

SARA FLOR FARDILHA FERNANDES

**Transição para a maternidade: contributo dos recursos de
informação para o desenvolvimento das competências parentais**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da
Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de
Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Alexandrina Cardoso
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do
Porto

AGRADECIMENTOS

Finalizando esta etapa da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram ao longo deste percurso e que contribuíram para que ele se concretizasse.

Agradeço ao Professor Doutor Filipe Pereira, pelos desafios que me colocou e pela indicação do caminho a seguir.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Alexandrina Cardoso, que me acompanhou sempre, fez justiça ao verdadeiro nome de orientadora de maneira a que nenhuma incerteza ficasse por esclarecer ou orientar. Agradeço-lhe a compreensão, estímulo, a verdadeira empatia e exigência que me foi impondo.

Agradeço à minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão, à minha irmã e ao meu namorado e melhor amigo pois sempre estiveram do meu lado, pela força para continuar e pelo apoio e presença.

Agradeço à minha querida amiga Ana Paula Correia Costa pelo caminho que percorremos juntas durante o mestrado, pelas conversas e discussão de temas, que só aumentaram o meu conhecimento.

Agradeço a todas as mães que colaboraram no estudo, sem elas o estudo não seria possível, por isso, espero e desejo que se sintam coautoras deste trabalho.

Agradeço à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em particular às enfermeiras das UCC's de São Mamede de Infesta, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e de Matosinhos que, direta ou indiretamente, ajudaram a tornar possível este estudo. Agradeço às enfermeiras que no dia-a-dia colaboraram comigo, especialmente às enfermeiras especialistas Clara Aires e Joana Vieira, pois também desejo que se sintam coautoras deste trabalho.

Agradeço à Enfermeira Margarida Filipe que, com a visão de futuro de sempre, acreditou na abrangência do projeto PACI – SAÚDE.

Agradeço ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A todos estou eternamente grata...

“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos é o primeiro passo para a conquista da sabedoria.”

(Sócrates)

RESUMO

Introdução: O nascimento de um filho, principalmente de um primogénito, altera e reestrutura os papéis sociais e pessoais dos progenitores. A transição para a maternidade não é um processo inato, pressupõe aprendizagem, exigindo uma atitude de procura de informações úteis que satisfaçam as necessidades de aprendizagem. A informação está disponível na família, na comunidade, nos profissionais de saúde e nos recursos didáticos tecnológicos. As novas tecnologias têm vindo a ser, crescentemente, consideradas, como fonte de informação acessível. Os enfermeiros são, então, desafiados a procurar soluções no domínio da informoterapia com vista ao desenvolvimento da mestria nas competências parentais.

Objetivos: O estudo tem como objetivos conhecer nível de literacia tecnológica das mães, conhecer a intenção para usar os recursos didáticos, conhecer a autoeficácia percebida nos cuidados ao filho nos primeiros dois meses de idade e, identificar os recursos a que as mães recorrem para colmatar as necessidades de aprendizagem.

Material e métodos: O estudo assenta no paradigma quantitativo sendo um estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal. A população estudada é constituída por: mães de recém-nascidos saudáveis até ao 2.º mês de idade, inscritos na Unidade Local de Matosinhos e seguidos pelas Unidades de Cuidados na Comunidade, de 20 de junho a 20 de outubro de 2012. Participaram no estudo 100 mães com idade média de 30,04 anos, sendo a maioria no mínimo com o ensino secundário, casadas ou em união de facto e primíparas. A entrevista foi realizada por telefone. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS® 21, recorrendo-se à estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Todas as mães têm acesso aos dispositivos de voz, mensagens escritas e internet e 97% têm acesso a vídeo/DVD. Observou-se que 87% das mães já procuraram informação na internet relativamente aos cuidados ao filho/filha, sendo que 81% das mães consideraram a informação entre o “compreensível” e “muito compreensível” e o “útil” e “muito útil”. Observou-se ainda que ¾ das mães consideraram a informação disponibilizada na internet entre o “credível” e “muito credível”. Destaca-se que 95% das mães tencionam usar uma plataforma na internet, caso exista. No que se refere à autoeficácia percebida nos cuidados ao filho, observou-se que entre 96% e 100% das participantes autoavaliaram-se em nível 3 (concordo) ou nível 4 (concordo totalmente) nas diferentes competências parentais. As mães, nesta fase, revelam níveis de autoeficácia percebida elevados independentemente da idade, da paridade e do estado civil, em todas as competências estudadas. Destaca-se ainda que em relação à escolaridade observou-se que aquelas cujos graus variam entre 1.º e o 3.º ciclo apresentaram maior nível de autoeficácia total percebida.

Conclusões: A internet pode ser considerada como um recurso de informação complementar para a informoterapia providenciada pelos enfermeiros. Os enfermeiros continuam a ser um recurso de informação privilegiado na transição para a maternidade.

ABSTRACT

Introduction: The birth of a child, especially a firstborn, change and restructure the social and personal parenting role. The transition to motherhood is not an innate process. Becoming a mother is a process that implies preparation and knowledge. The information to meet the needs that arise is in several sources such family, community, health professionals, and new technologies. New technologies are being increasingly considered as a accessible source of information. So, nurses are challenged to find informotherapy solutions to develop mastery in parenting knowledge and skills.

Objectives : The study aims to study the level of technological literacy of mothers, to study the intention to use educational resources, to study the maternal perceived self-efficacy in the care of child in the first two months of age, and to identify resources that mothers use to meet their learning needs

Material and methods: The study is based on the quantitative paradigm. It is a descriptive-correlational study. The study population is mothers of healthy newborns up to second month of age, enrolled in the Unidade Local de Matosinhos and followed by the Unidades de Cuidados na Comunidade, from June 20 to October 20, 2012. One hundred mothers participated in the study, having an average age of 30, 04 years, most of them have at least secondary education level, are married and primiparous. The interview was conducted by telephone. For statistical analysis was used SPSS ® 21, resorting to descriptive and inferential statistics.

