o seu bebé, se conhece alguma lei sobre o transporte do bebé e se considera que as campanhas existentes são suficientes. A última pergunta é mista elaborada com o intuito de saber se a mulher conhece alguma campanha/organismo de prevenção de acidentes rodoviários e em caso afirmativo é-lhe solicitado que especifique.

Para analisar o conhecimento das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo, relativamente ao transporte seguro do RN, foi realizado um estudo empírico e criado um índice de conhecimento que oscila de entre 0 a 12 pontos. Temos que ter em atenção, que ao item 5 deste índice de conhecimento, só responde a esta questão as pessoas que tenham respondido no item 4 “aplicação da cadeira no carro no banco da frente”. A cotação e os itens que formam parte deste índice são apresentados na seguinte tabela (tabela 2), sendo que quanto maior é a cotação, maior é o conhecimento das puérperas relativamente ao transporte seguro do bebé.

Tabela 2 – Índice de Conhecimento sobre o transporte do RN

Itens	Cotação
1 – Transporte adequado	Não – 0
	Sim – 1
2 – Possui cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária	Não – 0
	Sim – 1
3 – Transporte do RN	Ao colo – 0
	Alcofa – 1
	Alcofa + Cadeira – 2
	Cadeira – 3
4 – Aplicação da cadeira no carro	Indiferente – 0
	Banco da frente – 1
	Banco traseiro – 2
5 – Desactivar o airbag no banco da frente	Não / Não sabe – 0
	Sim – 1
6 – Orientação da cadeira	Virada para a frente – 0
	Virada para trás – 1
7 – Conhecimento de alguma lei	Não – 0
	Sim, mas não considera importante – 1
	Sim, mas não tenho meios para comprar os acessórios – 2
	Sim, e adquiri os acessórios adequados – 3
8 – Conhecimento de campanhas ou organismo de prevenção de AR	Não – 0
	Sim – 1

Para analisar o índice de conhecimento relativamente ao transporte do RN, tendo por base as medidas descritivas (tabela 3), criamos grupos de corte atendendo à fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2008), média \pm 0,25 desvio padrão (DP).

Tabela 3 – Medidas descritivas do Índice de Conhecimento sobre o transporte do RN

Índice de Conhecimento	N	M	Me	Mo	DP	Mi	Ma	Somatório
	212	10,32	11	11	15,95	6	12	2187

Do resultado da aplicação da fórmula supracitada é adoptada a seguinte classificação (tabela 4). Assim, verificamos que 34% das puérperas apresenta um baixo nível de conhecimento em relação ao transporte do RN. A maior percentagem de puérperas ostenta um nível moderado de conhecimento (56,1%). Apenas 9,9% das puérperas mostra um alto nível de conhecimento relativamente ao transporte adequado do RN.

Tabela 4 – Níveis do Índice de Conhecimento sobre o transporte adequado do RN

Índice de Conhecimento	Grupos de corte	N	%	Nível
	≤ 10	72	34	Baixo
11	119	56,1	Moderado	
≥ 12	21	9,9	Alto	

Parte III – Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN)

A EAPMCCN foi criada por Marques & Sá (2004) com o intuito de avaliar as CMAP no cuidar do RN prematuro. Neste estudo foi utilizada a versão adaptada por Santos & Mendes (2004) que avalia as CMAP no cuidar do RN de termo.

A EAPMCCN consta de 34 afirmações perante as quais a puérpera se posiciona face ao grau de concordância, numa escala de tipo Lickert com cinco posicionamentos: "nunca", "raras vezes", "muitas vezes", "quase sempre", "sempre". As 34 afirmações distribuem-se em duas dimensões atendendo ao referencial teórico de Steele & Polack referidos por Williams (1999 *cit in* Belo, 2005). A dimensão cognitivo-motora é de natureza prática ou mecânica, e está caracterizada por actividades orientadas a satisfazer as necessidades de alimentação, higiene, vestir, assegurar a temperatura corporal, proteger do perigo e promover a mobilidade do RN. Por outro lado, a dimensão cognitivo-afectiva é de natureza emocional e envolve competências maternas relacionadas com a comunicação, estimulação, sono e repouso do RN. Estas dimensões permitem identificar até que ponto a mãe se sente segura para cuidar do seu filho e satisfazer as suas necessidades. Como necessidades do RN temos por base o Modelo Teórico de Virgínia Henderson.

A medição da variável traduz a intensidade com que a mãe auto-percepciona a sua competência para cuidar do RN. A intensidade da competência materna é avaliada através de uma pontuação média obtida dividindo a soma das pontuações correspondentes às alternativas de respostas assinaladas pelo número de itens seleccionados.

No quadro 2 representa-se cada uma das dimensões, componentes, indicadores e itens que compõem a escala da auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais (APMCCN).

Quadro 2 – Identificação das dimensões, subescalas e itens da escala APMCCN

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADOR	ITEM
Cognitivo-motora	Alimentação	Definir o horário de dar de mamar	1
		Diferenciar o vômito do bolçar	2
		Dar conta quando está engasgado	8
		Identificar os sinais de fome	10
		Dar conta se está bem alimentado	13
		Colocar a mamar	23
		Pôr a arrotar	25
	Higiene e conforto	Realizar a higiene do bebé aquando da muda de fraldas	4
		Dar conta das alterações da pele no bebé	9
		Identificar as características da urina	12
		Dar o banho	14
		Vestir e despir o bebé	17
		Fazer massagem abdominal quando está com cólicas	19
		Realizar os cuidados ao coto umbilical	20
		Perceber quando é preciso mudar as fraldas	21
		Manter a pele do bebé cuidada	26
		Aliviar as cólicas	29
		Pegar no bebé durante o banho	30
	Identificar as características das fezes	32	
	Manutenção da temperatura corporal	Seleccionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo	6
		Seleccionar a temperatura da água do banho	28
	Evitar os perigos	Fazer o que é preciso para desentupir o nariz	7
Transportar o bebé de forma segura		11	
Fazer o que é preciso no caso de se engasgar		22	
Reconhecer quando o bebé não está bem		31	
Verificar se o bebé está a mamar sem engolir ar		33	
Colocar o bebé a dormir na posição correcta	34		
Cognitivo-afectiva	Sono e repouso	Identificar os diferentes tipos de sono	5
	Comunicação / Estimulação	Perceber quando o bebé está irritado	3
		Perceber quando está com cólicas	15
		Perceber quando quer dormir	16
		Identificar quando quer atenção e conversa	18
		Acalmar quando está irritado	24
Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção	27		

5.3.1 – Estudo psicométrico da EAPMCCN

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alpha* de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (tabela 5). Os coeficientes de *alpha* de Cronbach para cada um dos itens variam de 0,961 a 0,963, sendo que para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,963.

O valor do *alpha* de Cronbach para a escala total obtido na nossa investigação, é superior ao obtido pelas autoras da escala, Santos & Mendes (2004), onde o resultado foi de 0,950.

Tabela 5 – EAPMCCN: consistência interna (estudo dos itens)

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADOR	M	DP	R item - total (s/item)	Alpha de Cronbach (s/item)
Cognitivo-motora	Alimentação	Definir o horário de dar de mamar	4,41	0,701	0,451	0,963
		Diferenciar o vômito do bolçar	3,99	0,918	0,595	0,962
		Dar conta quando está engasgado	4,15	0,959	0,739	0,961
		Identificar os sinais de fome	4,27	0,750	0,656	0,962
		Dar conta se está bem alimentado	4,14	0,881	0,706	0,962
		Colocar a mamar	4,49	0,746	0,654	0,962
		Pôr a arrotar	4,53	0,712	0,647	0,962
	Higiene e conforto	Realizar a higiene do bebé aquando da muda de fraldas	4,81	0,503	0,534	0,963
		Dar conta das alterações da pele no bebé	4,05	0,984	0,698	0,962
		Identificar as características da urina	3,22	1,227	0,596	0,963
		Dar o banho	4,42	0,908	0,733	0,961
		Vestir e despir o bebé	4,73	0,582	0,587	0,962
		Fazer massagem abdominal quando está com cólicas	4,07	0,920	0,677	0,962
		Realizar os cuidados ao coto umbilical	4,37	0,913	0,646	0,962
		Perceber quando é preciso mudar as fraldas	4,55	0,641	0,576	0,962
		Manter a pele do bebé cuidada	4,59	0,672	0,677	0,962
		Aliviar as cólicas	3,90	1,032	0,742	0,961
		Pegar no bebé durante o banho	4,30	0,976	0,720	0,961
		Identificar as características das fezes	3,42	1,182	0,689	0,962
	Manutenção da temperatura corporal	Seleccionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo	4,54	0,698	0,610	0,962
		Seleccionar a temperatura da água do banho	4,47	0,874	0,644	0,962
	Evitar os perigos	Fazer o que é preciso para desentupir o nariz	3,90	1,158	0,690	0,962
		Transportar o bebé de forma segura	4,73	0,567	0,576	0,962
		Fazer o que é preciso no caso de se engasgar	3,85	1,074	0,666	0,962
		Reconhecer quando o bebé não está bem	4,18	0,874	0,755	0,961
		Verificar se o bebé está a mamar sem engolir ar	3,75	1,055	0,707	0,962
		Colocar o bebé a dormir na posição correcta	4,52	0,671	0,632	0,962
Cognitivo-afectiva	Sono e repouso	Identificar os diferentes tipos de sono	3,49	1,044	0,653	0,962
	Comunicação / Estimulação	Perceber quando o bebé está irritado	4,10	0,853	0,493	0,963
		Perceber quando está com cólicas	3,94	0,934	0,672	0,962
		Perceber quando quer dormir	4,31	0,754	0,666	0,962
		Identificar quando quer atenção e conversa	4,17	0,883	0,706	0,962
		Acalmar quando está irritado	4,21	0,733	0,728	0,962
		Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção	3,89	1,011	0,712	0,961

Por outro lado, calculamos os coeficientes de *alpha* de Cronbach para cada uma das subescalas, os quais oscilam entre 0,851 e 0,516 (quadro 3). É de salientar que a subescala que apresenta o coeficiente de *alpha* de Cronbach mais baixo (0,516) apenas consta de dois itens. Atendendo à subescala sono/repouso não foi possível calcular o coeficiente de *alpha* de Cronbach já que esta subescala só consta de um item.

Quadro 3 – Consistência interna das subescalas da EAPMCCN

SUBESCALAS	Número de itens	M	DP	<i>Alpha</i> de Cronbach
Alimentação	7	29,99	4,108	0,846
Higiene e conforto	12	50,42	7,520	0,901
Manutenção da temperatura corporal	2	9,01	1,297	0,516
Evitar os perigos	6	24,93	4,074	0,829
Sono e repouso	1	3,49	1,044	Não aplicável
Comunicação / estimulação	6	24,63	3,937	0,851

Efectuamos uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas, as dimensões e o índice global da escala. De acordo com os resultados obtidos, que apresentamos no quadro 4, verificamos que as correlações entre as seis subescalas, as duas dimensões e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre ($r=0.461$) (sono e repouso vs. manutenção da temperatura corporal) e ($r=0.889$) (higiene e conforto vs. evitar os perigos).

No que se refere às correlações existentes entre cada uma das dimensões e as subescalas que a compõem, na dimensão cognitivo-motora, constatamos a existência de correlações altas e muito altas que oscilam entre ($r=0.804$) com a manutenção da temperatura corporal e ($r=0.973$) com a higiene/conforto. Na dimensão cognitivo-afectiva, também verificamos correlações altas e muito altas que oscilam entre ($r=0.772$) com o sono/repouso e ($r=0.986$) com a comunicação/estimulação.

Atendendo às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global notamos que estas são razoáveis e oscilam entre ($r=0.681$) com o sono/repouso e ($r=0.965$) com a higiene e conforto. Já as correlações existentes entre as diferentes dimensões e a escala global são muito altas, oscilando entre ($r=0.992$) com a dimensão cognitivo-motora e ($r=0.909$) com a dimensão cognitivo-afectiva.

Perante estes resultados inferimos que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas e o mesmo acontece com as dimensões.

Quadro 4 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas, dimensões e a APMCCN

APMCCN	Subescalas						Dimensões	
	Alimentação	Higiene conforto	Manutenção t ^a corporal	Evitar os perigos	Sono e repouso	Comunicação Estimulação	Cognitivo-motora	Cognitivo-afectiva
Higiene e conforto	0,833**	--						
Manutenção da t ^a corporal	0,729**	0,745**	--					
Evitar os perigos	0,810**	0,889**	0,720**	--				
Sono e repouso	0,634**	0,595**	0,461**	0,588**	--			
Comunicação/ Estimulação	0,785**	0,826**	0,655**	0,785**	0,654**	--		
Dimensão cognitivo-motora	0,916**	0,973**	0,804**	0,941**	0,631**	0,845**	--	
Dimensão cognitivo-afectiva	0,801**	0,826**	0,653**	0,791**	0,772**	0,986**	0,851**	--
GERAL	0,914**	0,965**	0,790**	0,932**	0,681**	0,901**	0,992**	0,909**

** p < 0.001

5.4 – PROCEDIMENTOS

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade de consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira (cf. apêndice 2). No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

Dada a respectiva autorização do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira (cf. apêndice 3), impôs-se a passagem ao campo onde iria ser feita a colheita. Foi pedida a colaboração voluntária de cada participante explicando o objectivo do estudo, através do consentimento informado (cf. apêndice 4). Para além disso, foi explicado os benefícios e a garantia de confidencialidade, anonimato, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados colhidos. Os questionários foram entregues às puérperas pessoalmente e colocados pelas mesmas em urnas acondicionadas para o efeito.

5.5 – ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados é a essência da investigação e permite determinar a existência ou não de associação entre variáveis. O tratamento estatístico será realizado informaticamente

através do programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva, usamos como medidas estatísticas as Frequências: Absolutas (n) e Percentuais (%); as Medidas de tendência central: a Média (M), a Mediana (Me) e Moda (Mo); as Medidas de Dispersão: o Desvio Padrão (DP) e o Coeficiente de Variação (CV %). Para o coeficiente de variação seleccionámos os graus de dispersão de Pestana & Gageiro (2008), sendo que o $CV \leq 15\%$ corresponde a uma dispersão fraca; quando $15\% < CV \leq 30\%$ tem uma dispersão média e quando $CV > 30\%$ a dispersão é elevada.

Usamos Medidas de simetria (S-Skewness) e de achatamento (K-Kurtosis). Segundo Pestana & Gageiro (2008) para $p = 0,005$ uma distribuição é simétrica quando $|\text{Skewness}/\text{std}_{\text{erro}}| < 1,96$, onde a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo. Pelo contrário, uma distribuição é assimétrica quando $|\text{Skewness}/\text{std}_{\text{erro}}| > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa). De igual forma, uma distribuição pode ser Mesocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| < 1,96$; Platicúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| < -1,96$ e Leptocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| > 1,96$.

Em relação à estatística inferencial, utilizamos técnicas paramétricas e não paramétricas:

– Matriz de correlação de Pearson: prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo estiver destes maior será a associação linear entre as variáveis. Para analisar os resultados obtidos, consideramos as definições de Pestana & Gageiro (2008):

- $R < 0.2$ – associação linear muito baixa;
- $0.2 < R < 0.39$ – associação linear baixa;
- $0.4 < R < 0.69$ – associação linear moderada;
- $0.7 < R < 0.89$ – associação linear alta;
- $0.9 < R < 1$ – associação linear muito alta.

– Teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.

– Teste U de Mann-Whitney (U de M-W): teste não paramétrico utilizado para comparar o

centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

– Teste t para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

- ✓ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ✓ $p < 0.05$ – significativo
- ✓ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ✓ $p < 0.001$ – altamente significativo

Finalizada a descrição dos procedimentos estatísticos passaremos ao seguinte capítulo, à apresentação e análise dos resultados.

6 – RESULTADOS

No presente capítulo damos a conhecer os resultados obtidos que serão apresentados em forma de tabelas. Optamos por apresentar primeiro a análise descritiva dos dados referentes às variáveis estudadas, após a qual apresentamos a análise inferencial dos resultados.

6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo vamos proceder à análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente a vigilância da gravidez, as variáveis obstétricas, o transporte do RN e as CMAP.

6.1.1 – Caracterização da amostra segundo a vigilância da gravidez

Vigilância da gravidez

Em relação às consultas de vigilância da gravidez, os resultados são clarividentes já que a maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância. Esta variável foi operacionalizada tendo em conta o número de consultas realizadas durante a gravidez (cf. tabela 6). Assim foram criados dois grupos, tendo por base que a realização de menos de seis consultas de vigilância se considera gravidez mal vigiada (Correia, 2010). Das mulheres inquiridas verificamos que a maioria (93,9%) fez uma adequada vigilância da gravidez e apenas 6,1% não a fez.

Local de vigilância da gravidez

Já no que se refere ao local onde as mesmas foram efectuadas, de acordo com a tabela 6, a maior parte das mulheres em estudo fez a vigilância da gravidez numa instituição de carácter público (63,0%), seguindo-se as mulheres que a realizaram num centro privado exclusivamente. (20,9%). As restantes 16,1% das mulheres fizeram a vigilância da gravidez tanto num centro público como privado.

Número de consultas

Relativamente ao número de consultas efectuadas antes de engravidar, constatamos que a maior percentagem (62,7%) de mulheres não realizou nenhuma consulta, 18,9% realizou uma consulta, 10,4% duas e apenas 8,0% mais do que duas (cf. tabela 6).

No que diz respeito à realização da primeira consulta, a tabela 6 demonstra que 35,4% da amostra foi antes de engravidar e 34,9% foi após a primeira falta menstrual. Já 16% foi apenas um mês depois da primeira falta menstrual.

Presença do enfermeiro na consulta

Em relação à presença do enfermeiro nas consultas de vigilância, observamos na tabela 6 que 61,8% da amostra em estudo afirma que o enfermeiro esteve sempre presente. Para 20,7% esteve só às vezes e para 17% esteve sempre ausente das consultas de vigilância da gravidez. Os restantes 0,5% correspondem a uma pessoa que não respondeu à questão.