Results: All mothers have access to voice devices, text messages and internet and 97 % have access to video / DVD. It was observed that 87 % of mothers have sought information on the internet regarding the care her son / daughter and 81 % of mothers considered the information between the "understandable" and "very understandable" and between the "useful" and "very useful." It was also observed that 3/4 of the mothers described the information available on the internet between "credible" and "very credible". It is noteworthy that 95 % of mothers intend to use an internet platform. Regarding the perceived self-efficacy in the child care, it was observed that between 96 % and 100 % of participants self-rated on level 3 (agree) or level 4 (totally agree) in the different parenting competencies. Mothers revealed high levels of perceived self-efficacy regardless of age, the parity and the marital status in all competencies studied. Note also that in terms of education level, mothers showed that those whose grades range from first and third cycle had higher perceived self-efficacy.

Conclusions: The internet can be considered as an information resource to complement informotherapy provided by nurses. Nurses continue to be a resource for information on privileged in transition to motherhood.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis atributo caracterizadores das participantes.....	31
Quadro 2. Variáveis destinadas a caracterizar a literacia tecnológica.....	31
Quadro 3. Variáveis destinadas a caracterizar o uso de internet	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes (%).....	40
Tabela 2. Facilidade e frequência de uso dos recursos (%).....	43
Tabela 3. Preferência dos recursos didáticos.....	45
Tabela 4. Percentagem de participantes no nível da concordância/ discordância na autoeficácia percebida nas competências parentais.....	46
Tabela 5. Diferenças ao nível da autoeficácia percebida em função da escolaridade das mães (Teste Kruskal-Wallis).....	48
Tabela 6. Número de participantes, por competência, que referiram dúvidas e procuraram informação	49
Tabela 7. Frequência da classificação das justificações para abandono precoce da amamentação..	52

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE	13
2.1 Da preparação ao assumir do papel maternal	13
2.2 Fatores facilitadores e inibidores na transição para a maternidade	15
2.3 Preparação e conhecimento no desenvolvimento das competências parentais.....	18
2.4 Recursos – fontes de informação.....	21
2.5 Autoeficácia no exercício do papel maternal.	23
3. MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1 Paradigma e tipo de estudo.....	29
3.2 População.....	29
3.3 Instrumento de recolha de dados.....	30
3.4 Procedimento de recolha de dados.....	34
3.5 Análise e tratamento dos dados.....	36
3.6 Considerações éticas	37
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
4.1 Caracterização sociodemográfica	39
4.2 Caracterização da literacia tecnológica.....	42
4.3 Caracterização da autoeficácia percebida nos cuidados ao filho.....	45
5. CONCLUSÃO	61
6. BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	73

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório que intitulamos de “*Transição para a maternidade: contributo dos recursos de informação para o desenvolvimento das competências parentais*”, resulta de um estudo de investigação desenvolvido no âmbito do XVIII curso de mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

O estudo centra-se no aprofundamento do conhecimento sobre os contributos de recursos informativos para o desenvolvimento das competências parentais. Este estudo resulta, por um lado, como uma continuação do estudo desenvolvido pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso, cuja finalidade foi contribuir para aperfeiçoar o processo diagnóstico através da construção de um instrumento que sistematize a avaliação das competências parentais para o exercício saudável do papel parental, desde a gravidez até ao 6.º mês de idade da criança, ampliando, por essa via, o conhecimento sobre as competências parentais e, em consequência, a qualidade dos cuidados; e, por outro, é parte integrante do projeto Portal de Apoio ao Cidadão (PACI) – SAÚDE. Este projeto engloba esforços de investigação por parte de várias instituições, nomeadamente a Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal; a Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Portugal; a Universidade de São Paulo (Faculdade de Medicina – Departamento de Telemedicina – Brasil, Escola de Enfermagem – Brasil); a Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Enfermagem – Pós-graduação em Informática em Saúde). O projeto PACI-SAÚDE consiste num projeto partilhado vocacionado para a promoção do ensino à distância e assente na rede da ULS Matosinhos, direcionado para a aprendizagem em contextos não convencionais, em termos de espaço e de tempo, através da criação do Portal de Apoio ao Cidadão. Tirando partido das tecnologias de informação e comunicação, o Portal de Apoio ao Cidadão visa a qualificação do cidadão para o desenvolvimento de respostas humanas adequadas face às transições e aos seus processos de saúde/doença, promovendo o seu *empowerment* nas decisões sobre a sua saúde.

O tornar-se mãe constitui uma transição desenvolvimental, que implica a incorporação de novos conhecimentos e de novas habilidades para a integração da identidade materna e mestria no exercício do papel. De facto, a transição para a parentalidade, nomeadamente para a maternidade, não é um processo inato, necessitando, por isso, de ser aprendido. Dado que a transição para o exercício do papel difere da mãe para o pai, neste estudo centrar-nos-emos na transição para a maternidade.

As mães constituem, ainda hoje, as principais cuidadoras dos filhos, tal como conclui Cardoso (2011): “*os filhos são mais filhos das mães do que dos pais*”(p.240). A justificação para esta conclusão resulta do facto de as mães revelarem médias superiores às dos pais, quer ao nível dos conhecimentos, quer ao nível das habilidades, nas diversas competências parentais, de as necessidades das mães serem desiguais das dos pais; e, a inexistência de uma estratégia conjunta das mães e dos pais, já que o que a mãe não sabe, o pai também não.

A incorporação no novo papel é influenciado pela preparação e conhecimento. Os enfermeiros assumem-se como uma condição facilitadora da transição, na medida em que podem, direta ou indiretamente, oferecer a informoterapia para que este processo seja o mais saudável possível. Segundo Mettler e Kember (2006), a informoterapia é definida como a prescrição oportuna e a disponibilização das informações sobre saúde para atender às necessidades específicas dos indivíduos e que suportam a tomada de decisão. São específicas para um determinado cliente, cuidador ou consumidor, na hora de ajudar alguém ou a tomar uma decisão de saúde específica ou até na mudança de comportamento, ou seja, informoterapia consiste em informações corretas, à pessoa certa e na hora exata.

Atualmente, existem cursos de preparação para a parentalidade e preparação para o parto concebidos para o efeito. Nestes cursos a informação é, na maioria dos casos, destinada a um grupo, frequentemente com interesses e nível de conhecimento diversos. Acresce ainda o facto de não se conseguir garantir a adesão de todas as mães/casais. Será que o desenvolvimento de outros recursos de informoterapia não seriam interessantes para o desenvolvimento das competências parentais? Para além disso, é, ainda, desconhecido qual o impacto desta preparação na autoeficácia percebida das mães no início do exercício do papel.

Acrescentado a estas questões, temos o facto de o período de internamento pós-parto ser apenas de 48 horas, após o qual as mães regressam a casa, com um filho

nos braços e sob a alçada da sua responsabilidade. Será que nas primeiras 48 horas, as mães desenvolvem a autoconfiança nas suas capacidades? Por isso, importa conhecer qual a autoeficácia percebida pela mãe nos cuidados ao filho, nos primeiros tempos após o regresso a casa e como considera a utilidade da informação que recebeu ou procurou.

A verdade é que uma panóplia de emoções surgem ao chegar a casa. Sentimentos de responsabilidade acrescida e de insegurança emergem à primeira dúvida. Para procurar solução para as dificuldades e desafios, a mãe pode recorrer à família, aos profissionais de saúde, ou outros recursos, tais como a internet.

Atendendo ao mundo tecnológico em que vivemos, é necessário considerar que cada vez mais a busca de informação ocorre através das novas tecnologias e, por isso, importa considerar a literacia tecnológica das mães. Segundo Miaoulis (2011), a "*alfabetização tecnológica é a alfabetização básica para o século 21 uma vez que, vivemos num mundo tecnológico*" (p. 71). A literacia tecnológica remete para a capacidade de compreender e de aplicar as tecnologias básicas. Inclui a capacidade de pesquisar na internet e de encontrar a informação apropriada para um determinado contexto (Kurt, 2012). Deste modo, é importante considerar a *Technology Acceptance Model* (TAM) como o modelo teórico útil que explica o comportamento de adesão e execução dos usuários relativamente a uma nova tecnologia (Sandberg & Wahlberg, n.d.). O modelo TAM usa a Teoria da Ação Racional (TAR) como base teórica para especificar as relações causais entre as principais características: a utilidade percebida, a facilidade percebida de uso e a intenção de uso de uma determinada tecnologia.

De facto, estudos mostram que as mães apenas se lembram de parte do que é dito/informado durante as consultas e sessões de preparação para a parentalidade, tornando muito da discussão profissional de saúde/ cliente improdutivo. A tecnologia permite entregar informações documentadas, personalizadas e direcionadas às mães de uma forma que melhor suporta a autogestão e decisão partilhada (Mettler & Kember, 2006).

Face a esta problemática, decidimos enveredar por um estudo cuja finalidade é aumentar o conhecimento disciplinar sobre a transição para a maternidade através da caracterização da autoeficácia percebida pelas mães nos cuidados ao filho, nos primeiros dois meses após o regresso a casa pós-parto e da utilidade percebida das

fontes e recursos de informação. Assim sendo, assumem-se como objetivos deste estudo :

- ✓ Caracterizar o nível de literacia tecnológica das mães;
- ✓ Caracterizar a intenção para usar recursos didáticos assentes nas novas tecnologias;
- ✓ Conhecer a autoeficácia percebida nos cuidados ao filho, nos primeiros dois meses de idade;
- ✓ Conhecer os recursos a que as mães recorrem para colmatar as necessidades de informação percebidas.

O presente relatório do estudo encontra-se dividido em quatro capítulos onde se demonstra como foram colmatados os objetivos através da evidência científica. No primeiro capítulo procurou-se contextualizar a problemática em torno da transição para a maternidade através de estudos desenvolvidos no âmbito constituindo o enquadramento teórico. O segundo capítulo explicita por que fases decorreu a investigação desde a construção do instrumento de recolha de dados, à recolha de dados propriamente dita, considerações éticas e análise de dados, apresentando materiais e métodos. No terceiro capítulo apresentam-se, organizam-se e discutem-se os resultados à luz dos estudos disponíveis, tentando evidenciar achados que apoiam ou contradizem os resultados de outros estudos. O quarto capítulo é constituído pelas principais conclusões do estudo bem como pelas limitações e sugestões para futuras investigações.

.

2. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

A necessidade de preparação e de procura de informação é relevante para o desenvolvimento da autoeficácia nas competências parentais, no sentido da mestria na transição para a maternidade. Assim, importa realizar a revisão da literatura que permita conhecer o que já se sabe para melhor definir o que tem interesse saber.