Informação fornecida

No que diz respeito às informações prestadas nas consultas de vigilância de gravidez, de acordo com a tabela 6, verifica-se que 67,5% das mulheres ficou satisfeita com a quantidade de informação que recebeu, afirmando que não gostaria de receber mais, no entanto, 32,5% gostaria de ter recebido mais informação.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a vigilância da gravidez

Variáveis obstétricas		N	%
Local de vigilância da gravidez	Público	133	63,0
	Privado	34	20,9
	Ambos	44	16,1
Consultas antes de engravidar	Nenhuma	133	62,7
	Uma	40	18,9
	Duas	22	10,4
	Mais que duas	17	8,0
1ª Consulta	Antes de engravidar	75	35,4
	Após a 1ª falta menstrual	74	34,9
	1 mês após a 1ª falta menstrual	34	16,0
	≥ 2 meses após a 1ª falta menstrual	28	13,2
	Não realizada	1	0,5
Vigilância da gravidez	< 6 consultas	13	6,1
	≥ 6 consultas	199	93,9
Presença do enfermeiro na consulta	Nunca	36	17,0
	Às vezes	44	20,7
	Sempre	131	61,8
Receber mais informação	Não	143	67,5
	Sim	69	32,5

Em síntese, em relação à vigilância da gravidez, verificamos que:

- A maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez, no entanto 6,1% não o fez de forma adequada. Esta vigilância foi realizada maioritariamente (63%) numa instituição de carácter público, seguindo-se o centro privado (20,9%) e 16,1% em centros públicos e privados simultaneamente.
- A maior percentagem (62,7%) de mulheres não realizou nenhuma consulta antes de engravidar.
- Das informações prestadas nas consultas de vigilância da gravidez, 32,5% da amostra gostaria ter recebido mais informação.
- O enfermeiro esteve presente em mais da metade das consultas de vigilância (61,8%). Contudo 17% das mulheres afirmam que o enfermeiro esteve sempre ausente e 20,7% referem ter estado presente às vezes.

6.1.2 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas

Gravidez planeada

De seguida, dando lugar ao planeamento da gravidez, aquilo que se verifica é que, de acordo com os resultados da tabela 7, a grande maioria das mulheres planeou a gravidez (74,5%). Contudo, 12,7% da amostra não a planeou e a mesma percentagem (12,7%) afirma que planeou a gravidez, mas não para esta altura.

Gravidez desejada

Já no desejo da concepção do filho, de acordo com os resultados da tabela 7, verifica-se que na maioria dos casos (89,2%) foi uma opção do pai e da mãe. Todas as outras opções comportam valores extremamente baixos, evidenciando que, neste caso, a influência desses resultados é extremamente baixa.

Aceitação da gravidez

Relativamente à aceitação da gravidez por parte do pai e da família, quase a totalidade da amostra respondeu afirmativamente (97,6%). Apenas 2,4% admite que não houve aceitação (cf. tabela 7).

Preparação para o parto

Se fizermos a análise da tabela 7, em função da preparação para o parto, evidenciamos que a maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Apenas 34,4% realizou um curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram à preparação para o parto, 71,2% admite ter ido sem ninguém da sua

referência. Já entre as que levaram alguém, o marido aparece como o principal acompanhante (23,3%). Apenas 5,5% das puérperas foi acompanhada pela mãe à preparação para o parto.

Problema de saúde

Atendendo à existência de algum problema de saúde antes de engravidar, de acordo com a tabela 7, é possível verificar que a grande maioria (86,8%) não sofria de qualquer problema. Relativamente aos 13,2% remanescentes, constatamos que os dois maiores problemas dizem respeito à asma (27,6%) e à depressão (13,8%).

Subsequentemente, foi questionado se, durante a gravidez, tiveram algum problema de saúde. Como se verifica pela tabela seguinte (cf. tabela 7), 60,4% admite não ter tido qualquer complicação. Já cerca de 39,5% admite ter tido problema de saúde. E, desta percentagem, relativamente ao problema específico em si, aquilo que se constata é que a presença de diabetes (14%); de infecções urinárias (12,8%); de ameaça de parto prematuro (10,5%); e de hipertensão (10%) são os problemas mais referenciados pelas puérperas.

Internamento

Em relação ao internamento durante a gravidez, aquilo que se verifica na tabela 7, é que apenas 7,1% da amostra esteve internada. De entre as causas, destacam-se a ameaça de parto prematuro (29,4%); a restrição do crescimento intra-uterino (17,6%); a intolerância alimentar (11,8%) e a hipertensão arterial (11,8%).

Número de gestações

No que se refere ao número de vezes em que as puérperas estiveram grávidas, cerca de metade (46,2%) admite ser a primeira vez (cf. tabela 7). Já para 31,6% esta é a segunda vez, ao invés de que para 16,5% e 5,7% esta é, respectivamente, a terceira e quarta vez.

Semanas de gestação

Relativamente às semanas de gestação ao nascimento, foram criados três grupos (cf. tabela 7). A maioria das mulheres (65,1%) apresenta entre 39 e 41 semanas no dia do parto, 27,8% apresenta entre 37 e 38 semanas de gestação e apenas 7,1% tem mais de 41 semanas.

Tipo de parto actual

Tendo em atenção o tipo de parto deste último filho, 61,3% afirma ter sido eutócico e os restantes 38,7% distócicos, sendo que 26,4% cesariana e 9,9% ventosa (cf. tabela 7).

Somente 1,9% foi por fórceps e apenas 0,5% por fórceps + ventosa.

Experiência prévia com bebês

Ao analisar a tabela 7, também verificamos que 76,9% da amostra afirma que já teve experiência prévia com bebês. Contudo, 23,1% nunca teve essa experiência.

Aleitamento materno exclusivo

No que se refere ao tipo de aleitamento (cf. tabela 7), a maioria (78,3%) é materno. Existe, no entanto, cerca de 19,3% que admite que o tipo de aleitamento é misto. Só 2,4% pratica aleitamento artificial.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas

Variáveis obstétricas	N	%	
Gravidez planeada	Não	27	12,7
	Sim	158	74,6
	Sim, mas não para esta altura	27	12,7
Gravidez desejada	A mãe da criança	6	2,8
	O pai da criança	3	1,4
	Ambos	189	89,2
	Nenhum	12	5,7
	Outros	2	0,9
Aceitação da gravidez	Não	5	2,4
	Sim	207	97,6
Preparação para o parto	Não	139	65,6
	Sim	73	34,4
Problemas de saúde antes de engravidar	Não	184	86,8
	Sim	28	13,2
Problemas de saúde durante a gravidez	Não	128	60,4
	Sim	84	39,6
Internada durante a gravidez	Não	197	92,9
	Sim	15	7,1
Número de gravidezes	Uma	98	46,2
	Duas	67	31,6
	Três	35	16,5
	Mais de três	12	5,7
Tipo de parto actual	Eutócico	130	61,3
	Cesariana	56	26,4
	Ventosa	21	9,9
	Fórceps	4	1,9
	Ventosa + Fórceps	1	0,5
Semanas de gestação	37 – 38 semanas	59	27,8
	39 – 41 semanas	138	65,1
	> 41 semanas	15	7,1
Aleitamento materno exclusivo	Não	46	21,7
	Sim	166	78,3
Experiência anterior com bebês	Não	49	23,1
	Sim	163	76,9

Em resumo, no que se refere às variáveis obstétricas, constatamos que:

- A gravidez foi planeada pela maior parte da amostra (74,5%) e desejada pela mãe e pelo pai na maioria dos casos (89,2%). Quase a totalidade da amostra (97,6%) afirma que a gravidez foi aceite pelo pai e pela família.
- A maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram (34,4%), 65,6% admite terem ido sozinhas.
- A grande maioria (86,8%) da amostra não sofria de qualquer problema de saúde antes de engravidar. Durante a gravidez, 60,4% admite não ter tido qualquer complicação e apenas 7,1% da amostra precisou ficar internada durante a gravidez.
- O intervalo entre as 39 e as 41 semanas de gestação é o mais predominante (65,1%) e só 7,1% da amostra tem mais de 41 semanas.
- A maior parte das mulheres é primigesta (46,2%), mas 76,9% da amostra afirma que já teve experiência prévia com bebés.
- O tipo de parto actual mais representativo é o eutócico (61,3%), seguido das mulheres que foram submetidas a cesariana (26,4%).
- O AM é praticado por 78,3% da amostra e apenas 2,4% pratica o aleitamento artificial. No entanto, 19,3% afirma que o tipo de aleitamento é misto.

6.1.3 – Transporte do RN

Os resultados relativos ao transporte do RN são apresentados na tabela 8. No que se refere ao transporte do bebé após a saída do hospital, 96,7% das mães afirma que este realizar-se-á através de uma cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária. Os restantes 2,8% referem realizar o transporte numa alcofa e 0,5% em ambos os dispositivos (alcofa e cadeirinha).

Em relação à obtenção da cadeira, 70,8% compraram-na, enquanto que 13,7% têm-na emprestada e 15,6% admitem que esta foi oferecida.

Questionadas se, porventura, o aluguer de uma cadeira deste tipo no hospital seria do seu agrado, 84,9% das puérperas afirma que não.

Tendo em atenção o lugar de aplicação da cadeira no carro, a grande maioria admite que o fará no banco de trás (83,5%). No entanto, 7,1% diz que a colocará no banco da frente e 9,4% afirma ser indiferente. Caso a aplique no banco da frente, 82,9% afirma que desactivará o airbag. No entanto, 14,3% admite não o conhecer e 2,8% não responde a esta pergunta.

Relativamente à orientação da cadeira, a maioria (86,8%) afirma que a colocará voltada

para trás, no sentido oposto ao condutor. Os restantes 12,3% referem que a colocará virada para a frente e 0,9% não respondeu a esta pergunta.

A informação obtida em relação ao transporte do bebé no automóvel, mostra que esta adveio dos meios de comunicação/folhetos informativos (20,8%). Seguem-se os familiares e amigos (10,3%) e o código nacional de trânsito (9,9%). Uma pequena percentagem (8,5%) afirma não ter recebido informação de ninguém e apenas 6,6% obteve a informação através de profissionais de saúde. Contudo a percentagem maior (43,9%) é representada por outros, que corresponde à combinação de várias respostas.

Em relação às puérperas conhecerem alguma lei sobre transporte de bebés no automóvel, de acordo com a tabela seguinte, verifica-se que a grande parte (80,7%) afirma conhecer e ter comprado acessórios adequados como é recomendado pela lei. Em contrapartida, 3,8% afirma conhecer a lei mas não dispor dos meios necessários para adquirir os acessórios adequados. Contudo, 0,5% afirma conhecer alguma lei, mas não considera este assunto importante. Por outro lado, 15,7% admite não conhecer nenhuma lei.

Além disso, no que se refere à possibilidade das campanhas publicitárias serem suficientes, as percentagens são relativamente semelhantes: 52,4% afirma que sim; 47,6% afirma que não.

Finalmente, na eventualidade das puérperas conhecerem alguma campanha/organismo de prevenção de acidentes rodoviários, a grande maioria (85,4%) afirma que não. Apenas 14,2% admite conhecer campanhas e/ou organismos de prevenção de acidentes rodoviários e 0,5% não responderam a esta questão.

Variáveis do RN		N	%
Transporte do RN	Alcofa	6	2,8
	Cadeira	205	96,7
	Alcofa + Cadeira	1	0,5
Obtenção da cadeira	Comprada	150	70,8
	Emprestada	29	13,7
	Oferecida	33	15,5
Aluguer da cadeira no hospital	Não	180	84,9
	Sim	32	15,1
Aplicação da cadeira no carro	Banco da frente	15	7,1
	Banco traseiro	177	83,5
	Indiferente	20	9,4
Desactivar o airbag no banco da frente	Não	1	2,9
	Sim	29	82,9
Orientação da cadeira	Virada para trás	184	86,8
	Virada para a frente	26	12,3
Transporte adequado	Não	2	0,9
	Sim	210	99,1
Obtenção da informação	Profissionais de Saúde	14	6,6
	Familiares e amigos	22	10,3
	Código Nacional de Trânsito	21	9,9
	Meios de comunicação	44	20,8
	Ninguém	18	8,5
	Outros	93	43,9
Conhecimento de alguma lei	Não	32	15,1
	Sim, mas não considera importante	1	0,5
	Sim, mas não tenho meios para comprar os acessórios	8	3,8
	Sim, e adquiri os acessórios adequados	171	80,7
Campanhas publicitárias suficientes	Não	101	47,6
	Sim	111	52,4
Conhecimento de campanhas ou organismo de prevenção de AR	Não	181	85,4
	Sim	30	14,2

Por outro lado, consideramos interessante nesta investigação analisar se o facto de conhecer ou não alguma lei sobre o transporte do bebé no automóvel influencia a APMCCN, para o qual, utilizamos um teste U de Mann-Whitney. Ao analisar, a tabela 9, constatamos que existem diferenças estatísticas significativas em três subescalas da auto-percepção materna: “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal” e “evitar os perigos”. Sendo assim, são as mães que conhecem alguma lei sobre o transporte seguro do bebé as que apresentam melhor APMCCN nas subescalas supracitadas. Em contrapartida, as mães que não conhecem nenhuma lei mostram uma menor competência materna auto-percebida.

Contudo, também verificamos que nas subescalas onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas (“alimentação”, “comunicação/estimulação”, “sono e repouso”), novamente são as mães que conhecem alguma lei as que possuem uma melhor

competência materna cuidativa auto-percebida.

Atendendo às dimensões da APMCCN e a escala global, verificamos diferenças significativas na dimensão cognitivo-motora e na escala em geral. Já na dimensão cognitivo-afectiva não se encontram diferenças estatísticas significativas. Assim, constatamos que são as puérperas que conhecem alguma lei sobre o transporte seguro do bebé as que apresentam uma maior competência materna auto-percebida no cuidar do RN de termo na dimensão cognitivo-motora e na escala global. Ainda que na escala cognitivo-afectiva não exista significância estatística, também são as puérperas que conhecem alguma lei as que apresentam as ordenações médias superiores.

Tabela 9 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função do conhecimento de uma lei sobre o transporte seguro do bebé

APMCCN \ Conhecer Lei	Não	Sim	U	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação	91,14	109,23	2388,50	0,123
Higiene e conforto	84,73	110,37	2183,50	0,029
Manutenção da t ^ª corporal	84,09	110,48	2163,00	0,015
Evitar os perigos	83,28	110,63	2137,00	0,020
Sono e repouso	88,98	109,61	2319,50	0,066
Comunicação / estimulação	93,95	108,73	2478,50	0,207
Dimensão cognitivo-motora	84,73	110,37	2183,50	0,029
Dimensão cognitivo-afectiva	92,41	109,01	2429,00	0,157
Escala global	85,59	110,22	2211,00	0,036

6.1.4 – Competência materna auto-percebida

No estudo da CMAP analisamos em primeiro lugar o nível de CMAP apresentado pelas mães em relação a escala geral e a cada uma das suas dimensões. Posteriormente, analisa-se a percepção da competência materna auto-percebida relativamente as suas subescalas e dimensões. Também examinamos quais são os itens da escala APMCCN que contribuem de forma positiva ou negativa a competência materna auto-percebida.

Com o intuito de analisar o nível de CMAP, atendendo as medidas descritivas da EAPMCCN (tabela 10) e tendo em conta que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram criados tendo por base a fórmula já referida de Pestana & Gageiro (2008), média \pm 0,25DP.

Tabela 10 – Medidas descritivas da EAPMCCN

Dimensão	N	M	DP	Mi	Ma	Sum	CV	Sk	K	Sk/erro	K/erro
I – Cognitivo motora	212	114,34	15,95	68	135	24241	13,94	-0,811	-0,149	0,167	0,333
II – Cognitivo afectiva	212	28,11	4,68	17	35	5960	16,64	-0,407	-0,683	0,167	0,333
Escala global	212	142,46	20,08	86	170	30201	14,09	-0,714	-0,288	0,167	0,333

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação (tabela 11) para cada uma das dimensões e para a escala total. Tendo como referencia estes grupos de corte, observamos que para a escala global a maior parte das mães apresenta um alto nível de competência cuidativa (55,7%), no entanto, 35,4% apresenta uma baixa CMAP e apenas 9% um nível moderado.

Relativamente à dimensão cognitivo-motora, atendendo aos grupos de corte criados, verificamos que a maioria das mães (50,9%) mostra uma elevada competência materna cuidativa, contudo 35,8% possuem uma baixa CMAP. A percentagem menor (13,3%) apresenta uma competência materna cuidativa moderada.

Analisando a dimensão cognitivo-afectiva, observamos que a maior percentagem de mulheres (43,4%) apresenta uma CMAP alta. Uma percentagem ligeiramente inferior (41,5%) mostra uma auto-percepção de competência cuidativa neonatal baixa e só 15,1% moderada.

Tabela 11 – Nível de competência materna auto-percebida e grupos de corte

Competência materna auto-percebida	Grupos de corte	N	%	Nível
Dimensão Cognitivo-motora	≤ 110	76	35,8	Baixa CMAP
	111 – 117	28	13,3	Moderada CMAP
	≥ 118	108	50,9	Alta CMAP
Dimensão Cognitivo-afectiva	≤ 27	88	41,5	Baixa CMAP
	28 – 29	32	15,1	Moderada CMAP
	≥ 30	92	43,4	Alta CMAP
Escala Global	≤ 137	75	35,4	Baixa CMAP
	138 – 142	19	9	Moderada CMAP
	≥ 143	118	55,7	Alta CMAP

Pelo facto da intensidade da competência materna ser avaliada através de uma pontuação média obtida dividindo a soma das pontuações correspondentes às alternativas de respostas assinaladas pelo número de itens seleccionados, como já foi referido na metodologia deste trabalho. De seguida, teremos em consideração este aspecto para o

cálculo das medidas descritivas das subescalas e dimensões da APMCCN.