2.1 Da preparação ao assumir do papel maternal

A transição para a parentalidade é um período de ajuste importante dentro de uma família. Consiste no período de tempo desde a decisão parental de pré-concepção, até aos primeiros meses após o nascimento do bebé, durante o qual os pais definem os seus papéis e se adaptam à parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2008). A parentalidade consiste em assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai adotando comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças em conformidade com as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICN, 2011). Durante a transição surge a *vinculação* caracterizada por um processo através do qual os pais constroem, ao longo do tempo, uma relação emocional com o seu bebé atingindo uma relação de *apego*, ou seja, uma ligação afetiva específica e duradoura (Lowdermilk & Perry, 2008).

O conceito de *maternidade* apesar de depender da contextualização histórica, social e cultural (Graça, 2010), reflete o interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados no que diz respeito ao papel de grávida e de mãe (ICN, 2011). É, por isso, considerado um

processo aprendido e não determinado pela natureza instintiva como comumente é conotado. A transição para a maternidade exige um compromisso ativo, que começa antes ou durante a gravidez e se prolonga para além do parto (Graça, 2010). Mercer (2004) introduziu o termo *tornar-se mãe* como o processo de transformação e crescimento da identidade materna. A preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é considerado um fator inibidor. Intrinsecamente relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar ao longo da transição e quais as estratégias que podem ser úteis na sua gestão.

Podem ser observadas três fases evidentes à medida que a mãe se adapta ao seu papel parental, caracterizadas por comportamentos dependentes, comportamentos dependentes-independentes e comportamentos interdependentes (as fases de adaptação materna no pós-parto foram descritas por De Rubin em 1961 como fase de incorporação, posse e desprendimento). A fase dependente (ou de incorporação) decorre durante as primeiras 24 a 48 horas em que as puérperas dão ênfase a si mesmas e na satisfação das suas necessidades básicas, confiam nas mães para a satisfação das necessidades de conforto, repouso, proximidade e alimentação, estão entusiasmadas e comunicativas e desejam relatar a experiência do parto. A fase dependente-independente (ou de posse) inicia-se ao segundo ou terceiro dia de puerpério e dura entre dez dias a várias semanas. Nesta fase, as mães dão ênfase aos cuidados do bebé e competências maternas, desejam assumir a responsabilidade, mantêm a necessidade de orientação e aceitação pelos outros, ambicionam aprender e praticar, sendo o período ideal para o ensino em enfermagem, é a fase de tratamento dos desconfortos físicos e alterações emocionais, possibilitando a experiência com *blues* (labilidade emocional). A fase interdependente (ou de desprendimento) centra-se no movimento de evolução da família como unidade, com interação entre os membros, reafirmação do relacionamento com o companheiro, retoma da intimidade sexual e resolução dos papéis individuais (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os indicadores da conclusão de uma transição saudável são determinados pelo grau em que os indivíduos demonstram domínio nas decisões e mestria nas habilidades e capacidade para adotarem comportamentos necessários para gerir uma nova situação. Além disso, a habilidade/competência desenvolve-se ao longo do tempo e com a experiência. Assim, o domínio é improvável que seja visto no início de uma experiência de transição. No entanto, no momento em que as mães estão a experimentar uma nova sensação de estabilidade, perto da conclusão de uma transição,

o seu nível de mestria vai indicar uma transição saudável/eficaz (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Tornar-se mãe é um desafio de grande responsabilidade pela complexidade de competências e saberes necessários, mas nem todos vivem o processo socialmente apoiados (Martins, n.d.). De facto, existe um conjunto de fatores (intrínsecos e extrínsecos) desde a gravidez, ao nascimento da criança, ao período pós-parto, que influenciam esta mesma transição. Tornar-se mãe torna-se num processo multifatorial.

2.2 Fatores facilitadores e inibidores na transição para a maternidade

A forma como os pais reagem ao nascimento é influenciada por vários fatores incluindo a idade, redes sociais, cultura, situações socioeconómicas e aspirações pessoais para o futuro (Lowdermilk & Perry, 2008).

Nystedt, Hogberg e Lundman (2008) concluem que um trabalho de parto prolongado pode ser comparável com a experiência de recuperação de uma doença, o que pode contribuir para dificuldades de transição para a maternidade e limitar a capacidade de uma mulher para estar emocionalmente disponível para o bebé.

Segundo Mercer (2006), o progresso de transição para a maternidade nas primeiras quatro a seis semanas pode ser dificultado pela recuperação física do parto.

As mulheres diferem nos fatores de risco, na natureza e no tempo de ansiedade durante a transição para a maternidade (Bussel, Spitz & Demyttenaere, 2009). Segundo Mercer (2006) são as variáveis maternas, familiares, ambientais e do recém nascido que influenciam este mesmo processo.

A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e por envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Engloba tarefas de satisfação pessoal, relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro, aceitação do bebé e reestruturação da identidade materna. Os resultados de Graça, Figueiredo e Carreira (2011) evidenciam evolução positiva do ajustamento à maternidade nos sintomas somáticos e atitudes perante a gravidez e o bebé e, evolução negativa da imagem corporal e relação conjugal. A escolaridade e a profissão, sobretudo na relação conjugal e na imagem corporal, podem influenciar as vivências da transição para a maternidade, devido às expectativas destas

mulheres e do seu papel social. De uma forma geral a evolução mais positiva é mais evidente nos sintomas somáticos (biológicos) e nos cuidados à criança, comparativamente com a relação conjugal ou as atitudes perante o sexo (Graça et al., 2011).

O nascimento de uma criança acrescenta stress substancial e custos no bem-estar e mudanças nos estilos de vida das mães e dos pais (Hung, Lin, Stocker & Yu, 2011; Martins, n.d.). Os pais necessitam ajustar o bebé real com o bebé que foi fantasiado e sonhado, o que significa aceitar a sua aparência física, sexo, temperamento inato e estado físico (Lowdermilk & Perry, 2008). Os casais incorporam-se nas identidades e papéis, tornam-se mais tradicionais na divisão de tarefas, aumentam os conflitos e diminui e satisfação marital. A adaptação e alguns dos comportamentos parentais parecem ser influenciados, também, por características das crianças, tais como sexo, idade e temperamento. Nos desafios contextuais desta transição parece ser também importante incluir as questões económicas. As puérperas enfrentam um conjunto de fatores que podem colocá-las em risco de elevados níveis de stress pós-parto que, por sua vez, podem influenciar negativamente o seu estado de saúde (Hung et al., 2011). Lopes (2009), concluiu que a correlação entre o *bonding* (termo introduzido por Klaus e Kennell, 1976, para relatarem a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé) e a idade é negativa, ou seja, as mães mais velhas estão associadas a menores valores ao nível do *bonding*. Da mesma forma, Emmanuel, Creedy, St John, Gamble e Brown (2008) referem que o desenvolvimento do papel materno após o parto é complexo e pode ser adversamente afetado pela maior idade materna, estado casado, apoio social inadequado e relacionamentos de curta duração. No entanto, Boucherd Lachance-Grzela e Goguen (2008) mostraram que o adiamento da maternidade para uma idade mais avançada tem efeitos positivos sobre a qualidade da união mas, apenas em mulheres que estão em relacionamentos de longo prazo.

Novamente, Lopes (2009) afirma que o facto de um filho ser desejado ou não, influencia o posterior estabelecimento do *bonding* entre mãe-bebé, sendo que, o facto de não ser desejado, poderá ter um impacto negativo ao nível do envolvimento emocional materno. Drake, Humenick, Amankwaa, Younger e Roux (2007) verificam que o aleitamento materno não tem efeito significativo sobre a responsividade materna, no entanto, a satisfação com a vida, a auto-estima, bem como o número de filhos tem uma relação positiva e significativa.

Reis (2011) e Cardoso (2011) afirmam que existem fatores com a capacidade de influenciar as atitudes das mães e dos pais na adoção de estratégias de coping. Entre aqueles, as “características pessoais” (como por exemplo: o temperamento) que podem atuar como facilitadoras, ou o inverso, no processo de transição para a parentalidade. Cardoso (2011) concluiu que a transição para a parentalidade é influenciada pelos contextos das mães e dos pais, particularmente no que se refere ao apoio familiar e ao suporte social. Os significados atribuídos, bem como, as crenças e as atitudes face à experiência da parentalidade podem também influir na transição.

Emmanuel e St John (2010) vêm confirmar o que até agora foi referido identificando quatro atributos do sofrimento materno como respostas à transição para a maternidade: stress, adaptação, funcionamento e controlo, e, ligação. Nos antecedentes da ansiedade materna incluem-se o tornar-se mãe, a mudança de papéis, as mudanças no corpo e no funcionamento, o aumento das exigências e desafios, as perdas e ganhos, a experiência do parto, e as mudanças nos relacionamentos e contexto social. Sendo que as consequências da angústia maternal são o comprometimento do estado de saúde mental, o desenvolvimento do papel materno, qualidade de vida, capacidade de funcionar, a qualidade dos relacionamentos e envolvimento social, sendo que a extensão do impacto depende do nível de sofrimento materno. Emmanuel e St John (2010) descrevem como exemplo uma mãe solteira angustiada que está a encontrar dificuldades para cuidar de si mesma e do seu filho e não tem acesso aos serviços disponíveis. O foco da atenção seria, então, auxiliar a ligação para exercer a função. Fatores contextuais, como a falta de modelos na vida desta mãe, poderiam ser abordados, fazendo o contacto com novos grupos de mães. Ou seja, mais clara compreensão do sofrimento materno informa melhores abordagens para a prestação de cuidados de saúde apropriados para as mães que experimentam o sofrimento materno, considerando fatores de contexto pessoal, relacional e psico-social.

Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro e Soares (2010) afirmam que, não é previsto que a utilização de Tecnologias de Reprodução Assistida tenha repercussões negativas significativas sobre a primeira experiência de parentalidade. Independentemente do método de concepção, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para ajudar todos os casais no esforço para se adaptar aos desafios individuais e relacionais associados à transição para a parentalidade, levando-se em consideração as diferentes formas de homens e mulheres experimentam esta transição de vida.

Relativamente à transição para a maternidade com recém nascidos não saudáveis, Kruehl e Lopes (2012) investigaram o processo de transição para a

parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê e concluíram que os sentimentos relativos à parentalidade focalizaram-se na sobrevivência do bebê. O período de tempo necessário para conhecer e aprender a cuidar do recém nascido pode ainda ser estendido, consideravelmente, se o filho for, por exemplo, um pequeno prematuro ou uma criança com necessidades especiais (Mercer, 2006).

Davis-Gage, Kettmann e Moel (2010) afirmam que capacitar as mulheres para considerar a viabilidade de abandonar as expectativas da pressão da sociedade para ser "tudo para todos" pode ajudar a livrar as mulheres do fardo da depressão após o parto. A grande responsabilidade de cuidar de um bebê recém nascido, dar carinho e amor é dependente do estado de saúde da nova mãe. Basicamente, o maior objetivo das mães é a de manter a sua própria saúde, a fim de ser capaz (Akerjordet & Severinsson, 2010).

A mudança e a diferença são consideradas essenciais à transição, a percepção do que mudou conduz a mudanças e a ajustamentos de comportamentos e de percepções. A necessidade de aprender, de considerar diferentes alternativas e de tomar decisões em relação aos cuidados ao filho constituem atributos básicos a esta mesma transição (Cardoso, 2011). Para tal, a preparação para a maternidade pressupõe conhecimento e, não obstante que este conceito é insaciável, é necessário uma atitude de procura de informações viáveis que satisfaçam esse mesmos desejos através dos diferentes recursos a que se tem acesso.