Relativamente às seis subescalas que compõem a escala APMCCN verificamos, na tabela 12, que a subescala manutenção da temperatura corporal alcança a média mais elevada com 4,51 valores, evidenciando uma óptima auto-percepção materna. Nas restantes subescalas, quatro delas (alimentação, higiene e conforto, evitar os perigos, comunicação e estimulação) apresentam uma média superior a 4, o que revela uma boa percepção materna das suas competências cuidativas. Apenas a subescala sono e repouso apresenta uma média inferior a 4, concretamente de 3,49, contudo a auto-percepção está situada entre “muitas vezes” e “quase sempre”.

Tabela 12 – Medidas descritivas das subescalas da EAPMCCN

Subescalas	N	M	Me	Mo	DP	Mi	Ma
I – Alimentação	212	4,28	4,43	5,00	0,587	2,43	5,00
II – Higiene e Conforto	212	4,20	4,33	4,75	0,627	2,58	5,00
III – Manutenção da temperatura corporal	212	4,51	5,00	5,00	0,649	2,50	5,00
IV – Evitar os perigos	212	4,15	4,33	4,50	0,679	2,17	5,00
V – Sono e repouso	212	3,49	4,00	4,00	1,042	1,00	5,00
VI – Comunicação / estimulação	212	4,11	4,17	4,00	0,656	2,50	5,00

Em relação às dimensões da APMCCN, ao analisar a tabela 13, constatamos que a dimensão cognitivo-motora alcançou valores superiores, com uma média de 4,24 no que diz respeito à auto-percepção materna das competências cuidativas. Ao passo que a dimensão cognitivo-afectiva teve uma média de 4,02.

Tabela 13 – Medidas descritivas das dimensões da EAPMCCN

Dimensão	N	M	Me	Mo	DP	Mi	Ma
I – Cognitivo motora	212	4,24	4,37	4,70	0,591	2,52	5,00
II – Cognitivo afectiva	212	4,02	4,00	4,00	0,669	2,43	5,00

Tendo em conta os itens da escala APMCCN, cf. a tabela 2, referida anteriormente, constatamos que na dimensão cognitivo-motora, ao comparar os valores médios de cada um dos itens, os que contribuíram para uma melhor percepção das competências cuidativas

neonatais foram “realizar a higiene do bebé aquando da muda de fraldas” ($x=4,81$), “vestir e despir o bebé” ($x=4,73$), “transportar o bebé de forma segura” ($x=4,73$), “manter a pele do bebé cuidada” ($x=4,59$), “perceber quando é preciso mudar as fraldas” ($x=4,55$), “seleccionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo” ($x=4,54$), “pôr a arrotar” ($x=4,53$), “colocar o bebé a dormir na posição correcta” ($x=4,52$), “colocar à mama” ($x=4,49$). Em contrapartida, os itens que mostraram os resultados mais desfavoráveis foram “identificar as características da urina” ($x=3,22$), “identificar as características das fezes” ($x=3,42$), “verificar se o bebé está a mamar sem engolir ar” ($x=3,75$), “fazer o que é preciso no caso de se engasgar” ($x=3,85$), “fazer o que é preciso para desentupir o nariz” ($x=3,90$), “aliviar as cólicas” ($x=3,90$), “diferenciar o vómito de bolçar” ($x=3,99$).

Atendendo à dimensão cognitivo-afectiva, os itens com maior pontuação foram “perceber quando quer dormir” ($x=4,31$), “acalmar quando está irritado” ($x=4,21$) e “identificar quando quer atenção e conversa” ($x=4,17$). Pelo contrário, “identificar os diferentes tipos de sono” ($x=3,49$) e “perceber quando está com cólicas” ($x=3,94$), apresentaram os valores médios mais baixos.

6.2 - ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva de dados, com o intuito de credibilizar o nosso estudo apresentamos as questões de investigação formuladas e os testes paramétricos e não paramétricos utilizados para dar resposta a tais questões.

Que variáveis sócio-demográficas (nacionalidade, idade, estado civil, habilitações literárias, actividade laboral, agregado familiar e número de filhos) influenciam a CMAP das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

Relação entre a nacionalidade e a APMCCN

Por forma a identificar se existe relação entre a APMCCN e a nacionalidade da mulher, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 14), atendendo ao facto da mulher ser ou não portuguesa. Constatamos que existem diferenças significativas nas subescalas da APMCCN: “alimentação”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Também encontramos significância estatística na escala global e na dimensão cognitivo-

afectiva, nesta dimensão as diferenças estatísticas encontradas são bastante significativas. Tanto nas subescalas supracitadas, como na dimensão cognitivo-afectiva e na escala global, são as mulheres portuguesas as que apresentam uma menor competência materna auto-percebida.

Na dimensão cognitivo-motora e nas subescalas “higiene e conforto” e “manutenção da temperatura corporal”, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, também são as mulheres portuguesas as que mostram uma menor competência materna auto-percebida.

Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função da nacionalidade

APMCCN	Portuguesa	Sim	Não	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		104,60	162,21	327,50	0,014
Higiene e conforto		105,48	136,43	508,00	0,189
Manutenção da t ^o corporal		105,10	147,64	429,50	0,051
Evitar os perigos		104,61	161,71	331,00	0,015
Sono e repouso		104,87	154,36	382,50	0,028
Comunicação / estimulação		104,53	164,29	313,00	0,011
Dimensão cognitivo-motora		105,01	150,21	411,00	0,055
Dimensão cognitivo-afectiva		104,48	165,71	303,50	0,009
Escala global		104,79	156,57	367,00	0,028

Relação entre a idade e a APMCCN

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciaria a APMCCN. Para isto foi realizado um Teste de Kruskal-Wallis (tabela 15) entre os três grupos etários e as subescalas: “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, podemos afirmar que a idade da mulher não influencia a sua auto-percepção da competência cuidativa neonatal. Contudo, podemos observar que as mulheres mais novas (≤ 18 anos) apresentam ordenações médias superiores em todas as subescalas, dimensões e na escala global, seguida das mulheres com mais de 34 anos.

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e a APMCCN

APMCCN	Idade	≤17	18-34	≥35	KW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		198,50	103,79	116,62	5,713	0,057
Higiene e conforto		194,50	104,73	111,23	4,457	0,108
Manutenção da tª corporal		159,00	104,03	117,85	3,257	0,196
Evitar os perigos		188,25	104,40	113,65	4,204	0,122
Sono e repouso		196,00	104,13	114,75	5,583	0,061
Comunicação / estimulação		188,75	104,96	110,23	3,851	0,146
Dimensão cognitivo-motora		200,00	104,10	114,65	5,455	0,065
Dimensão cognitivo-afectiva		197,00	104,56	112,10	4,807	0,090
Escala global		202,50	104,28	113,43	5,520	0,063

Relação entre o estado civil e a APMCCN

Com o intuito de identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua competência cuidativa neonatal, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 16), através do qual não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que são casadas e aquelas que não, em nenhuma das subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”), nem nas dimensões e tão pouco na escala global. Logo, aferimos que, independentemente do estado civil, a competência materna auto-percebida tende a não ser alterada. No entanto, observamos que as mulheres casadas apresentam uma maior APMCCN na subescala “manutenção da temperatura corporal”, em contrapartida, nas restantes subescalas, dimensões e na escala global apresentam uma menor auto-percepção da competência cuidativa neonatal.

Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a APMCCN

APMCCN	Estado civil	Viúva/ Solteira/ Divorciada/ Outra	Casada	U	P
		Ord. Média	Ord. Média		
Alimentação		111,33	105,51	2994,00	0,602
Higiene e conforto		111,36	105,51	2993,00	0,601
Manutenção da tª corporal		99,68	107,89	2922,50	0,429
Evitar os perigos		114,86	104,79	2867,00	0,368
Sono e repouso		119,75	103,79	2691,50	0,135
Comunicação / estimulação		121,64	103,40	2623,00	0,103
Dimensão cognitivo-motora		111,57	105,46	2985,50	0,586
Dimensão cognitivo-afectiva		122,44	103,24	2594,00	0,086
Escala global		113,85	105,00	2903,50	0,430

Relação entre as habilitações literárias e a APMCCN

Para analisar a relação entre as habilitações literárias e a APMCCN realizamos um teste de Kruskal-Wallis. Observamos, na tabela 17, a existência de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “alimentação” e “comunicação/estimulação”, sem encontrar diferenças estatisticamente significativas nas restantes subescalas (“higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso”). No entanto, na escala global e nas dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva, verificamos a existência de diferenças estatísticas significantes. As mulheres que frequentaram a escolaridade até ao 9º ano apresentam uma maior competência cuidativa neonatal em todas as subescalas, dimensões e na escala global, porém, como já foi referido é nas subescalas “alimentação” e “comunicação/estimulação”, na escala global e nas duas dimensões da escala, onde as diferenças são estatisticamente significativas. Em contrapartida, são as mulheres que frequentaram o ensino superior as que apresentam uma menor competência cuidativa neonatal em todas as subescalas, dimensões e escala no geral.

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis da APMCCN em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	Até 9º ano Ordenação Média	10º - 12º ano + CTP Ordenação Média	Ensino Superior Ordenação Média	KW	P
Alimentação	125,05	102,89	80,50	15,833	0,000
Higiene e conforto	117,41	104,02	91,90	5,238	0,073
Manutenção da tª corporal	114,39	105,93	93,58	3,894	0,143
Evitar os perigos	114,58	103,67	97,61	2,536	0,281
Sono e repouso	117,72	102,32	94,63	5,247	0,073
Comunicação / estimulação	119,86	103,34	88,84	7,817	0,020
Dimensão cognitivo-motora	119,61	103,56	88,89	7,567	0,023
Dimensão cognitivo-afectiva	120,23	102,73	89,39	7,874	0,020
Escala global	119,79	103,42	88,82	7,717	0,021

Relação entre a actividade laboral e a APMCCN

Para determinar se existe relação entre a auto-percepção da competência cuidativa neonatal das puérperas que têm uma actividade laboral e aquelas que não, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 18). Constatamos que não existem diferenças significativas na escala global, nem nas dimensões e em nenhuma das subescalas, assim podemos afirmar que a actividade laboral não influencia a APMCCN. Contudo, observamos que são as mulheres com actividade laboral as que referem uma menor competência cuidativa neonatal nas subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da

temperatura corporal”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”; nas dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva; e na escala global. Em contrapartida, as mulheres com actividade laboral apresentam uma melhor APMCCN na subescala “sono e repouso”.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney da APMCCN em função da actividade laboral

Actividade laboral APMCCN	Sim	Não	U	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação	103,05	113,80	4399,50	0,232
Higiene e conforto	102,88	114,16	4375,00	0,211
Manutenção da t ^ª corporal	103,63	112,59	4482,00	0,283
Evitar os perigos	103,90	112,01	4521,50	0,367
Sono e repouso	109,69	99,75	4437,00	0,248
Comunicação / estimulação	101,79	116,48	4217,50	0,102
Dimensão cognitivo-motora	103,01	113,90	4393,00	0,227
Dimensão cognitivo-afectiva	103,34	113,20	4440,50	0,273
Escala global	102,99	113,93	4391,00	0,226

Relação entre o agregado familiar e a APMCCN

Procuramos identificar desta vez se o agregado familiar influenciaria a APMCCN. Para tal realizamos um teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a auto-percepção da competência materna, através do qual verificamos que existem diferenças altamente significativas ($p=0,000$) em todas as subescalas: “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Também as diferenças são altamente significativas na dimensão cognitivo-motora, na dimensão cognitivo-afectiva e na escala global. Isto permite-nos concluir que o tipo de agregado familiar influencia a APMCCN.

Ao observar a tabela 19 constatamos que são as mulheres que vivem com o companheiro e filhos as que apresentam uma melhor auto-percepção da competência cuidativa neonatal. Pelo contrário, são as mulheres que vivem só com o companheiro as que demonstram uma menor APMCCN em todas as subescalas, dimensões e escala global.

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a APMCCN

APMCCN	Agregado familiar	Só com o companheiro	Sem o companheiro	Com o companheiro e filhos	KW	P
		Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
Alimentação		77,14	117,44	127,13	32,521	0,000
Higiene e conforto		79,02	117,42	125,70	28,274	0,000
Manutenção da tª corporal		83,84	99,89	124,89	25,208	0,000
Evitar os perigos		80,08	119,92	124,48	26,091	0,000
Sono e repouso		84,61	107,22	123,10	20,662	0,000
Comunicação / estimulação		82,61	121,08	122,35	21,275	0,000
Dimensão cognitivo-motora		77,04	116,81	127,31	32,577	0,000
Dimensão cognitivo-afectiva		81,08	119,53	123,78	24,078	0,000
Escala global		77,42	117,94	126,84	31,612	0,000

Relação entre o número de filhos e a APMCCN

Procuramos determinar se o número de filhos influencia a APMCCN. Sendo assim, realizamos um teste de Kruskal-Wallis (tabela 20) entre o número de filhos e a auto-percepção da competência materna, através do qual constatamos a existência de diferenças altamente significativas para todas as subescalas e dimensões da APMCCN. Conseqüentemente, na escala global verificamos diferenças estatísticas altamente significativas. Isto leva-nos a concluir que o número de filhos influencia a auto-percepção da competência materna, sendo que são as mulheres com mais filhos (≥ 3 filhos) as que apresentam uma maior competência cuidativa neonatal. Em contrapartida, são as mulheres com um único filho as que referem uma menor APMCCN em todas as subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”), nas duas dimensões (cognitivo-motora e cognitivo-afectiva) e na escala global.

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e a APMCCN

APMCCN	Número de filhos	Um filho	Dois filhos	≥ 3 filhos	KW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		84,44	125,25	144,16	31,060	0,000
Higiene e conforto		86,94	125,73	131,78	23,060	0,000
Manutenção da tª corporal		90,44	122,88	125,38	18,010	0,000
Evitar os perigos		88,79	123,68	130,10	19,049	0,000
Sono e repouso		89,69	120,11	137,32	20,194	0,000
Comunicação / estimulação		90,17	120,31	134,64	17,081	0,000
Dimensão cognitivo-motora		85,38	126,36	136,62	27,143	0,000
Dimensão cognitivo-afectiva		88,61	121,36	138,16	20,613	0,000
Escala global		85,88	125,33	137,64	26,122	0,000

Que relação existe entre as variáveis obstétricas (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância da gravidez, informação fornecida, preparação para o parto, problema de saúde, tipo de parto actual, experiência prévia com bebés, aleitamento materno exclusivo) e a competência materna auto-percebida das puérperas do CHEDV-Unidade de Santa Maria da Feira no cuidar do RN de termo entre as 24 e as 72 horas pós-parto?

Relação entre a gravidez planeada e a APMCCN

Ao estudar a influência da gravidez planeada na APMCCN realizámos um teste de Kruskal-Wallis (tabela 21), através da qual observamos a existência de significância estatística. Assim, constatamos que as mulheres que não planearam a gravidez mostram uma melhor APMCCN em relação à alimentação, à higiene, ao conforto e à comunicação/estimulação. Nesta última subescala as diferenças estatísticas são bastante significativas. Também verificamos diferenças significativas na subescala “evitar os perigos”, contudo são as mulheres que planearam a gravidez, mas que não para esta altura as que apresentam uma maior auto-percepção das competências maternas. Pelo contrário, uma menor APMCCN nas subescalas supracitadas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”) é apresentada pelas mulheres que planearam a gravidez.

As subescalas “manutenção da temperatura corporal”, “sono e repouso”, onde não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, continuam a ser as mulheres que planearam a gravidez as que mostram as ordenações médias mais baixas em relação à competência materna auto-percebida.

Tendo em consideração as dimensões da APMCCN e a escala no geral, verificamos que existem diferenças bastantes significativas na dimensão cognitivo-motora, na dimensão cognitivo-afectiva e na escala global, sendo que são as mulheres que não planearam a gravidez as que apresentam uma maior APMCCN e as que não a planearam as que mostram a menor auto-percepção das competências cuidativas do RN de termo.

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis entre a gravidez planeada e a APMCCN

Gravidez Planeada	Não Ordenação Média	Sim Ordenação Média	Sim, mas não para esta altura Ordenação Média	KW	P
Alimentação	128,57	99,23	126,96	8,793	0,012
Higiene e conforto	130,35	99,22	125,24	8,852	0,012
Manutenção da tª corporal	116,57	101,78	124,02	4,519	0,104
Evitar os perigos	124,17	99,86	127,70	7,376	0,025
Sono e repouso	117,81	102,06	121,19	3,630	0,163
Comunicação / estimulação	129,89	98,72	128,67	10,077	0,006
Dimensão cognitivo-motora	129,11	98,96	128,04	9,394	0,009
Dimensão cognitivo-afectiva	128,98	98,91	128,43	9,541	0,008
Escala global	130,39	98,62	128,74	10,258	0,006

Relação entre a gravidez desejada e a APMCCN

Para determinar se o facto de a gravidez ter sido desejada ou não influenciaria a competência materna auto-percebida, realizamos um teste Kruskal-Wallis entre a gravidez desejada e a APMCCN (tabela 22), através do qual se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “alimentação” e “higiene e conforto”. Nestas duas subescalas a gravidez não desejada relaciona-se com uma maior CMAP. Em contrapartida, quando a gravidez é desejada somente pelo pai, a APMCCN é menor.

As subescalas “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”, não mostraram diferenças significativas, porém, mais uma vez constatamos que as ordenações médias são superiores na auto-percepção materna das competências cuidativas do RN de termo quando a gravidez não é desejada pelos pais.

Atendendo às dimensões e à escala global da APMCCN, constatamos diferenças estatísticas significativas na dimensão cognitivo-motora e na escala geral, nas quais observamos que existe uma maior CMAP quando os pais não desejam a gravidez. Pelo contrário, quando a gravidez é desejada apenas pelo pai, a APMCCN é menor na dimensão cognitivo-motora e na escala global.

Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre a gravidez desejada e a APMCCN

APMCCN	Gravidez desejada	A grávida Ord. Média	O pai Ord. Média	Ambos Ord. Média	Nenhum Ord. Média	KW	P
Alimentação		94,83	57,33	103,61	152,58	9,534	0,023
Higiene e conforto		100,08	68,83	103,15	154,38	9,211	0,027
Manutenção da tª corporal		87,67	63,83	104,96	133,33	5,214	0,157
Evitar os perigos		85,92	78,33	103,98	145,96	6,712	0,082
Sono e repouso		95,50	61,33	104,37	139,38	6,103	0,107
Comunicação / estimulação		111,17	103,17	102,85	145,04	4,544	0,136
Dimensão cognitivo-motora		94,17	62,83	103,38	155,25	9,969	0,019
Dimensão cognitivo-afectiva		106,75	92,17	103,04	147,00	6,084	0,108
Escala global		95,75	69,50	103,23	155,08	9,465	0,024

Relação entre a aceitação da gravidez pelo pai/família e a APMCCN

Procuramos identificar se a aceitação da gravidez pelo pai ou pela família influencia a auto-percepção da competência materna, para tal, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 23), através do qual se encontraram diferenças estatisticamente significativas na subescala da “comunicação/estimulação”. Constatamos que as mulheres apresentam uma maior APMCCN relacionada com a “comunicação/estimulação” quando a gravidez não é aceite pelo pai ou pela família.

As restantes subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso”), as duas dimensões (dimensão cognitivo-motora e cognitivo-afectiva) e a escala global não apresentaram significância estatística, novamente, a não aceitação da gravidez por parte do pai ou da família relacionou-se com uma maior auto-percepção materna cuidativa.

Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre a aceitação da gravidez e a APMCCN

APMCCN	Aceitação da gravidez	Não	Sim	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		132,70	105,87	386,500	0,332
Higiene e conforto		105,70	106,52	513,500	0,976
Manutenção da tª corporal		113,20	106,34	484,000	0,789
Evitar os perigos		115,10	106,29	474,500	0,750
Sono e repouso		132,90	105,86	385,500	0,307
Comunicação / estimulação		161,30	105,18	243,500	0,042
Dimensão cognitivo-motora		111,20	106,39	494,00	0,862
Dimensão cognitivo-afectiva		159,50	105,22	252,50	0,050
Escala global		122,90	106,10	435,50	0,545

Relação entre a vigilância da gravidez e a APMCCN

Para sabermos se a vigilância da gravidez influenciaria a competência materna auto-percebida, utilizamos um teste U de Mann-Whitney entre o número de consultas realizadas durante a gravidez e todas as subescalas, dimensões e a escala global da APMCCN, de onde verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas (tabela 24). Mediante isto constatamos que a vigilância da gravidez não influencia a competência materna auto-percebida. Contudo, são as mulheres que realizaram uma vigilância inadequada (<6 consultas) da gravidez as que apresentam uma maior ordenação média em relação à auto-percepção da sua competência materna em todas as subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”), nas duas dimensões (dimensão cognitivo-motora e dimensão cognitivo-afectiva) e na escala global.

Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre a vigilância da gravidez e a APMCCN

APMCCN	Vigilância da gravidez	< 6 consultas	≥ 6 consultas	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		164,00	105,95	95,000	0,181
Higiene e conforto		177,75	105,82	67,500	0,098
Manutenção da tª corporal		159,00	106,00	105,000	0,188
Evitar os perigos		188,25	105,72	46,500	0,057
Sono e repouso		165,75	105,94	91,500	0,150
Comunicação / estimulação		188,75	105,72	45,500	0,056
Dimensão cognitivo-motora		183,00	105,77	57,000	0,076
Dimensão cognitivo-afectiva		189,75	105,71	43,500	0,053
Escala global		188,75	105,72	45,500	0,057

Relação entre o local de vigilância da gravidez e a APMCCN

Procurou-se identificar se o local de vigilância da gravidez influencia a competência materna auto-percebida. Para verificar esta relação foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez e a APMCCN. Mediante a observação da tabela 25, constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em cinco das seis subescalas que compõem a APMCCN. A única subescala que não revelou significância estatística é a relacionada com a higiene e o conforto. Contudo, as mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior ordenação média da auto-percepção das suas competências maternas cuidativas em todas as subescalas.

Tendo em consideração apenas as subescalas (“alimentação”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”) onde se verificou significância estatística, constatamos diferenças bastante significativas nas subescalas “alimentação”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”, onde são as mulheres que vigiaram a gravidez num centro público as que apresentam uma maior APMCCN. Em contrapartida, as mulheres que vigiaram a gravidez num centro privado referem uma menor APMCCN nas subescalas “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal” e “comunicação/estimulação”. Não obstante, são as mulheres que vigiaram a gravidez tanto em centros de carácter público como privado, as que apresentam uma menor competência materna auto-percebida em relação a evitar os perigos, o sono e o repouso.

Se temos em consideração as dimensões e a escala global da APMCCN, verificamos que existem diferenças estatísticas bastantes significativas na dimensão cognitivo-motora, na dimensão cognitivo-afectiva e na escala global. As mulheres que vigiaram a gravidez num centro público mostram uma maior APMCCN nas duas dimensões e na escala geral, pelo contrário, as que vigiaram a gravidez num centro privado apresentam a menor auto-percepção.

Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez e a APMCCN

APMCCN	Local de vigilância	Público Ord. Média	Privado Ord. Média	Ambos Ord. Média	KW	P
Alimentação		118,36	83,74	85,83	14,902	0,001
Higiene e conforto		113,83	91,43	93,58	5,965	0,051
Manutenção da tª corporal		112,76	82,51	103,73	7,845	0,020
Evitar os perigos		115,95	91,59	87,05	9,747	0,008
Sono e repouso		113,05	100,87	88,66	6,120	0,047
Comunicação / estimulação		116,71	80,13	93,63	12,100	0,002
Dimensão cognitivo-motora		115,86	88,25	89,90	9,413	0,009
Dimensão cognitivo-afectiva		116,35	83,56	92,05	10,770	0,005
Escala global		116,38	86,56	89,66	10,445	0,005

Relação entre a preparação para o parto e a APMCCN

Para determinar se o ter frequentado algum curso de preparação para o parto influencia a competência materna auto-percebida, utilizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 26). Deparamo-nos com diferenças estatisticamente significativas, sendo que são as mulheres que realizaram preparação para o parto as que apresentam uma menor auto-percepção das suas competências maternas relacionadas com a “alimentação”, “sono/repouso” e

“comunicação / estimulação”. Ao contrário, as mulheres que não frequentaram algum curso de preparação para o parto referem uma maior auto-percepção nestas subescalas, inclusive naquelas onde não se verificaram diferenças estatísticas significantes (“higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal” e “evitar os perigos”).

Ao analisar as dimensões e a escala global da APMCCN constatamos diferenças significativas, sendo que na dimensão cognitivo-afectiva, as diferenças encontradas são altamente significativas. Tanto na dimensão cognitivo-motora, cognitivo-afectiva e na escala no geral, são as mulheres que não frequentaram algum curso de preparação para o parto as que apresentam uma maior auto-percepção.

Tabela 26 – Teste U de Mann-Whitney entre a preparação para o parto e a APMCCN

APMCCN	Preparação Parto	Sim	Não	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		85,49	117,54	3539,500	0,000
Higiene e conforto		96,38	111,81	4335,000	0,081
Manutenção da tª corporal		99,14	110,36	4536,500	0,171
Evitar os perigos		96,39	111,81	4335,500	0,081
Sono e repouso		89,57	115,39	3837,500	0,002
Comunicação / estimulação		91,88	114,18	4006,000	0,012
Dimensão cognitivo-motora		92,90	113,64	4081,000	0,019
Dimensão cognitivo-afectiva		90,55	114,87	3909,500	0,006
Escala global		92,23	114,00	4031,500	0,014

Relação entre o tipo de parto actual e a APMCCN

Pretendemos com esta relação identificar se o tipo de parto actual influencia a APMCCN. Para isso, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 27) entre o parto actual e todas as subescalas da APMCCN, através do qual verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”), nas dimensões (dimensão cognitivo-motora e dimensão cognitivo-afectiva) e na escala global. Podemos inferir que o tipo de parto actual não influencia a competência materna auto-percebida.

Atendendo a que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, constatamos que as mulheres com parto eutócico mostram uma maior ordenação média na auto-percepção das competências cuidativas.

Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre o parto actual e a APMCCN

APMCCN	Parto actual	Parto eutócico	Parto distócico	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação		110,86	99,59	4763,000	0,191
Higiene e conforto		110,42	100,29	4820,500	0,241
Manutenção da tª corporal		108,69	103,03	5045,500	0,479
Evitar os perigos		110,30	100,48	4836,500	0,255
Sono e repouso		107,65	104,68	5180,500	0,718
Comunicação / estimulação		109,98	100,99	4878,000	0,297
Dimensão cognitivo-motora		110,78	99,71	4773,500	0,201
Dimensão cognitivo-afectiva		109,64	101,52	4922,000	0,347
Escala global		110,80	99,68	4771,000	0,199

Relação entre problemas de saúde e a APMCCN

Atendendo aos problemas de saúde durante a gravidez, procuramos estudar se o facto de ter ou não algum problema de saúde influencia a competência materna auto-percebida. Assim, foi utilizado um teste t-student para amostras independentes. Mediante a observação da tabela 28, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na auto-percepção das competências maternas em função do problema de saúde durante a gravidez. Podemos concluir que a existência de um problema de saúde não influencia a APMCCN.

Ainda que não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, observamos que as mulheres que não apresentam nenhum problema de saúde durante a gravidez referem uma maior auto-percepção das suas competências cuidativas neonatais em todas as subescalas, nas dimensões e na escala global.

Tabela 28 – Teste t-student entre problemas de saúde e APMCCN

APMCCN	Problema de Saúde	Não		Sim		T	P
		Média	DP	Média	DP		
Alimentação		4,31	0,58	4,24	0,59	0,950	0,343
Higiene e conforto		4,24	0,61	4,14	0,64	1,081	0,281
Manutenção da tª corporal		4,55	0,64	4,43	0,66	1,322	0,188
Evitar os perigos		4,18	0,66	4,11	0,70	0,759	0,448
Sono e repouso		3,51	1,06	3,46	1,01	0,297	0,767
Comunicação / estimulação		4,15	0,63	4,04	0,69	1,228	0,221
Dimensão cognitivo-motora		4,27	0,58	4,18	0,61	1,056	0,292
Dimensão cognitivo-afectiva		4,06	0,65	3,96	0,69	1,103	0,271
Escala global		4,27	0,58	4,14	0,61	1,096	0,274

Relação entre a experiência anterior com bebês e a APMCCN

Para identificar se a experiência anterior com bebês influencia a APMCCN, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 29), através do qual foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, dimensões e na escala global. Nas dimensões “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, e “comunicação/estimulação” as diferenças encontradas são altamente significativas, já nas subescalas “evitar os perigos”, “sono/repouso” as diferenças estatísticas são bastantes significativas. No que se refere à escala global e às duas dimensões que a compõem, a significância estatística encontrada é altamente significativa.

Assim constatamos que a experiência prévia com bebês influencia a competência materna auto-percebida de forma positiva. Isto é, são as mulheres que tiveram experiências prévias com bebês, as que referem uma maior APMCCN em todas as subescalas, dimensões e escala geral.

Tabela 29 – Teste U de Mann-Whitney entre a experiência anterior com bebês e a APMCCN

Experiência c/bebês APMCCN	Não	Sim	U	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação	75,48	115,83	2473,500	0,000
Higiene e conforto	70,95	117,19	2251,500	0,000
Manutenção da t ^o corporal	77,6+7	115,17	2581,000	0,000
Evitar os perigos	80,48	114,32	2718,500	0,001
Sono e repouso	84,82	113,02	2931,000	0,003
Comunicação / estimulação	74,90	116,00	2445,000	0,000
Dimensão cognitivo-motora	72,28	116,79	2316,50	0,000
Dimensão cognitivo-afectiva	75,36	115,86	2467,50	0,000
Escala global	72,00	116,87	2303,00	0,000

Relação entre o aleitamento materno exclusivo e a APMCCN

Para determinar se existe relação entre o aleitamento materno exclusivo e a APMCCM, utilizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 30), donde se verificou que não existe relação entre o aleitamento materno e a competência materna auto-percebida, uma vez que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas (“alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”), nas dimensões (dimensão cognitivo-motora e dimensão cognitivo-afectiva) e na escala geral da APMCCM. Isto levamos a afirmar que o aleitamento materno não influencia a auto-percepção das competências

cuidativas da mulher. Contudo, são as mulheres que amamentam o seu bebé as que apresentam uma maior ordenação média da APMCCM.

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre a APMCCN e o aleitamento materno exclusivo

APMCCN \ AM exclusivo	Sim	Não	U	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação	107,61	102,51	3634,500	0,617
Higiene e conforto	108,19	100,41	3538,000	0,446
Manutenção da t ^ª corporal	107,58	102,62	3639,500	0,600
Evitar os perigos	107,90	101,46	3586,000	0,527
Sono e repouso	108,55	99,09	3477,000	0,331
Comunicação / estimulação	107,58	102,61	3639,000	0,625
Dimensão cognitivo-motora	107,94	101,29	3578,50	0,515
Dimensão cognitivo-afectiva	107,94	101,29	3578,59	0,514
Escala global	108,08	100,82	3556,50	0,477

7 – DISCUSSÃO

A discussão desempenha uma etapa fundamental na investigação, já que permite salientar os resultados mais significativos revelados no decorrer do estudo e contrapô-los com os de outros estudos existentes na área em análise. Inicialmente desenvolvemos uma discussão metodológica e de seguida apresentamos a discussão dos resultados.

7.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Nesta investigação optamos por utilizar uma metodologia quantitativa, de tipo analítico/descritivo e de corte transversal, atendendo à temática do estudo e às variáveis envolvidas. Consideramos que o ter usado uma metodologia quantitativa representa uma limitação deste estudo, pois melhores resultados se obteriam desenvolvendo uma metodologia com base na triangulação. O estudo de variáveis tão complexas, como a APMCCN, seria mais completo com a combinação de métodos qualitativos.

Por outro lado, os resultados seriam mais amplos se o transformássemos num estudo longitudinal, permitindo uma monitorização da auto-percepção materna ao longo do tempo. Ainda cientes destas desvantagens, parece-nos que a nossa escolha foi adequada atendendo aos condicionantes temporais e materiais para concluir a presente investigação. Por estes motivos, utilizamos como instrumento de recolha de dados, um questionário, já que proporcionou as informações necessárias no tempo adequado, obtidas de forma rigorosa, com variáveis mensuráveis e diminuindo as eventuais interferências do investigador. Também este tipo de instrumento permite-nos garantir o anonimato, assim como a confidencialidade e livre expressão das puérperas inquiridas. Para ser factível esta situação, foram colocadas urnas no serviço de Obstetrícia para que os questionários fossem lá depositados pelas utentes. É importante ter em conta que as pesquisas com humanos apresentam limitações inerentes às condições físicas e psicológicas dos inquiridos no momento de realização do estudo, assim como a sua capacidade de percepção pode influenciar as respostas dadas ao questionário.

Ao seleccionar o instrumento de colheita de dados, tivemos em atenção as características da população e os objectivos do estudo. Pensamos que os objectivos traçados foram concretizados, para tal, foi realizada uma vasta revisão bibliográfica que permitiu elaborar a fundamentação teórica, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

Ao estudar as características psicométricas dos instrumentos utilizados, no que diz respeito à fidelidade do instrumento observamos que em relação à consistência interna, a EAPMCCN, apresenta coeficientes *alpha* de Cronbach para cada um dos itens que variam de 0,961 a 0,963, sendo que para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,963. O valor por nós encontrado para o *alpha* de Cronbach é superior ao obtido pelas autoras da escala, Santos & Mendes (2004), onde o resultado foi de 0,950. Contudo, um estudo mais recente realizado por Belo (2005) verificou em termos globais um coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0,973, ligeiramente mais alto ao valor obtido na nossa investigação. Consideramos que os resultados alcançados são muito bons, demonstrando que esta escala apresenta uma elevada consistência interna. De acordo com Pestana & Gageiro (2008), um valor de alfa igual ou superior a 0,8 é considerado bom, este procedimento é considerado como a melhor estimativa da fidelidade de um teste.

No que se refere ao tipo de amostragem utilizada, não probabilística, intencional ou de conveniência, representa uma fragilidade metodológica, já que a “amostragem não aleatória compromete a inferência estatística dos resultados para a população devido ao forte viés de selecção introduzido” (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008, p. 53).

Relativamente aos procedimentos formais e éticos, foram cumpridos todos os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica. Em suma, somos da opinião que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo, mas estamos conscientes que não foram abordados factores, tais como a cultura, a genética e a personalidade das puérperas, entre outros, pelo que sugerimos a sua análise em investigações posteriores.

7.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo é constituída por 212 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira, com idades compreendidas entre os 14 e os 41 anos. As idades foram agrupadas em três grupos etários atendendo à definição de Mendes da Graça (2010) que considera como extremos da vida reprodutiva, as mulheres com menos de 18 anos e com mais de 34 anos. Sendo assim, observamos que a maioria da amostra (84,9%) se encontra no escalão etário dos 18 aos 34 anos, considerada uma faixa etária favorável à reprodução Lowdermilk & Perry (2008). As mulheres com idade materna avançada (> 34 anos) constituem 14,2% da amostra e as adolescentes (<18 anos) apenas 0,9%. Estes dados estatísticos vão de encontro aos apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2009), através dos quais observamos que o número de gravidezes na adolescência está a diminuir, contudo, Portugal em 2010, é o país da comunidade

européia com a maior taxa de nascimentos em adolescentes, a maior taxa de aborto em adolescentes e a maior percentagem de mães adolescentes casadas (Ramoá & Leitão, 2011). Em contrapartida, o número de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos continua a aumentar. Como refere Ramos *et al.* (2012), a gravidez tardia é uma realidade actual e com incidência crescente a nível da população mundial, sendo a sociedade portuguesa uma das afectadas. Esta problemática tem vindo a ser considerada um projecto de risco obstétrico, inerente a complicações maternas associadas, podendo conduzir a alterações do ajustamento materno (Ramos *et al.*, 2012).