2.3 Preparação e conhecimento no desenvolvimento das competências parentais.

A literacia em saúde refere-se à “alfabetização” no contexto da saúde e dos cuidados de saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010). É definida por Liechty (2011) como o grau em que um indivíduo tem a capacidade de obter, processar e compreender informações de saúde e os serviços básicos necessários para tomar decisões sobre a saúde, adequadas. Literacia em saúde é um termo que também se refere à capacidade dos indivíduos para compreender, tomar decisões e agir perante informações de saúde transmitidas através da fala, da escrita e visualmente, a fim de melhorar o estado de saúde ou de competências de cuidador. O conhecimento adequado sobre comportamentos de saúde é considerado pré-requisito na mudança de comportamento,

como na transição para a maternidade. Sink (2009) e Barnes et al. (2008) indicam que, apesar de frequentar as aulas pré-natais e receber instruções de cuidados pós-parto à criança, as mães muitas vezes querem informações adicionais depois de trazer o seu bebê para casa. Sink (2009) concluiu que as puérperas procuram e recebem informações sobre como cuidar dos seus bebês a partir de múltiplas fontes por isso, contatos iniciados com as mães após o parto para prestar apoio deve ser foco de atenção em enfermagem. Segundo a mesma autora, durante o período pré-natal, as grávidas não se querem concentrar em problemas potenciais de cuidados ao bebê, ainda que o desejo de ter a informação poderia gerar métodos de ensino criativos para fornecer informações sobre os cuidados ao bebê.

Entendendo que as potenciais preocupações estão presentes, ou podem surgir logo após o parto, pode auxiliar os enfermeiros na preparação de informação adequada e torná-la prontamente disponível para os novos pais, usando uma variedade de métodos de ensino adequados para estimular a aprendizagem e a retenção de informações. O facto de que os novos pais muitas vezes não sabem quais as perguntas a serem feitas antes de trazer o seu bebê para sua casa é útil para que os enfermeiros saibam qual a necessidade, a sua relevância e o momento da mesma para que eles possam focar os seus ensinamentos. Os enfermeiros que iniciam o contato com as mães após o parto e que dão suporte através da informação podem ajudar as mães a desenvolver confiança no assumir os cuidados ao seu bebê. Santos (2011) concluiu que as principais preocupações sentidas pelas puérperas, em relação a elas próprias, após a alta da maternidade eram o cansaço, o cuidado com as mamas, a tensão emocional, o regresso à figura anterior à gravidez, a alimentação, ter tempo para cuidar de si, o desconforto causado pelos pontos e a dor nas mamas. No que diz respeito às preocupações em relação ao filho, as puérperas referiram preocupação relativamente ao crescimento e desenvolvimento normais, em serem boas mães, em reconhecer sinais de doença, à alimentação do filho, à interpretação do comportamento do filho, à segurança e prevenção de acidentes e ao cuidado físico. No que concerne às principais dificuldades sentidas pelas puérperas no que diz respeito ao cuidado do recém nascido, Santos (2011) verificou que estas demonstraram menor percepção das suas competências na dimensão cognitivo-motora referentes a identificar as características da urina, identificar as características das fezes, definir o horário de dar de mamar, fazer o que é preciso para desentupir o nariz, aliviar as cólicas e diferenciar o vómito do bolçar. Relativamente à dimensão cognitivo-afetiva, as puérperas demonstraram menor percepção das suas competências no que respeita a identificar os diferentes tipos de sono e perceber quando o filho está irritado. Santos (2011) também concluiu que,

quanto menor a autoeficácia percebida no exercício das competências maternas maior as preocupações maternas durante as primeiras três semanas de pós-parto.

A amamentação faz com que as mães sintam que estão a contribuir de forma única para o bem estar do bebé. A forma como o bebé responde aos cuidados e atenção pode ser interpretada pelos pais como uma crítica à qualidade dos cuidados prestados. Os comportamentos infantis, interpretados como respostas positivas aos cuidados dos pais, incluem ser facilmente consolado, gostar de ser embalado e estabelecer contacto visual. Cuspir frequentemente, chorar ou ser imprevisível após as refeições, pode ser interpretado pelos pais como uma reação negativa aos seus cuidados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Já Silva (2006) tinha verificado que as mães referem grandes dificuldades no relacionamento com o recém-nascido em casa ao nível da identificação das suas necessidades, da amamentação e dos estados de consciência, na prestação de cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, principalmente no banho e nos cuidados ao coto umbilical e na prestação de cuidados que visam a segurança e a prevenção de acidentes. A ajuda, incluindo os conselhos dos maridos/companheiros, mães, sogras, e profissionais de saúde, pode ser vista como uma forma de apoio, ou como uma indicação de como estas pessoas julgam as mães como aptas ou inaptas para a função. O criticismo, real ou imaginado, da capacidade dos novos pais prestarem cuidados físicos adequados, alimentarem ou estimularem socialmente o seu bebé pode provar ser devastador. Ao encorajar e elogiar os esforços dos novos pais, os enfermeiros podem estimular a confiança destes (Lowdermilk & Perry, 2008).

Barnes et al. (2008) e Emmanuel e St John (2010) sugerem convidar “mães experientes” para ajudar no esclarecimento de dúvidas de primíparas, com a ideia de uma conversa contínua sobre maternidade e cuidados ao bebé como base para novas abordagens dos profissionais de saúde.