Por outro lado, observamos que a quase totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa (96,7%), com crença religiosa (85,8%), sendo que a mesma é maioritariamente católica (83,5%). Também, a maior parte das inquiridas tem uma actividade laboral (68%). Similarmente, na investigação realizada por Belo (2006), verificou-se que a maioria das mães estavam empregadas (67%). Estes resultados realçam a opinião manifestada por Arias (2011), quando refere que actualmente a maioria das mães exerce uma actividade laboral, reflexo do actual contexto sócio-económico da sociedade ocidental que se traduz numa modificação do papel social da mulher. De acordo com Loureiro & Ferreira (2007), a mulher tem de se adaptar á maternidade, buscando um equilíbrio entre o desenvolvimento social e laboral com o seu novo papel de mãe e levando-a a acumular responsabilidades. O planeamento da maternidade, é cada vez mais, condicionado pelas prioridades que a mulher estabelece a nível profissional (Sousa, 2009).

Atendendo aos factores que poderiam influenciar a CMAP observamos que das variáveis sócio-demográficas em estudo, a idade, o estado civil e a actividade laboral não influenciam a APMCCN. No que se refere à idade, os resultados encontrados na bibliografia consultada são contraditórios, por um lado, Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011) afirmam existir uma ligeira tendência para que a idade se correlacione negativamente com a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN. Já para Belo (2006), as mães mais velhas tendem a perceber maiores competências para cuidar de bebés no período neonatal. Também, um estudo realizado por Ribas, Moura, & Bornstein (2007), a nível internacional, concretamente no Brasil, constatou que as mães mais velhas apresentam uma auto-percepção mais positiva no seu próprio desempenho do papel parental. Pelo contrário, os resultados obtidos por Ramos *et al.* (2012) sugerem que as grávidas com idade avançada apresentam alterações a nível do ajustamento materno, em que as atitudes perante a gravidez e o bebé surgem como dimensões mais fragilizadas. Contudo, na nossa investigação, a idade não se revelou como um factor que influencia a APMCCN.

Outra das variáveis em estudo que não influencia a APMCCN é a actividade laboral. De igual forma, Belo (2006) verificou a inexistência de diferenças estatísticas significativas ao

comparar as mães empregadas e as mães sem emprego (desempregadas/estudantes/domésticas) em função da sua CMAP. Segundo o referido autor, a APMCCN não é diferente conforme a ocupação das mães (Belo, 2006).

De forma a identificar se a nacionalidade da mulher influencia a sua APMCCN foi realizado um teste de Kruskal-Wallis. Tendo-se verificado que as mulheres imigrantes apresentam uma maior CMAP no que se refere à “alimentação”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Na bibliografia consultada, não identificamos nenhum estudo que abordasse especificamente as mulheres portuguesas, por este motivo, foi difícil estabelecer uma análise e confrontação dos resultados. No entanto, Bornstein *et al.*, em 2006, referido por Ribas, Moura, & Bornstein (2007), conduziram um estudo com mães de sete nacionalidades (argentinas, belgas, francesas, israelenses, italianas, japonesas e norte-americanas) onde foram identificadas diferenças significativas no nível de conhecimento do desenvolvimento infantil entre as mães das diferentes nacionalidades. Mais tarde, Ribas, Moura, & Bornstein, em 2007, constataram que o conhecimento do desenvolvimento infantil se mostrou positivamente correlacionado com duas medidas da auto-percepção parental. Como referem Lowdermilk & Perry (2008), as competências maternas tanto cognitivo-motoras como cognitivo-afectivas são influenciadas pela cultura e este aspecto está intimamente ligado com a sua nacionalidade.

No que se refere às habilitações literárias, verificamos que 21,3% da amostra tem ensino superior, enquanto 78,8% não o frequentaram. Contrastamos estes resultados com uma investigação realizada por Arias (2011), que ao estudar 405 puérperas durante as primeiras horas após o parto, constatou que uma percentagem superior (34,81%) das puérperas detém um curso de ensino superior. Contudo, este estudo foi realizado em três hospitais das regiões de Coimbra, Viseu e Aveiro. Concretamente o hospital pertencente à região de Aveiro, é o mesmo que aquele por nós analisado nesta investigação, sendo que a percentagem de puérperas (24,1%) com ensino superior é praticamente a mesma observada em ambas as investigações. Já nas regiões de Coimbra e Viseu a percentagem de mães com ensino superior foi mais elevada, 49,2% e 37,7%, respectivamente.

Para sabermos a influência das habilitações literárias na CMAP, realizámos um teste de Kruskal-Wallis. Verificamos aqui diferenças estatísticas significativas nas subescalas “alimentação” e “comunicação/estimulação”, sendo que são as mulheres com menos habilitações literárias (até ao 9.º ano) as que mostram uma maior CMAP nestas subescalas. Pelo contrário, são as mulheres detentoras de um curso superior as que revelam uma menor competência materna auto-percebida relativamente às subescalas “alimentação” e “comunicação/estimulação”. Também Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011) revelam a existência de evidência científica que estabelece uma relação entre o nível de

escolaridade e a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN. Contrariamente ao observado por Belo (2006) que afirma que a APMCCN não é diferente conforme as habilitações literárias das mães, no entanto, enfatiza uma tendência, ainda sem significância estatística, onde as mães com maior instrução apresentam pontuações mais altas de auto-percepção, nas suas competências cuidativas neonatais. Já, nesta mesma linha de pensamento, Ribas, Moura, & Bornstein (2007) constataram que as mães com mais escolaridade apresentam uma auto-percepção mais positiva do seu próprio desempenho do papel parental. Similarmente, Pedrosa & Mendes (2011) afirma que quanto mais elevadas as habilitações literárias, maior a percepção materna das suas competências. Nas investigações onde se verificou significância estatística entre as habilitações literárias e as competências cuidativas maternas, a relação existente é positiva, isto é, quanto mais habilitações literárias maior é a competência cuidativa neonatal demonstrada pela mãe, mas nestes estudos a operacionalização desta variável foi realizada de forma diferente que da nossa investigação.

Ao analisarmos o agregado familiar, observamos que quase a totalidade da amostra vive com o companheiro (91,5%), sendo que mais de metade da amostra vive com o companheiro/marido e filhos (51,9%). Contudo, 39,6% vive só com o companheiro/marido e apenas 8,5% das puérperas vive sem o companheiro. Também verificamos que a maioria das puérperas é casada/união de facto (83%). Estes resultados são ligeiramente inferiores aos encontrados por Arias (2011) ao inquirir uma amostra de 405 puérperas, através da qual se verificou que a maior parte das mulheres é casada ou em união de facto (86,7%) e vive com o companheiro (95,3%). Procurou-se identificar se o agregado familiar influenciaria a CMAP assim como a todas as subescalas que a compõe, tais como: “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “comunicação/estimulação”, “sono e repouso”. Realizamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde verificamos diferenças estatísticas significativas em todas as subescalas. Podemos afirmar que o agregado familiar influencia a APMCCN, sendo que são as puérperas que vivem com o companheiro e filhos as que evidenciam uma maior CMAP. Em contrapartida, são as puérperas que vivem só com o companheiro as que apresentam uma menor CMAP em todas as subescalas.

Num estudo realizado a nível nacional por Mendes, Cortesão, Sousa, & Carvalho (2011) também se averiguou que a percepção do apoio instrumental influencia a auto-percepção materna das competências no cuidar do RN. Pelo contrário, Belo (2006) refere que a auto-percepção das competências cuidativas neonatais das mães que vivem com o marido/companheiro não é significativamente diferente da auto-percepção das competências das mães que vivem com o marido/companheiro e outros familiares. Por este

motivo, a coabitação não influencia a APMCCN. Diferentemente dos resultados obtidos na nossa investigação, Belo (2006) no seu estudo, não considerou na operacionalização da variável coabitação, as mulheres que vivem só com o marido, que concretamente, foram as que apresentaram a menor CMAP na nossa investigação. Contudo, apesar de não haver valores estatisticamente significativos, Belo (2005) salienta que as pontuações mais elevadas de auto-percepção nas competências cuidativas neonatais, são apresentadas pelas mães que vivem com o companheiro e outros.

Tendo em conta o número de filhos das mulheres estudadas, deparamo-nos com o caso de mais de metade da amostra (51,4%) possuir um filho, seguida das mulheres que têm dois filhos (36,8%). O grupo menos representativo corresponde às mulheres que têm mais de dois filhos (11,8%). Estes resultados são congruentes com a realidade nacional, onde se verifica uma diminuição do número de filhos por família. O índice sintético de fecundidade baixou para 1,37 filhos por mulher em 2010, situando-se bastante abaixo dos 2,1 necessários para a reposição das gerações (Pordata, 2010). Ao examinar se o número de filhos influenciaria a APMCCN, verificamos através de um teste de Kruskal-Wallis que novamente existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas da CMAP em função do número de filhos. As puérperas com três ou mais filhos apresentam uma maior APMCCN em todas as subescalas, pelo contrário, as mulheres com um filho revelam uma CMAP menor na “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e comunicação/estimulação”.

Resultados similares aos encontrados no nosso estudo foram encontrados na investigação já mencionada, realizada por Pedrosa & Mendes (2011), onde se mostrou que as múltiparas apresentam níveis de competência materna mais elevados do que as primíparas para a dimensão cognitivo-motora, não havendo diferenças estatisticamente significativas quanto à dimensão cognitivo-afectiva. No entanto, na nossa investigação, todas as subescalas e dimensões mostraram significância estatística, inclusive, as duas subescalas que compõem a dimensão cognitivo-afectiva, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”, revelaram a existência de diferenças altamente significativas ($p=0,000$). Nesta mesma linha de pensamento, Moro (2005) afirma que os profissionais de saúde têm de estar habilitados para planear acções educativas para capacitar os pais na adopção de estratégias de coping, sobretudo os pais de filhos únicos.

No que se refere aos factores obstétricos que podem influenciar a CMAP, observamos que o tipo de parto actual (eutócico ou distócico), a existência ou não, de um problema de saúde durante a gravidez, de AM exclusivo e de uma adequada vigilância da gravidez (≥ 6 consultas) não influencia a CMAP. Também Pedrosa & Mendes (2011), constatou que o tipo de parto não influencia as competências maternas no cuidar do RN de termo. Já a gravidez

planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez, o local de vigilância da gravidez, a preparação para o parto e a experiência anterior com bebés influenciam a CMAP.

Em relação ao AM, este é praticado por 78,3% da amostra e apenas 2,4% pratica o aleitamento artificial. No entanto, 19,3% afirma que o tipo de aleitamento usado é misto. A nível nacional não existem estatísticas acerca da real incidência e prevalência do AM (Levy & Bértolo, 2008). Segundo Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011), os estudos nacionais apontam para uma alta incidência do AM à data da alta da maternidade, entre 67% a 100%. Contudo, comparativamente com o estudo realizado por Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011) intitulado “A experiência do aleitamento materno” realizado no Centro Hospitalar do Porto, Unidade Maternidade Júlio Dinis, os resultados da nossa investigação reflectem uma percentagem mais baixa na prevalência do AM exclusivo à saída do Hospital. A supracitada Maternidade apresenta uma prevalência de AM exclusivo de 94,3% na altura da alta, que consideramos como resultado desta instituição estar apreciada como Hospital Amigo dos bebés pela OMS/Unicef, tendo por objectivo o cumprimento dos dez passos para o sucesso do AM.

No que se refere ao tipo de parto actual, o mais representativo é o eutócico (61,3%), entre os partos distócicos (38,7%), a maior parte das mulheres foi submetida a cesariana (26,4%). Após consultar as taxas de cesariana na instituição onde realizamos o estudo, estes resultados demonstram uma diminuição no número de cesarianas relativamente aos anos anteriores, que vão de encontro com as preocupações governamentais e medidas propostas para reduzir a taxa de cesarianas durante o ano de 2010 (Administração Regional de Saúde do Norte, 2010), no entanto, estes valores estão ainda acima dos recomendados pela OMS.

Atendendo ao facto da gravidez ter sido planeada ou não, apuramos que foi planeada pela maior parte da amostra (74,5%), não obstante, a maioria (62,7%) não realizou nenhuma consulta antes de engravidar. Também verificamos que as mulheres que planearam a gravidez apresentam uma menor auto-percepção da competência materna cuidativa neonatal relacionada com “alimentação”, “higiene e conforto”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”. O relevante destes resultados é a elevada percentagem de mulheres que não realizou nenhuma consulta antes de engravidar, tendo em consideração que já tinha inicialmente planeado a sua gravidez. Isto evidencia um défice em relação ao planeamento familiar. A Direcção Geral da Saúde (DGS, 2008) no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva refere que as consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais, com vista a uma futura gravidez, conforme é preconizado na Circular Normativa nº 2 da Administração Regional do Norte de 16/01/06. Acrescenta ainda que todos/as utentes da consulta de planeamento

familiar devem estar informados sobre a importância da programação de uma gravidez. Nenhuma mulher que pretenda engravidar, deve interromper o uso do método contraceptivo que o casal utiliza, sem por exemplo, iniciar pelo menos dois meses antes da data de interrupção do método contraceptivo a suplementação com ácido fólico (Direcção Geral da Saúde, 2008). Segundo Cruz (2009), este problema referente ao baixo nível de participação dos usuários no sistema de saúde está relacionado com o nível cultural da população e da necessidade de investimentos na educação e na saúde. Uma população que não desenvolva uma consciência crítica, torna-se impossibilitada de adquirir um entendimento da realidade na qual está inserida, e perceber que são cidadãos de direitos e estes não estão a ser garantidos. Contudo, a nível nacional, a DGS informa na sua página de internet que a consulta de planeamento familiar é gratuita e existente nos Centros de Saúde e em alguns Hospitais e Maternidades do país. Destina-se a apoiar e informar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento mais apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura. Nesta consulta é feita a avaliação do estado de saúde da mulher ou do casal, avaliando-se, se necessário, a eventual existência de riscos ou doenças para a mãe ou para o futuro bebé (Direcção Geral da Saúde, 2012).

Em relação à gravidez desejada, observamos que na maioria dos casos (89,2%) a gravidez foi desejada tanto pela mãe como pelo pai. Sendo assim, a percentagem de mulheres que desejou a gravidez, é ligeiramente superior ao estudo já referido realizado por Arias (2011), onde 87,4% das mulheres em estudo, desejou a sua gravidez. Procurou-se identificar se a gravidez desejada influenciaria a APMCCN, assim como a todas as subescalas que a compõe, tais como: “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e comunicação/estimulação”. Realizamos um teste de Kruskal-Wallis que nos permitiu verificar que a gravidez não desejada se relaciona com uma maior CMAP nas subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”. O conceito de gravidez desejada ou não desejada é uma avaliação feita pela mulher no momento da concepção, no entanto, todo o contexto afectivo relativo a esta avaliação pode modificar-se ao longo da gravidez, pela influência de diversos factores ou circunstâncias, acontecendo com muita frequência que crianças nascidas de gravidezes não desejadas se tornaram desejadas na altura do nascimento.

Atendendo à variável aceitação da gravidez, a grande maioria da amostra (97,6%) afirma que a gravidez foi aceite pelo pai e pela família. Para estudar a relação existente entre o facto da gravidez ser aceita ou não e a APMCCN, realizamos um teste U de Mann-Whitney entre a aceitação da gravidez e a CMAP. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas para a subescala “comunicação/estimulação”. As mulheres

apresentam uma maior CMAP em relação à “comunicação/estimulação” quando a gravidez não é aceite pelo pai ou pela família. Não foram encontrados estudos na revisão bibliográfica realizada que analisassem esta possível relação, contudo consideramos que o facto da gravidez não ser aceite pelo pai, nem pela família, pode levar a mãe a relacionar-se de forma mais intensa com o seu filho.

Ao analisar a vigilância da gravidez, observamos que a maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez, no entanto 6,1% não o fez de forma adequada. Estes resultados vão de encontro com o estudo realizado por Arias (2011), onde a maior parte das puérperas (97%) realizou mais de 6 consultas durante a gravidez, enquanto 3% não a vigiou adequadamente. Segundo Cordeiro (2006), a gravidez não vigiada é ainda uma realidade da prática obstétrica. Santos, Moura, Pinho, Almeida, & Maio (2011) referem que existe uma menor percentagem de gravidezes não vigiadas, demonstrando a melhoria da informação e do acesso aos cuidados de saúde. Contudo, afirmam que há que continuar a implementar medidas para que 100% das gravidezes sejam adequadamente vigiadas. Para estes autores, os programas de vigilância de gravidez têm vindo a ser bem sucedidos, mas existem ainda falhas no seguimento obstétrico.

Das informações prestadas nas consultas de vigilância da gravidez, 32,5% da amostra gostaria de ter recebido mais informação. Estes resultados são mais positivos que os encontrados por Oliveira, Patel, & Fonseca (2004) que verificaram que a maioria das puérperas estudadas (85%) realizou a vigilância pré-natal, contudo uma parte significativa (35,3%), não recebeu qualquer tipo de orientação, afirmando a necessidade de rever as praticas educacionais realizadas com as gestantes durante as consultas de vigilância. Na investigação realizada por Ponce Capitán (2005), constatou-se que 82% das puérperas afirmam que apesar de ter conhecimentos sobre o seu autocuidado e cuidados a ter com o RN, gostaria de receber informação organizada antes da alta hospitalar. Estudos mais recentes, como o realizado por Ma (2010), mostram resultados mais satisfatórios, onde apenas 6% das puérperas afirma não ter recebido orientações suficientes sobre o autocuidado, mas apresenta um conhecimento satisfatório. Para Ponce Capitán (2005), é importante a implicação da EESMOG no apoio profissional oferecido às puérperas e a necessidade de assegurar às mesmas o seguimento com a presença destes enfermeiros nos cuidados continuados. Na nossa investigação constatamos que nas consultas de vigilância da gravidez, 17% das mulheres afirmam que o enfermeiro esteve sempre ausente nas consultas e 20,7% referem ter estado presente às vezes, estes resultados desfavoráveis, são ainda mais preocupantes se temos em consideração que muitos dos enfermeiros que formam parte das consultas de vigilância da gravidez não são enfermeiros especialistas.

Em relação ao local de vigilância da gravidez, as mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior APMCCN em cinco das seis subescalas, concretamente na “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Curiosamente, as puérperas que vigiaram a gravidez numa instituição pública e privada, em simultâneo, apresentam uma menor CMAP no que se refere a “evitar os perigos”, “sono e repouso”. Isto permite-nos reflectir que o facto da mulher complementar a vigilância da sua gravidez em dois tipos de instituições isso não oferece garantia de capacitação das mães em melhores competências cuidativas neonatais. Nas subescalas “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal” e “comunicação/estimulação” são as mulheres que vigiaram a gravidez no privado as que apresentam a menor APMCCN. No estudo realizado por Pedrosa & Mendes (2011), contrariamente aos resultados obtidos na nossa investigação, verificou-se que as competências maternas são independentes do local de vigilância da gravidez.

Voltando à nossa investigação verificamos que a vigilância da gravidez foi realizada maioritariamente (63%) numa instituição de carácter público, seguindo-se o centro privado (20,9%) e 16,1% em centros públicos e privados simultaneamente. De igual forma, Arias (2011) verificou este facto, 24,4% das puérperas em estudo realizaram a vigilância da gravidez num centro público e privado em simultâneo. Isto permite-nos pensar numa certa insegurança ou desamparo por parte das grávidas que sentem necessidade de recorrer aos dois serviços, apesar das dificuldades sócio-económicos em que se encontra o país. Mas como já foi referido, esta dupla vigilância da gravidez não demonstra resultados favoráveis na auto-percepção materna das suas competências cuidativas no cuidado ao RN de termo.

Quanto à preparação para o parto, a maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram (34,4%), 71,2% admite ter ido sem a companhia de alguém da sua referência. No estudo já referido, realizado por Arias (2011), também nos deparamos com o facto da maioria das mulheres (68,9%) do seu estudo não ter frequentado nenhum curso de preparação para o parto; e daquelas que o realizaram, 78,5% frequentaram-nos sozinhas. Estes resultados estão muito abaixo do esperado para as mulheres que têm na preparação para o parto, um direito reconhecido pela legislação de Protecção à Maternidade e Paternidade e Assistência ao Parto (Couto, 2006). Para Couto (2006, p.197), a preparação para o parto deve ser entendida, socialmente, como “um momento privilegiado para a mulher grávida, para a sua família, como estratégia política de educação para a saúde com resultados evidentes e duradouros”. Por outro lado, Cunha (2008), afirma que o companheiro deve ser estimulado e incentivado a participar activamente nestas aulas.

Com o intuito de conhecer se a preparação para o parto influenciaria a APMCCN, foi

aplicado um teste U de Mann-Whitney que nos permite afirmar que a preparação para o parto influencia a CMAP em relação à “alimentação”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação”. As mulheres que não realizaram preparação para o parto mostram uma maior CMAP nestas subescalas que aquelas que a realizaram. Contudo, não podemos esquecer que estes resultados são contraditórios, já que a preparação para o parto está cientificamente comprovada como benéfica para a mãe e para o filho, sendo um direito contemplado na legislação para todas as grávidas do Sistema Nacional de Saúde (Cunha, 2008). Segundo Santos (2007), a preparação para o parto nas suas várias concepções, consiste essencialmente num método de educação física e psíquica, através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, parto, pós-parto e os cuidados ao RN, favorecendo o desempenho da mulher e preparando-a para o seu futuro papel de mãe (Santos, 2007). Os benefícios das aulas de preparação para o parto não se limitam ao trabalho de parto e parto, permitem também que os pais se sintam preparados para cuidar melhor do seu filho, o que irá proporcionar um ambiente mais calmo e tranquilo (Pousa, Madureira, & Lobo, 2010).

Consideramos que os resultados encontrados nesta investigação, podem-nos orientar para algumas linhas de actuação, assim partilhando da opinião de Rodrigues & Miranda (2009), que consideram necessário traçar algumas metas como aumentar a percentagem de grávidas que frequentam os cursos de preparação para o parto e aumentar a percentagem de grávidas que participam nestes cursos com pelo menos doze sessões. A partir da nossa investigação não conseguimos conhecer em que condições foram realizados estes cursos de preparação, quais os profissionais a leccionar estes cursos e durante quanto tempo, por estes motivos, consideramos que estes factores podem afectar a qualidade proporcionada, reflectindo-se nos resultados obtidos neste estudo. Ainda somos cientes que na instituição onde foi realizada a nossa investigação, as grávidas podem realizar uma visita guiada à sala de partos e duas sessões de esclarecimento no final da gravidez, que incorrectamente algumas grávidas e profissionais de saúde denominam preparação para o parto. Este facto, pode ter sido um dos factores que tenha condicionado estes resultados. Por outro lado, Cunha (2008) afirma que os profissionais que ministram os cursos de preparação para o parto devem ter competências pedagógicas que dêem resposta às necessidades do casal, onde para além de manterem actualizados os conteúdos programáticos das aulas teóricas, deverão ter em conta a uniformização de procedimentos não só no seu local de trabalho mas também obtida através de uma boa articulação e cooperação com o hospital de referência. Assim, a formação dos profissionais é uma mais valia para a qualidade da assistência.

Para finalizar com as variáveis obstétricas abordamos a experiência anterior com bebés.

Ainda que a maior parte das mulheres deste estudo seja primigesta (46,2%), muitas das puérperas (76,9%) afirma que já teve experiência prévia com bebês. Procuramos desta forma identificar se a experiência prévia com bebês influenciaria a APMCCN. Para isso, realizamos um teste U de Mann-Whitney de onde verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Assim, podemos afirmar que a experiência prévia com bebês se relaciona com a CMAP de forma directa, isto é, as mulheres que tiveram experiências prévias com bebês manifestam uma maior APMCCN.

Resultados similares aos obtidos no nosso estudo foram encontrados na investigação já mencionada, realizada por Belo (2006) que afirma que as mães com mais experiência prévia com bebês evidenciam uma percepção muito mais elevada nas suas competências cuidativas neonatais. Segundo Canavarro (2006), as experiências prévias proporcionam às mães alguma perícia para lidar com o RN e diminuem ansiedades e/ou medos características de situações desconhecidas. Como referem Lowdermilk & Perry (2008) as competências cognitivas maternas tanto motoras como afectivas são influenciadas pela experiência pessoal prévia.

Por outro lado, ao analisarmos o nível de competência materna auto-percebida, a maior parte das puérperas apresenta um alto nível de competência cuidativa (55,7%), no entanto, 35,4% apresenta um baixo nível e apenas 9% um nível moderado. Na investigação já referida, realizada por Pedrosa & Mendes (2011), constatou-se que a percepção que as puérperas têm acerca das suas competências no cuidar do RN de termo no final do período neonatal é na globalidade elevada. Também, Belo (2005), verificou em termos globais que 62,8% das mães possuem uma boa percepção acerca das competências cuidativas neonatais.

Se tivermos em consideração, cada uma das dimensões da CMAP, constatamos que os resultados são melhores na dimensão cognitivo-motora, com valores médios superiores aos observados na dimensão cognitivo-afectiva. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Belo (2005), onde os valores são mais baixos na dimensão cognitivo-afectiva.

Na dimensão cognitivo-motora verificamos que a maior parte das mães (50,9%) apresenta uma alta competência materna cuidativa, ao passo que na dimensão cognitivo-afectiva a percentagem (43,4%) de puérperas que apresenta uma CMAP alta é inferior. Uma percentagem considerável (41,5%) de puérperas mostra uma auto-percepção de competência cuidativa neonatal baixa na dimensão cognitivo-afectiva. Esta percentagem é melhor ao analisar a dimensão cognitivo-motora, onde 35,8% das puérperas possui uma

baixa CMAP. As percentagens menos representativas, tanto na dimensão cognitivo-motora como na cognitivo-afectiva, 13,3% e 15,1%, respectivamente, diz respeito às puérperas que apresentam uma APMCCN moderada.

De salientar que os itens que contribuíram para uma melhor percepção das competências cuidativas neonatais, na dimensão cognitivo-motora foram “realizar a higiene do bebé aquando da muda de fraldas” ($x=4,81$), “vestir e despir o bebé” ($x=4,73$), “transportar o bebé de forma segura” ($x=4,73$), “manter a pele do bebé cuidada” ($x=4,59$), “perceber quando é preciso mudar as fraldas” ($x=4,55$), “seleccionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo” ($x=4,54$), “pôr a arrotar” ($x=4,53$) “colocar o bebé a dormir na posição correcta” ($x=4,52$), “colocar à mama” ($x=4,49$). Igualmente foram os itens que apresentaram os melhores valores médios na supracitada investigação realizada por Belo (2005). Em contrapartida, os itens que mostraram os resultados mais desfavoráveis foram “identificar as características da urina” ($x=3,22$), “identificar as características das fezes” ($x=3,42$), “verificar se o bebé está a mamar sem engolir ar” ($x=3,75$), “fazer o que é preciso no caso de se engasgar” ($x=3,85$), “fazer o que é preciso para desentupir o nariz” ($x=3,90$), “aliviar as cólicas” ($x=3,90$), “diferenciar o vómito de bolçar” ($x=3,99$). Novamente, são estes itens os apresentados por Belo (2005) com os piores resultados. Consideramos estes aspectos importantes, para serem tidos em conta no momento em que os profissionais de saúde informam e apoiam as mães no cuidado ao RN.

Atendendo à dimensão cognitivo-afectiva, os itens com maior pontuação foram “perceber quando quer dormir” ($x=4,31$), “acalmar quando está irritado” ($x=4,21$) e “identificar quando quer atenção e conversa” ($x=4,17$). Pelo contrário, “identificar os diferentes tipos de sono” ($x=3,49$) e “perceber quando está com cólicas” ($x=3,94$), apresentaram os valores médios mais baixos. Tanto os itens mais vantajosos como os mais desfavoráveis na dimensão cognitivo-afectiva, são os mesmos que os apresentados por Belo (2005).

No que se refere ao transporte do bebé após a saída do hospital, 96,7% das mães afirma que este realizar-se-á através de uma cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária, não obstante, 2,8% referem realizar o transporte numa alfofa. Das puérperas inquiridas, 15,1% gostaria de ter a possibilidade de alugar a cadeira no hospital. A grande maioria (83,5%) da amostra refere que a aplicará no banco de trás do carro, 7,1% diz que a colocará no banco da frente e 9,4% afirma ser indiferente. Caso a aplique no banco da frente, 14,3% admite não saber se é necessário desactivar o airbag. Também, a maioria (86,8) das puérperas afirma que colocará a cadeira voltada para trás, no sentido oposto ao condutor, contudo 12,3% refere que a colocará virada para a frente. Por outro lado, 47,6% da amostra refere que as campanhas publicitárias existentes não são suficientes, sendo que a grande maioria (85,4%) afirma não conhecer nenhuma campanha/organismo de

prevenção de acidentes rodoviários. Em contrapartida, a grande parte (80,7%) afirma conhecer alguma lei sobre o transporte de bebés no automóvel, mas 15,7% admite não conhecer.

Numa investigação realizada por Martins *et al.* (2007b) verificou-se que aquando da alta hospitalar, 72,8% das mães tenciona utilizar a cadeira apropriada no transporte do RN no automóvel, 18,5% a alfofa e 7,2% tenciona transportar o RN ao colo no percurso automóvel até ao domicílio. Também se constatou que a proporção de mães que afirma ter conhecimento da lei (76,8%) é superior à proporção de mães que foram consideradas bem informadas (52,6%).

Ao comparar estes resultados com a nossa investigação observamos que as percentagens obtidas por Martins *et al.* (2007b) são menos favoráveis, contudo este estudo foi realizado há cinco anos atrás e somos conscientes que através da criação do Plano de Acção para a Segurança Infantil a nível europeu, e coordenado pela APSI a nível nacional, as estatísticas em relação ao transporte seguro do RN no automóvel tem melhorado ao longo dos anos, mas ainda existe um longo caminho a percorrer. De acordo com a APSI (2007), ainda que actualmente a maioria dos pais/cuidadores utilizem um SRC, este é utilizado inadequadamente em metade dos casos. Como referem Monteiro, Concret, Arcipreti, Silva, & Moreira (2009), apesar das puérperas receberem orientações na alta hospitalar, estas não apresentam o conhecimento necessário, é essencial que os profissionais de saúde se envolvam na informação sobre o transporte do RN no automóvel durante a gravidez e puerpério, e que as famílias grávidas tenham desde o início um adequado aconselhamento sobre o transporte do bebé no automóvel. Actualmente, já existem alguns hospitais que prestam apoio às famílias nesta área, na prática, por falta de recursos e formação específica dos profissionais envolvidos, estas iniciativas ainda não foram operacionalizadas e implementadas de forma generalizada e harmoniosa em todo o país.

Durante esta investigação criamos um índice de conhecimento em relação ao transporte do RN, por se tratar de um contributo desta investigação, não foi possível estabelecer comparações com outras investigações. Através deste índice verificamos que 34% das puérperas apresentam um baixo nível de conhecimento em relação ao transporte do RN. A maior percentagem de puérperas ostenta um nível moderado de conhecimento (56,1%) e apenas 9,9% das puérperas apresenta um alto nível de conhecimento relativamente ao transporte adequado do RN. Na investigação já referida, realizada por Martins *et al.* (2007b) constatou-se que apenas 52,6% das mulheres se encontram bem informadas sobre o transporte automóvel seguro.

De igual modo, consideramos interessante analisar se o facto de conhecer ou não alguma lei sobre o transporte do bebé no automóvel influencia a APMCCN. Esta análise foi algo inovador neste estudo, já que na revisão da literatura realizada, não foi encontrada nenhuma investigação que abordasse esta possível relação. Assim, através de um teste U de Mann-Whitney, verificamos que são as puérperas que conhecem alguma lei as que referem uma maior CMAP em relação à “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal” e “evitar os perigos”. Pelo contrário, são as mães que não conhecem nenhuma lei sobre o transporte seguro de bebé as que referem uma menor competência materna cuidativa auto-percebida.

Estes resultados parecem congruentes atendendo à opinião de autores como Flores (2009) que afirma que a desinformação sobre a importância dos dispositivos de retenção infantil é factor determinante no transporte inadequado.

8 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO

O puerpério representa um processo de mudança, em que a mulher experimenta sensações de conforto e confiança no seu papel como cuidadora, habilitando-a para o desenvolvimento das competências necessárias à prestação do cuidado ao RN (Ramos, Faria, Oliveira, & Silva, 2012). O estudo da auto-percepção das mães acerca do seu nível de competência materna cuidativa e dos factores que nela intervêm, permitirá posteriormente, dirigir os ensinamentos realizados durante o internamento.

É neste contexto que os profissionais de saúde têm um papel primordial, prestando apoio aos progenitores na tomada de decisões no cuidar do seu filho, avaliando as aptidões de aprendizagem e realizando acções de educação para a saúde que permitam proporcionar os conhecimentos necessários (Ramos, Faria, Oliveira, & Silva, 2012). Consideramos que todos os esforços realizados para superar estas adversidades, representam uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, pensamos que os resultados deste estudo nos auxiliam para uma melhor compreensão de alguns dos factores que influenciam a auto-percepção das competências maternas no cuidar do RN de termo, contudo está longe de esgotar as investigações nesta área, mas poderão servir de base para o planeamento de futuras investigações que analisem outras variáveis que, eventualmente, contribuam para o entendimento desta temática. Do conjunto de resultados obtidos destacamos aqueles que nos parecem mais significativos, traduzindo-se em linhas de actuação e de compreensão da APMCCN.

Atendendo à caracterização da nossa amostra verificamos que:

- A idade das mulheres oscila entre os 14 e os 41 anos, com uma média que ronda os 30 anos de idade e um desvio padrão de 5,27. O grupo etário dos 18 aos 34 anos é o mais representativo com 84,9%. Nos extremos da vida reprodutiva, temos 14,2% das puérperas com mais de 34 anos e apenas 0,9% tem menos de 18 anos.
- A quase totalidade da amostra é de nacionalidade portuguesa (96,7%), tem alguma crença (85,8%) e é maioritariamente católica (83,5%).
- A maioria das puérperas é casada/união de facto (83%) e mais de metade vive com o companheiro/marido e filhos (51,9%). Contudo, 39,6% vivem só com o companheiro/marido e apenas 8,5% das puérperas vive sem o companheiro.
- A maior parte tem uma actividade laboral (68%) e somente 21,3% tem o ensino superior.
- Mais de metade da amostra (51,4%) possui um filho, seguida das mulheres que têm dois

filhos (36,8%). O grupo menos representativo corresponde às mulheres que têm mais de dois filhos (11,8%).

- A maioria da amostra (99,5%) afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez, no entanto 6,1% não o fez de forma adequada. Esta vigilância foi realizada maioritariamente (63%) numa instituição de carácter público, seguindo-se o centro privado (20,9%) e 16,1% em centros públicos e privados simultaneamente.
- Das informações prestadas nas consultas de vigilância da gravidez, 32,5% da amostra gostaria de ter recebido mais informação.
- O enfermeiro esteve presente em mais de metade das consulta de vigilância (61,8%). Contudo 17% das mulheres afirma que o enfermeiro esteve sempre ausente e 20,7% referem ter estado presente às vezes.
- A gravidez foi planeada na maior parte da amostra (74,5%), não obstante, a maioria (62,7%) não realizou nenhuma consulta antes de engravidar.
- Na maioria dos casos (89,2%) a gravidez foi desejada tanto pela mãe como pelo pai e a quase totalidade da amostra (97,6%) afirma que a gravidez foi aceite pelo pai e pela família.
- A maioria das mulheres (65,6%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram (34,4%), 65,6% admite ter ido sem ninguém da sua referência.
- A grande maioria (86,8%) da amostra não sofria de qualquer problema de saúde antes de engravidar. Durante a gravidez, 60,4% admite não ter tido qualquer complicação e apenas 7,1% da amostra precisou ficar internada durante a gravidez.
- O intervalo entre as 39 e as 41 semanas de gestação é o mais predominante (65,1%) e só 7,1% da amostra tem mais de 41 semanas.
- A maior parte das mulheres é primigesta (46,2%), mas 76,9% da amostra afirma que já teve experiência prévia com bebés.
- O tipo de parto actual mais representativo é o eutócico (61,3%), entre os partos distócicos (38,7%), a maior parte das mulheres foi submetidas a cesariana (26,4%).
- O AM é praticado por 78,3% da amostra e apenas 2,4% o aleitamento artificial. No entanto, 19,3% afirma que o tipo de aleitamento é misto.