Nos últimos anos, tem havido uma proliferação de informações relacionadas à saúde e um movimento em direção a um maior acesso do público a informações sobre saúde, como um passo importante para a educação e capacitação do cliente. As tecnologias da informação, como a internet, têm acrescentado um impulso considerável para esta tendência. Muitos profissionais de saúde consideram agora a prestação de informações detalhadas de saúde aos clientes como requisito para a tomada de decisão informada. Dentro da literatura existe alguma ênfase na importância da compreensão do cliente de informações recebidas, no entanto, até o momento, poucos estudos têm

considerado o consumo de informações em excesso como problemático (Carolan, 2007). Por exemplo, segundo Carolan (2007), apesar de a percepção comum de empoderamento, o consumo de informações médicas excessivas provocam mães assustadas e muitas descreveram sentirem-se sobrecarregadas por "saber demais". A mesma autora relata uma tendência entre algumas primíparas em procurar e ler ativamente vastas quantidades de informação relacionada com a gravidez e uma tendência entre os enfermeiros, enfermeiros especialistas e médicos para fornecer a essas mulheres ainda mais informações. Este importante fenômeno de excesso de consumo de informação em saúde, combinada com a má compreensão, dá origem a uma tendência ainda maior de ansiedade e o excesso de patologização das mães. Por isso, o fornecimento de volumes de informação por si só não satisfaz as questões de capacitação e educação das mães.

Ao longo do tempo, a mãe ganha confiança no processo de cuidado ao filho, relaciona-se com o seu companheiro na partilha de tarefas, estabelecendo novas rotinas familiares e, define responsabilidades familiares e os limites a serem respeitados (Mercer, 2006).

2.4 Recursos – fontes de informação

O objetivo e o âmbito da educação tecnológica é a literacia tecnológica, mas a definição de literacia tecnológica está sujeita à evolução tecnológica e à mudança (Wright, Rich & Leatham, 2012). Segundo Weaver et al. (2010), a internet é a principal fonte de informação entre os jovens porém, torna-se claro que os jovens não são apenas usuários frequentes de internet, mas também dependem fortemente de motores de busca como o *Google* para localizar informações de saúde, conseqüentemente as habilidades de pensamento crítico envolvidos na avaliação de sites de informação confiável deve ser uma prioridade.

Segundo Heilferty (2009) a pesquisa em *blogs* pode ajudar a ilustrar as disparidades de fatores culturais ou socioeconômicos dentro e entre as nações relacionados ao uso de internet global e a literacia em saúde. Além disso, quando combinado com os esforços em direção a uma maior compreensão da comunicação on-line durante a doença/necessidade de informação, em todas as suas formas, pode ser a base para

uma nova teoria de enfermagem de comunicação online, adicionando uma nova dimensão às relações de cuidado enfermeiro-cliente-família.

Em Toronto, Canadá, existe a *Invest in Kids*. É uma organização com objetivo de fortalecer o conhecimento, as habilidades e a confiança de todos aqueles cuidam dos filhos para garantir o desenvolvimento social, emocional e intelectual saudável das crianças. Fornece aos pais, às mães e aos profissionais da saúde programas de parentalidade com recursos fáceis de usar. A *Invest in Kids* é dedicado a ajudar os pais e as mães que querem e precisam de o ser. Um outro programa idêntico, *Parenting Partnership* é responsável pela educação pré-natal de pais e de mães e destinado a garantir o melhor começo de vida possível para as crianças do Canadá. Os conteúdos do programa abrangem a gravidez, o parto e recuperação das prioridades que mudaram nas relações do casal, finanças e autocuidado, cuidar da saúde física do filho, incluindo segurança, saúde e nutrição, e guiar o comportamento e apoio social, desenvolvimento emocional e intelectual de crianças saudáveis através do exercício do papel parental efetivo (Szumlanski, 2008).

CenteringPregnancy[®] é um modelo inovador de grupo de cuidados pré-natais concebido e desenvolvido nos Estados Unidos. O modelo difere do tratamento tradicional em que as mulheres participam de um processo de grupo social, solidário, que desenvolve o seu conhecimento e confiança, e aumenta a autoeficácia parental e pessoal. Após os estudos iniciais nos EUA, o modelo *Centering Pregnancy* foi adaptado e implementado numa série de estudos a nível internacional, com um crescente corpo de evidências de resultados positivos em termos de resultados clínicos, a satisfação com o atendimento pré-natal, conhecimento percebido das questões em torno da gravidez, nascimento e parentalidade (Gaudion et al., 2011). Há um crescente corpo de evidências de resultados positivos associados com o uso do modelo *Centering Pregnancy*[®]. A pesquisa realizada nos EUA e em outros países tem demonstrado que *CenteringPregnancy* tem o potencial de melhorar os resultados clínicos, a satisfação das mulheres com a assistência pré-natal, melhorando a autoeficácia e literacia em saúde e reduzindo o isolamento social (Gaudion et al., 2011).

Numa outra visão, os resultados de Reis (2011) indicam que o suporte familiar, o apoio dos amigos, nomeadamente a nível emocional, a ajuda nas tarefas domésticas e no cuidado à criança, são meios que permitem aos pais ultrapassar a situação de stress com a ativação de estratégias de coping, de forma a fazerem a transição para a

parentalidade. Efectivamente a estratégia de coping mais utilizada, identificada na análise do questionário de Reis (2011), foi a “procura de suporte social”.