À raiz destes resultados, é pertinente considerar algumas sugestões, como a necessidade de investir a nível dos cuidados de saúde primários e na preparação para o parto. Como acabamos de verificar, a percentagem de mulheres que frequentam os cursos de preparação para o parto ainda é baixa ao contrário do que seria esperado. De igual forma, a percentagem de cesarianas realizadas, ainda com valores mais favoráveis aos

existentes anteriormente, é superior aos preconizados a nível nacional ou pela OMS, e que directamente se veriam favorecidos com um maior investimento na preparação das mulheres, através de cursos que proporcionem expectativas mais realistas e os conhecimentos necessários. A este respeito, 32,5% das mulheres deste estudo afirma que gostaria de ter recebido mais informação nas consultas de vigilância da gravidez, o que evidencia uma lacuna no seguimento das mesmas.

Por outro lado, a maior parte das mulheres planeou a sua gravidez mas realmente não de uma forma adequada, já que a maioria não realizou nenhuma consulta antes de engravidar. Isto demonstra um foco de atenção a nível do planeamento familiar.

De volta aos resultados obtidos nesta investigação, da análise inferencial verificamos que das variáveis sócio-demográficas, a idade, o estado civil e a actividade laboral não influenciam a CMAP, já as mulheres imigrantes apresentam uma maior CMAP no que se refere à “alimentação”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Também, são as mulheres com menos habilitações literárias (até ao 9º ano) as que mostram uma maior auto-percepção materna da competência cuidativa neonatal na “alimentação” e na “comunicação/estimulação”, onde as mulheres com ensino superior apresentam a menor CMAP.

Para finalizar as variáveis sócio-demográficas constatamos que o agregado familiar e o número de filhos influenciam a APMCCN em todas as subescalas, isto é, as puérperas que vivem com o companheiro e filhos evidenciam uma maior CMAP na “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Em contrapartida, são as puérperas que vivem só com o companheiro as que apresentam uma menor CMAP em todas as subescalas. De igual modo, as puérperas com três ou mais filhos ostentam uma maior APMCCN em todas as subescalas, pelo contrário, as mulheres com um filho mostram uma CMAP menor na “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”.

Tendo em conta os factores obstétricos que podem influenciar a CMAP, observamos que o tipo de parto actual (eutócico ou distócico), a existência ou não, de um problema de saúde durante a gravidez, de AM exclusivo e de uma adequada vigilância da gravidez (≥ 6 consultas) não influencia a CMAP. Já a gravidez planeada, a gravidez desejada, a aceitação da gravidez, o local de vigilância da gravidez, a preparação para o parto e a experiência anterior com bebés influenciam a CMAP. Concretamente, verificamos que são as mulheres que planearam a gravidez as que apresentam uma menor auto-percepção da competência materna cuidativa neonatal relacionada com “alimentação”, “higiene e conforto”, “evitar os perigos” e “comunicação/estimulação”. Pelo contrário, as mulheres que planearam a

gravidez mas não para esta altura mostram uma maior CMAP em relação a “evitar os perigos” e as mulheres que não planearam a gravidez têm uma maior APMCCN na “alimentação”, “higiene e conforto e “comunicação/estimulação”.

Em relação à gravidez desejada verificamos que a gravidez não desejada se relaciona com uma maior CMAP nas subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”, pelo contrário, a APMCCN é menor quando a gravidez é apenas desejada pelo pai.

Atendendo à variável aceitação da gravidez, constatamos que as mulheres apresentam uma maior CMAP em relação à “comunicação/estimulação” quando a gravidez não é aceite pelo pai ou pela família.

No que se refere ao local de vigilância da gravidez, as mulheres que vigiaram a gravidez numa instituição de carácter público, apresentam uma maior APMCCN em cinco das seis subescalas, concretamente na “alimentação”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”.

Quanto à preparação para o parto, as mulheres que a realizaram mostram uma menor CMAP nas subescalas “alimentação”, “sono/repouso” e “comunicação/estimulação” que aquelas que não a realizaram.

Para finalizar com as variáveis obstétricas constatamos que a experiência anterior com bebés influencia a APMCCN em todas as subescalas “alimentação”, “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal”, “evitar os perigos”, “sono e repouso” e “comunicação/estimulação”. Assim, podemos afirmar que as mulheres que tiveram experiências prévias com bebés manifestam uma maior APMCCN.

No que se refere, ao nível de competência materna auto-percebida, a maior parte das puérperas apresenta um alto nível de competência cuidativa (55,7%), no entanto, 35,4% apresentam um baixo nível e apenas 9% um nível moderado. Se temos em consideração, cada uma das dimensões da CMAP, na dimensão cognitivo-motora, verificamos que a maioria das mães (50,9%) demonstra uma elevada competência materna cuidativa, contudo 35,8% possuem uma baixa CMAP e 13,3% moderada. Ao analisar a dimensão cognitivo-afectiva, observamos que a maior percentagem de mulheres (43,4%) apresenta uma CMAP alta, no entanto, uma percentagem considerável (41,5%) mostra uma auto-percepção de competência cuidativa neonatal baixa e só 15,1% moderada.

Estes resultados apresentados permitem identificar onde as mães obtiveram maior ou menor auto-percepção das suas competências cuidativas neonatais e conhecer que factores influenciam de forma positiva ou negativa, permitindo assim, tentar potenciar os factores que influenciam favoravelmente e dar maior ênfase aos aspectos onde se verificam níveis de competência materna mais baixo, e conseqüentemente tentar minimiza-los. É de salientar

que para entender melhor esta realidade, será aconselhável a implementação de investigações que apresentem uma tipologia longitudinal que permitam monitorizar a evolução das competências maternas auto-percebidas ao longo do tempo, e não só realizar este tipo de investigação a nível hospitalar, já que muitas dificuldades encontradas pelos pais no cuidado do seu filho, são encontradas no domicílio. Daí, a importância de analisar esta realidade após a alta hospitalar com o intuito de potenciar as competências cuidativas maternas/paternas através de visitas domiciliárias. Da mesma forma, é importante que exista uma boa coordenação entre o hospital/maternidade e os cuidados de saúde primários, para referenciar aquelas situações caracterizadas como de risco.

No que se refere ao transporte adequado do bebé após a saída do hospital, verificamos que 34% das puérperas apresentam um baixo nível de conhecimento em relação ao transporte do RN. A maior percentagem de puérperas ostenta um nível moderado de conhecimento (56,1%) e apenas 9,9% das puérperas mostra um alto nível de conhecimento relativamente ao transporte adequado do RN.

Ao estudar se o facto de conhecer ou não alguma lei sobre o transporte do bebé no automóvel influencia a APMCCN, verificamos que são as puérperas que conhecem alguma lei as que referem uma maior CMAP em relação á “higiene e conforto”, “manutenção da temperatura corporal” e “ evitar os perigos”. Pelo contrário, são as mães que não conhecem nenhuma lei sobre o transporte seguro de bebé as que referem uma menor competência materna cuidativa auto-percebida.

Perante estes resultados, consideramos interessante a implementação do projecto “Alta segura” já instituído em algumas instituições de saúde a nível nacional, que permitiria atenuar as dificuldades evidenciadas nos resultados encontrados nesta investigação.

Como já foi referido, os profissionais de saúde, em especial o EESMOG, são os elementos privilegiados no apoio e comunicação com as famílias e é neles que depositam a sua confiança, podendo contribuir significativamente para a promoção/conservação do ajustamento materno e actuação a nível terapêutico, quando são manifestadas dificuldades na adaptação ao papel parental. Assim, o EESMOG tem um papel (in)formativo, através do aconselhamento e esclarecimento dos pais, e de encaminhamento para serviços de apoio diferenciados (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2009; Ramos, Faria, Oliveira, & Silva, 2012). Por estes motivos, nas maternidades, o período de internamento após o parto oferece inúmeras oportunidades educativas aos pais sobre diversas matérias, incluindo a segurança do bebé após a alta hospitalar (Direcção Geral da Saúde, 2010).

Em suma, acreditamos que o estudo das competências maternas auto-percebidas no cuidar do RN de termo é importante para reflectir sobre o cuidado de enfermagem prestado,

estimulando reflexões entre os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores das instituições de saúde. Os ensinamentos aos pais permitem colmatar a falta de conhecimentos na hora de prestar cuidados ao seu filho, com o intuito de proporcionar-lhes as competências necessárias no papel de cuidadores. Para tal, é necessário dispor dos recursos materiais e humanos para que esta realidade seja possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amann, G. P. (2012). *Promoção da Alta Segura. Relatório*. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 19, Agosto, 2012, em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5C2A9762-E34A-4882-AAEB-6CAC0BB9895C/0/alta_segura_dgs_2012.pdf

Arias, B. (2011). *Práticas Obstétricas segundo a OMS. Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de SMOG e elaborada sob orientação da Professora Doutora Paula Nelas e Professor Doutor João Duarte. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. & Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos. Acedido em 24, Agosto, 2012, em: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf

Administração Regional de Saúde do Norte (2010). *Medidas para reduzir à taxa de cesarianas na região norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte. Acedido em 22, Junho, 2011, em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil - APSI (2007a). *Relatório de Avaliação: Centro de Informação Itinerante*. Acedido em 10, Outubro, 2011, em: <http://www.apsi.org.pt/24/relatorio.pdf>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil - APSI (2007b). *Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal – Ponto da situação Dezembro 2007*. Acedido em 11, Outubro, 2011, em: http://www.apsi.org.pt/24/pasi_sumario_novembro07.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil - APSI (2009). *Relatório de Avaliação sobre segurança infantil*. Acedido em 19, Outubro, 2011, em: http://www.apsi.org.pt/24/portugal_brochura_16pgs.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil – APSI. *Segurança no trânsito (2010). Vale a Pena Crescer em Segurança: evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Lisboa:

APSI. Acedido em 20, Setembro, 2012, em:
<http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil – APSI. (2012) *Segurança Rodoviária – Criança Passageiro*. Acedido em 12, Maio, 2012, em:
<http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952,2036>

Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2008). *Investigação Passo a Passo: Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. Lisboa. Acedido em 19, Julho, 2012, em: <http://www.apmgf.pt/index.php?section=publications&action=details&id=21>

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Segurança Rodoviária. Informação Técnica. *Transporte de Crianças em Automóvel*. Lisboa (2010). Acedido em 15, Julho, 2011, em:
<http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=134&language=pt-PT>

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2012). Acedido em 15, Julho, 2012, em:
http://www.ansr.pt/Portals/0/seg_rod/info/Transporte_Criancas.pdf

Azeredo, C. M., Maia, T. de M., Rosa, T. C. A., Silva, F. F., Cecon, P. R., & Cotta, R. M. M. (2008). Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Revista Paulista de Pediatria* 26(4), 336-344. Acedido em 21, Junho, 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>

Belo, H. M. A. M. (2005). *Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo: Estudo de Factores Associados*. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Escola Superior de Altos Estudos. Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

Belo, H. M. A. M. (2006). Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo. *Interações*. 11, 131-145. Acedido em 10, Janeiro, 2011, em:
<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/202/212>

Borges. A. & Gouveia, B. (2001). Competências do Recém-Nascido. *Servir*, 49(3), 136-139.

Brazelton, T. B. (2000), *Tornar-se família. O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-056-2

Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos*. (11ª ed.). Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1930-0.

Brazelton, T. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. (4ª ed.). Lisboa: Terramar. ISBN 972-710-083-X.

Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-2923-1.

Brito, H., Alexandrino, A. M., Godinho, C., & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 209-214. ISSN 0873-9781.

Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2008). Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). In *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Acedido em 09, Maio, 2012, em: <http://www.update-software.com>. (Traduzida da The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Calderón Candia, O., Requejo Morales, T., & Tam Phun, S. (2008). Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. *Rev. enferm. Herediana* 1(1) 11-18. Acedido em 27, Julho, 2012, em: http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/influencia_de_una_intervencion_educativa.pdf

Canavarro, M. C. (2006) *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-081-1

Cardozo, J. P. (2008). *Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C. Primer semestre de 2008*. Monografia apresentada para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem na Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Acedido em 16, Novembro, 2011, em: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>

Carvalho, J. A. A. (2010). *Percursos e evolução da Enfermagem em Portugal*. Monografia apresentada para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa do Porto. Acedido em 12, Dezembro, 2011, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1862/2/PG_17193.pdf

Catafesta, F. (2008). *Desenvolvendo Competências para a Prática do Cuidado Domiciliar: Experiência da Enfermeira*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná de Curitiba. Acedido em 19, Junho, 2011, em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oFernandaCatafesta.pdf>

Cordeiro, A. (2006). Gravidez não vigiada – A experiência da MAC em 2004. *Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, XVI(4), 12-16.

Cordeiro, M. (2008). *O grande livro do bebé: O primeiro ano de vida*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Correia, T. F. A. (2010). *Práticas Obstétricas Segundo a Organização Mundial de Saúde – Percepção da Mulher*. Monografia apresentada no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde.

Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(2), 190-198. Acedido em 07, Outubro, 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200007&lng=en&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-11692006000200007.

Cruz, A. C. D. (2009). *Gravidez precoce: Da gravidez planejada à não desejada - Um estudo com as adolescentes atendidas na unidade básica de saúde do distrito Oeste de Manaus*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Ciências Humanas e Letras. Acedido em 17, Julho, 2011, em: http://www.ppgss.ufam.edu.br/attachments/007_Ana%20Cristina.pdf

Cunha, F. P. S. (2008). Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 9, 21-24. ISSN 1646-3625.

Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. *Saúde reprodutiva - Planeamento familiar (orientações técnicas 9)*. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada. Acedido em 19, Agosto, 2012, em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAA> ISBN 978-972-675-182-3.

Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Orientação nº 001/2010 de 16-09-2010 da DGS. Acedido em 26, Junho, 2010, em: <http://www.dgs.pt/?cr=22262>

Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL (2012). *Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 12, Agosto, 2012, em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065715AAAAAAAAAAAAAAAAA>

Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Escola Superior de Saúde de Viseu (2009). *Guia orientador de trabalhos escritos* [Em linha]. Viseu: [s.n.], 59 p: il. Acedido em 02, Fevereiro, 2011, em: <http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>

Farkas-Klein, C. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 457-467. Acedido em 03, Fevereiro, 2011, em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a12.pdf>

Faure, M. & Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé: compreender o mundo sensorial do bebé - a chave para uma criança feliz*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN: 972-24-1310-4.

Ferreira, M. (1996). *Relação mãe-filho: uma abordagem fenomenológica (nos primeiros dias de vida)*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). O envolvimento emocional dos pais. *Acta pediátrica portuguesa*. 36(2/3), 121-132. ISSN 0873-9781.

Flores, K. (2009). *Avaliação do transporte de crianças em automóveis na cidade de Florianópolis*. Monografia apresentada no Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis. Acedido em 19, Agosto, 2011, em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/PE0608.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. Portugal (2009). *As pessoas = The people: 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 36 p. ISBN 972-673-983-8.

Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre, RS: Artmed. ISBN: 8573075775.

Lara-García, B., Flores-Peña, Y., Alatorre-Esquivel, M. A., Sosa-Briones, R., & Cerda-Flores, R. M. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-263. Acedido em 19, Fevereiro, 2012, em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

36342011000300010&lng=es&tlng=es.

Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. ISBN: 96436.

Loureiro, R. & Ferreira, M. (2007). Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em obstetrícia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 24-27. ISSN 1646-3625.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

Ma, R. T. K. (2010). *Conhecimento das Puérperas sobre o Autocuidado e o Cuidado com o Recém-nascido*. Monografia apresentada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Unidade Universitária de Dourados.

Machado, A. & Tavares, S. (2006). Vinculação em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Informar: revista de formação contínua em enfermagem*. Ano XII (36), 59-66.

Marques, S. M. N. & Sá, M. G. S. (2004). Competências Maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41. Acedido em 14, Janeiro, 2011, em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=36&id_rev=5&id_edicao=10

Martins, R. B. (2011). *Desenvolvendo Competências*. Acedido em 26, Dezembro, 2011, em: <http://www.seger.es.gov.br/imgs/noticias/artigosCESG/232Desenvolvendo%20Competencias.pdf>

Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Sandes, A. R., Figueira, J., Valente, S., Rocha, E., & Silva, L. J. (2007). Sexualidade na gravidez: Influência no bebé? Mitos, atitudes e informação das mães. *Rev Port Clin Geral*, 23, 369-378. Acedido em 17, Maio, 2011, em: <http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20071001162722162358.pdf>

Martins, S., Gouveia, R., Sandes, A. R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., Valente, S., Rocha, E. & Silva, L. J. (2007b). Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6), 246-9. Acedido em 19, Agosto, 2012, em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20090424180056_Art%20Orig_Martins%20S_38\(6\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20090424180056_Art%20Orig_Martins%20S_38(6).pdf)

Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.

Medeiros, A. M. C. (2007). A existência de "sistema sensorio-motor integrado" em recém-nascidos humanos. *Psicologia USP*, 18(2), p. 11-33. Acedido em 17, Outubro, 2011, em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1678-5177.

Melo, J. M., Brandão, E. H. S., Dutra, S. M. V., Iwazawa, A. T., & Albuquerque, R. S. (2007). Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(2), 280-286. Acedido em 12, Março, 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200010&lng=en&tlng=pt doi:10.1590/S0104-07072007000200010.

Mendes da Graça, L. (2010). *Medicina Materno - Fetal*. (4ª ed. atualizada e aumentada). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-654-8.

Mendes, I., Cortesão, C., Sousa, G., & Carvalho, S. (2011). Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo em primíparas. *Revista Nursing*, 275(23), 12-19. ISBN/ISSN: 0871-6196.

Monteiro, M. C. N., Concret, S. A. G., Arcipreti, A. C., Silva, F. S. L. O., & Moreira, A., G., E. (2009). *Proposta de um prospecto para Educação na Alta Hospitalar no período Pós Parto*. In XIII. Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas e Comunicação. Acedido em 27, Junho, 2011, em: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:SEI6tIL992IJ:www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_1061_0795_01.pdf+Proposta+de+um+prospecto+para+Educa%C3%A7%C3%A3o+na+Alta+Hospitalar+no+per%C3%ADodo+Pos+Parto&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESi27ARXrBeZSn22QBpKL38wtrLU_yYmoIF7u6EteoHwrtSRxOXiEXEJtgFt42K1QhAmkPQW_ZhtiLfcVRr6VjVChkFi0m8mGalG2143YG9POsZx6UVOIWVUyoKgRGY1RN1eQnok&sig=AHIEtbR-m83mLJGZxSEFnSEC_Eo1acYLQg

Moro, M. R. (2005). Os Ingredientes da Parentalidade. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(2), 258-273. ISSN 1415-4714.

Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência*, II.ª Série - 6, 39-56. ISSN 0874-0283.

Oliveira, D. L. (2005). *Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério: notas de aula*. Porto

Alegre: Editora da UFRGS.

Oliveira, A. P. R., Patel, B. N., & Fonseca, M. G. M. Dificuldades na amamentação entre puérperas atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos, Feira de Santana/BA. (2004). *Sitientibus*, Feira de Santana, 30, 31-46. Acedido em 18, Agosto, 2012, em: http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/30/dificuldades_na_amamentacao.pdf

Pedrosa, A. & Mendes, I. (2011). *Transição para a parentalidade e competências maternas do cuidar do recém-nascido de termo*. Publicação em Actas de Eventos Científicos. Coimbra: XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem organizada pela Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Acedido em 17, Junho, 2012, em: http://www.esenfc.pt/docentes/pcDetails_G.php?id=3136

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. revista e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-498-0

Pinho, D. M. T. (2009). *Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido*. Monografia apresentada na Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em 07, Maio, 2011, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1382/2/Mono_DianaPinho.pdf

Pinto, T. V. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arq Med*, 22(2-3): 57-68. Acedido em 11, Agosto, 2011, em: [n://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000200005&lng=pt&nrm=iso)

Ponce Capitán, M. A. (2005). Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Profesión* 6(3) 14-19.

Pordata. Base de dados Portugal Contemporâneo (2010). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução*. Acedido em 25, Agosto, 2012, em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Indice+sintetido+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodução-416>

Pousa, O. M. T., Madureira, C. S. A. S. P., & Lobo, A. S. L. R. (2010). *Preparação para o*

Parto e Parentalidade. In Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto. Contributos. Corrente Dinâmica, 19-25. Acedido em 10, Junho, 2011, em: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>

Ramoá, C. & Leitão, I. (Março 2011) – *Gravidez na Adolescência - Principais causas e taxas*. Oficina de Formação: C441A - Educação Sexual em Meio Escolar: metodologias de abordagem/intervenção. CFAE Matosinhos Escola Secundária do Padrão da Légua Matosinhos. Acedido em 23, Julho, 2012, em: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:G8HETFIHmxEJ:www.esplegua.com/projectos/projectos-2010-2011/projecto-educacao-para-a-saude-pes/educacao-sexual-em-meio-escolar/trabalho-autonomo-formacao/trabalhos-de-investigacao/Gravidez%2520na%2520adolescencia%2520-2.pdf/at_download/file+Gravidez+na+Adolesc%C3%Aancia++Principais+causas+e+taxas&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEEESgTRMby5WwAkzu63tF0ojuoVmdUhbqRRrhtgGuYLz0wuwWfOIYOjGHKoX55wkq2AOwN8pLXI71zRhRqmFy6sG7IDBqxoDH8CGuhGs6Yr8BW5DXtqdM64tftk1_ULVt0BiYEK0O&sig=AHIEtbQRmcENCo4oQKAA6BconfjXKdPDmA

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178. ISSN: 0870-410.

Ramos, S., Faria, N., Oliveira, E. A., & Silva, I. S. S. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de Enfermagem. *Salucis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4. Acedido em 22, Novembro, 2012, em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30843>

Ribas, R., Moura, M., & Bornstein, M., (2007). Cognitiones maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolv Hum*, 17(1):104-113. Acedido em 29, Abril, 2011, em: <http://revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n1/10.pdf>

Rocha, A. M., Baptista, H., Baptista, J., & Ribeiro, L. (2005). *Conhecimentos da puérpera acerca do auto cuidado e dos cuidados com o recém-nascido*. Monografia apresentada no 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior da Saúde.

Rocha, D. C. S., Bezerra, M. G. A., & Campos, A. C. S. (2005) Cuidados com os bebés: o conhecimento das primíparas adolescentes. *Escola Anna Nery*, 9(3), 365-371. Acedido em 12, Agosto, 2011, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452005000300005&lng=en&tlng=pt doi:10.1590/S1414-81452005000300005.

Rodrigues, S. P. F. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Dissertação de Mestrado em Didáctica e Tecnologia Educativa na Universidade de Aveiro.

Rodrigues, A. & Miranda, M. J. (2009) Um olhar sobre a preparação para o parto pelo método psicofilático. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 10, 37-40. ISSN 1646-3625.

Santos, M. U. R. C. (2007) *Preparação para o parto - Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia de Saúde da Universidade do Algarve em Faro. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Instituto Politécnico de Beja. Acedido em 21, Janeiro, 2012, em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/781/1/tese%20-%20todos%20capitulos.pdf>

Santos, V., Moura, M., Pinho, J. P., Almeida, V., & Maio, J. (2011). Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento das puérperas. O Que Mudou em 17 Anos? *Acta Medica Portuguesa*, 24:6 877-884. Acedido em 19, Julho, 2012, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/6/877-884.pdf>

Santos, E. M. & Mendes, I. M. (2004). EAPMCCN: um instrumento para avaliação das competências maternas auto-percebidas no cuidar do recém-nascido de termo. *Referência*, *in press*.

Santos, T. & Mendes, I. (2011) *Transição para a parentalidade e preocupações maternas em primíparas e multíparas*. Publicação em Actas de Eventos Científicos. Coimbra: XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem organizada pela Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Acedido em 17, Agosto, 2012, em: http://www.esenfc.pt/docentes/pcDetails_G.php?id=3099

Santos, R., Cardoso, B., Duarte, V., Henriques, C. M. G., Jorge, S., & Alexandra, J. (Maio 2012). Dificuldade dos pais no cuidar do recém-nascido. *Medwave* 12(4). Acedido em 17, Agosto, 2012, em: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5408> doi: 10.5867/medwave.2012.04.5408

Serrano, M. T. P. (2008). *O desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de Doutoramento em Didáctica e Tecnologia Educativa na Universidade de Aveiro.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (Março 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - 3, 15-23. ISSN 0874-0283.

Silva, A. C. F. C (2006). *Cuidar do Recém-Nascido - O Enfermeiro como Promotor das Competências Parentais*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta de Lisboa. Acedido em 06, Abril, 2012, em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169.pdf>

Silva, S. L. C. & Roldán, M. C. B. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en enfermería*, 27(2), 82-91. Acedido em 23, Abril, 2011, em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000200009&lng=es

Soares, D. & Sadigursky, D. (2009) A competência interpessoal como elemento para o cuidado da enfermagem. *Rev.Saúde.Com*. 5(2) 147-155. Acedido em 29, Julho, 2011, em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n2a08.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia (2004). *Consensos Nacionais em Neonatologia*. ISN 972-99417-0-X.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia. Transporte de recém-nascidos prematuros. *Nascer Prematuro - Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Porto: SPP, 2007.

Sousa, G. F. (2009). *A percepção das parturientes sobre a qualidade do bloco de partos do HAS, Leiria*. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico. Escola Superior de Altos Estudos. Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra (14375 Tese).

Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro – Da compaixão à Proficiência*. Lisboa, Universidade Católica Editorial Unipessoal, LDA.

Whaley, L. F. & Wong, D. L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. (5.^a ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 13:978-0323001502.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Sou uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a o preenchimento do instrumento de colheita de dados, por forma à concretização de um trabalho de investigação intitulado “*Auto-percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-nascido de Termo*”.

Por favor, não deixe nenhuma questão sem responder, nas questões que apresentam opções coloque uma cruz (X) no quadro que melhor se adapta ao seu caso. A sua participação é determinante para a conclusão desta investigação. Agradeço desde já a sua colaboração.

Susana Cristina Gomes Ferreira

PARTE I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

- 1 – Qual é a sua nacionalidade? _____
- 2 – Qual é a sua idade? ____ anos
- 3 – Estado civil: Solteira Casada/União de facto Divorciada Viúva Outra _____
- 4 – É crente em alguma religião? Não Sim Se sim, qual? _____
- 5 – Habilitações literárias: Inferior ou igual a 4 anos Entre 5 e 6 anos Entre 7 e 9 anos
 Entre 10 e 12 anos Bacharelato Licenciatura
 Curso técnico-profissional Mestrado Doutoramento
 Outra. Qual? _____
- 6 – Estatuto ocupacional: Empregada Empregada com licença por maternidade/doença
 Doméstica Estudante Desempregada Rendimento Social de Inserção
- 7 – Qual é a sua profissão? _____
- 8 – Agregado familiar: Só com companheiro/marido Sem o companheiro/marido
 Com o companheiro/marido e filhos Outros _____
- 9 – Nº de filhos (incluindo este): ____ Idade dos filhos (exceptuando este): _____
- 10 – Esta gravidez foi planeada: Não Sim Sim, mas não para esta altura
- 11 – Quem desejou este filho? (pode assinalar mais do que uma opção)
 Eu O pai da criança Ambos Nenhum Outro
- 12 – Houve aceitação da gravidez pelo pai da criança e família? Não Sim
- 13 – Durante a gravidez foi a alguma consulta de vigilância?
 Não Sim Se respondeu não, passe para a pergunta 17
- 14 – Onde realizou as consultas de vigilância?
 Centro de Saúde Maternidade/Consulta Externa
 Clínicas Privadas/Médico particular Outro. Qual? _____

- 23 – Participou em algum curso de preparação para o parto?** Não Sim
- 23.1 – Se sim, foi acompanhada por alguém da sua referência: Não Sim. Se sim, quem? _____
- 24 – Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta)?** _____ vezes
- 25 – Deste filho, qual foi o tipo de parto?**
- Eutócico (Normal) Fórceps Ventosa Cesariana
- 26 – Quantas semanas de gravidez tinha no momento do parto?** _____ semanas
- 27 – Que tipo de aleitamento pratica?** Materno Artificial Misto
- 28 – Teve experiências anteriores de contacto ou prestação de cuidados a bebés:** Não Sim.
- 28.1 – Se sim, que experiência teve? Apenas observei Colaborei com familiares
 Cuidei de outros bebés Cuidei do(s) meu(s) outro(s) filho(s)

PARTE II – TRANSPORTE DO BEBÉ

- 1 – Quando for para casa vai de automóvel?** Não Sim
- 1.1 – Se sim, como tenciona transportar o bebé?
- Ao colo Numa alcofa
 Numa cadeira que obedeça as normas de segurança rodoviária
- 2 – Possui alguma cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária?** Não Sim
- 2.1 – Se sim, como obteve essa cadeira?
- Alugada Comprada Emprestada Oferecida
- 3 – Gostava de poder alugar no hospital, uma cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária?**
- Não Sim
- 4 – No automóvel, onde tenciona aplicar a cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária?**
- No banco da frente No banco traseiro É indiferente
- 4.1 – Se optou pelo banco da frente, considera necessário desactivar o “air-bag”? Não Sim
- 5 – Como orientará a cadeira que obedeça às normas de segurança rodoviária no banco?**
- Cadeira virada para trás (sentido oposto ao condutor)
 Cadeira virada para a frente (no mesmo sentido do condutor)
- 6 – Considera que vai realizar de forma adequada o transporte do seu bebé?** Não Sim
- 7 – Como obteve a informação sobre o transporte do bebé no automóvel?** (pode assinalar mais do que uma cruz)
- Médico de família Familiares/amigos Ninguém me informou
 Obstetra Código Nacional de Trânsito
 Enfermeiro Meios de comunicação/folhetos informativos
- 8 – Conhece alguma lei sobre o transporte de bebés no automóvel?** (escolha a resposta que mais se adequa a si)
- Não conheço nenhuma lei sobre o transporte de bebés no automóvel
 Conheço, mas não considero importante o seu cumprimento
 Conheço, mas não tenho meios financeiros para comprar os acessórios
 Conheço e adquiri os acessórios adequados como recomenda a lei

9 – Considera suficiente as Campanhas publicitárias realizadas sobre as medidas de segurança no transporte de crianças? Não Sim

10 – Conhece alguma Campanha / Organismo de prevenção de acidentes rodoviários?

Não Sim Se sim, qual? _____

PARTE III – Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais

(Marques & Sá, 2004) – versão adaptada de Santos & Mendes, 2004)

Por favor, responda aos itens seguintes relativamente aos cuidados com o seu bebé. Assinale com uma cruz (X) a resposta que mais se adequa a sua opinião.

Eu sou capaz de		Sempre	Quase sempre	Muitas vezes	Raras vezes	Nunca
1	Definir o horário de dar de mamar					
2	Diferenciar o vómito de bolçar					
3	Perceber quando o bebé está irritado					
4	Realizar a higiene do bebé aquando da muda de fraldas					
5	Identificar os diferentes tipos de sono e estados de alerta					
6	Seleccionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo					
7	Fazer o que é preciso para desentupir o nariz					
8	Dar conta quando está engasgado					
9	Dar conta das alterações da pele no bebé					
10	Identificar os sinais de fome					
11	Transportar o bebé de forma segura					
12	Identificar as características da urina					
13	Dar conta se está bem alimentado					
14	Dar o banho					
15	Perceber quando está com cólicas					
16	Perceber quando quer dormir					
17	Vestir e despir o bebé					
18	Identificar quando quer atenção e conversa					
19	Fazer massagem abdominal quando está com cólicas					
20	Realizar os cuidados ao coto umbilical					

Eu sou capaz de		Sempre	Quase sempre	Muitas vezes	Raras vezes	Nunca
21	Perceber quando é preciso mudar as fraldas					
22	Fazer o que é preciso no caso de se engasgar					
23	Colocar a mamar					
24	Acalmar quando está irritado					
25	Pôr a arrotar					
26	Manter a pele do bebé cuidada					
27	Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção					
28	Seleccionar a temperatura da água do banho					
29	Aliviar as cólicas					
30	Pegar no bebé durante o banho					
31	Reconhecer quando o bebé não está bem					
32	Identificar as características das fezes					
33	Verificar se o bebé está a mamar sem engolir ar					
34	Colocar o bebé a dormir na posição correcta					

MUITO OBRIGADA

Apêndice II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHEDV



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração do
CHEDV, E.P.E. - Unidade de Santa M^a da Feira

Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 1152	Data: 20/12/2010
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Susana Cristina Gomes Ferreira do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo de mestrado subordinado ao tema “ **Auto-percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-nascido de Termo**”.

Os objectivos deste estudo são:

- Identificar o nível de competência materna auto-percebida pelas puérperas do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira, ao cuidar do recém-nascido de termo;
- Analisar o nível de competência materna auto-percebida, considerando as dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva;
- Determinar se factores sócio-demográficos e obstétricos influenciam o nível de competência materna auto-percebida;
- Descrever o conhecimento das puérperas relativamente ao transporte seguro do recém-nascido.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.^ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação no serviço de Internamento de Puerpério, às puerperas internadas durante os meses de Janeiro a Março. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Emília Coutinho é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos a sua resposta dentro da brevidade possível de forma a podermos cumprir os prazos académicos. Sem mais, gratos pela disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

APÊNDICE III – Autorização do CHEDV para aplicação do questionário



Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Dr. João Crisóstomo

*0.7)
Ao presidente do
Conselho de Administração,
em anexo*

Exmo. Senhor,
Prof. João Carvalho Duarte
Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

Data: 2011/02/04

CA - 071/11-0c
FS/AC

Assunto: Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados - "Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo"

No seguimento ao ofício de V.Exa com a ref.ª n.º 1152 de 20 de Dezembro de 2011, informa-se que face ao parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, o Conselho de Administração, na sua reunião de 2 de Janeiro de 2011, deliberou autorizar a realização do trabalho mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Fernando Silva
Presidente do Conselho de Administração

*Estudo a desenvolver
pelo Conselho de
Saúde de Viseu
e o Conselho de
Administração da
Escola Superior de
Saúde de Viseu*

CHEDV - Med-089

Sede: Hospital de São Sebastião
Morada: Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira

Telefone: 256 379 700
Fax: 256 373 867
NIF: 508 878 462
hss@hospitalfeira.min-saude.pt

APÊNDICE IV – Consentimento informado

“AUTO-PERCEPÇÃO MATERNA DAS COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO DE TERMO”

Assinatura da utente

Assinatura do investigador

Data: __/__/__

.....

Consentimento informado da utente para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia; subordinado ao tema “*Auto-percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-nascido de termo*”.

Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos: – Identificar o nível de competência materna auto-percebida pelas puérperas do CHEDV – Unidade de Santa Maria da Feira, ao cuidar do recém-nascido de termo; – Analisar o nível de competência materna auto-percebida, considerando as dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afectiva; – Determinar se factores sócio-demográficos e obstétricos influenciam o nível de competência materna auto-percebida; – Descrever o conhecimento das puérperas relativamente ao transporte seguro do recém-nascido.

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 – Responderei às questões durante o internamento neste hospital/maternidade
- 2 – As minhas respostas não serão reveladas a ninguém.
- 3 – A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 – Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 5 – Compreendo que este estudo contribuirá para melhorar a assistência que recebo ou que poderei receber no futuro.
- 6 – Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 7 – Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contacto:

Susana Cristina Gomes Ferreira – 963717921

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