Segundo Silva (2012), “necessidades de cuidados” foi uma das dimensões em análise, através da qual foi possível perceber que as figuras parentais apresentam e identificam claramente necessidades de cuidados e para ultrapassarem estas dificuldades verbalizam que o suporte da equipa de enfermagem é fundamental. As mães e os pais esperam que os enfermeiros os ajudem a adquirir habilidades e mestria para lidar com as situações, de modo a se sentirem autónomos aquando do regresso ao domicílio (Silva, 2012). Ou seja, enquanto a mulher não desenvolve a perícia e formas particulares de gerir as necessidades, os profissionais da saúde são um recurso importante para o desempenho do novo papel. Constituindo-se os enfermeiros, e particularmente os especialistas em saúde materna e obstetrícia, como recursos diferenciados e reconhecidos, os cursos que se referem à preparação para a parentalidade devem ser alvo de intervenção mais sustentada onde a par da informação, se disponibilizem estratégias práticas que permitam a gestão do *stress* consequente da transição para este novo estado (Graça et al., 2011).

No entanto, de acordo com Silva (2012), existem uma série de condicionantes à transição para a parentalidade no pós-parto e que os enfermeiros são um importante recurso na mobilização e optimização dos mesmos. Mas, é igualmente importante que, o brio profissional seja baseado não só nas competências técnicas, mas também no desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar as necessidades dos progenitores, para que as intervenções delineadas sejam promotoras da transição para a parentalidade. Materiais educativos não podem substituir o diálogo entre o enfermeiro e a mãe uma vez que, só assim, os enfermeiros conseguem identificar e compreender as necessidades da mãe (Mercer, 2006). A verdade é que para responder às necessidades de aprendizagem das mães e dos pais, os enfermeiros são desafiados a procurar soluções, tanto no domínio do diagnóstico como no domínio da informoterapia com vista ao desenvolvimento das competências parentais e ao alcance da mestria/autoeficácia (Cardoso, 2011).

2.5 Autoeficácia no exercício do papel maternal.

A teoria da autoeficácia foi apresentada em 1977 por Bandura. A autoeficácia explica o grau em que uma pessoa acredita nas suas próprias capacidades para

desempenhar uma determinada tarefa. Trata-se de um traço de personalidade que afeta a motivação para realizar com sucesso as tarefas, ou a seleção de uma carreira profissional, ou o grau de tolerância para enfrentar determinadas situações adversas e a percepção individual acerca do risco (Bandura, 1982). Os seus estudos evidenciaram que as pessoas com um elevado índice de autoeficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da sua vida. Por outro lado, as pessoas com baixos índices de autoeficácia tendem a sentir-se inúteis e desconfiam da sua capacidade para ultrapassar obstáculos.

A teoria da autoeficácia postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afetados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989). As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatórios que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se autoavaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspetos negativos. Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de ações eficazes, e a percepção de ações eficazes fortalece as auto percepções de eficácia. As crenças de autoeficácia habitualmente afetam o funcionamento cognitivo através da ação conjunta das operações de processamento de informação e da motivação (Bandura, 1989).

A mudança comportamental, de acordo com Bandura, depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal. As expectativas quanto ao resultado consistem na crença que um comportamento próprio, particular conduz a uma consequência específica. São crenças sobre a consequência de um ato (Pereira & Almeida, 2004). A percepção de autoeficácia enquadra-se no controlo pessoal das ações, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico desejado. Não reflete as competências pessoais, mas sim as crenças, os julgamentos, as avaliações sobre o que pode o indivíduo realizar com as competências que possui para executar comportamentos específicos em situações determinadas; tem uma elevada preditibilidade em relação a tarefas comportamentais específicas. Não é, como podemos deduzir, uma característica generalizada da personalidade, podendo variar, na mesma pessoa, de tarefa para tarefa (Pereira & Almeida, 2004). As crenças de autoeficácia envolvem frequentemente competências técnicas necessárias à execução de um comportamento (Pereira & Almeida, 2004).

As crenças de autoeficácia também influenciam a funcionalidade humana através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de tomada de decisão (Benight & Bandura, 2004). Estas influenciam o que o indivíduo pensa ser suscetível de melhorar ou piorar a sua funcionalidade; a motivação e a perseverança perante as adversidades; a qualidade da sua vida emocional e a vulnerabilidade ao stress e à depressão; a resiliência às adversidades; e as oportunidades para tomar decisões importantes em determinadas fases das suas vidas.

Cardoso (2011) afirma que uma das crenças com impacto significativo na aprendizagem do desempenho do papel parental é a autoeficácia. A autoeficácia é considerada o mecanismo cognitivo que avalia a motivação do indivíduo para padrões de pensamento e conduta. As crenças de autoeficácia são a forma como o indivíduo constrói o julgamento acerca da sua capacidade para determinado nível de desempenho, pelo que, faz parte de um complexo processo cognitivo de auto persuasão (Leite, 2012).

O conceito de eficácia percebida materna é definido por De Montigny e Lacharite (2005) como crenças ou julgamentos que a mãe detenha das suas capacidades para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com a maternidade.

A mãe com forte percepção de autoeficácia, convicta que é necessário e imprescindível ao bem-estar do recém nascido, evidencia um sentimento que é promotor de motivação para manter os esforços necessários para que seja bem-sucedido nos objetivos delineados para assegurar as necessidades em autocuidados do recém nascido (Leite, 2012). Autoeficácia é, também, a crença que um indivíduo tem acerca da sua capacidade para realizar com sucesso determinada habilidade, podendo afetar as escolhas do indivíduo em causa (Leite, 2012). Extrapolando os resultados de Leite (2012) referentes aos prestadores de cuidados, para a percepção de autoeficácia na parentalidade, a melhoria da autoeficácia pode estar relacionada com a intervenção de enfermagem planeada para a preparação do regresso a casa tendo em conta objetivos realistas, o meio envolvente, mas muito com a personalidade e a disposição e a motivação da mãe para a assunção e desempenho do papel. Claramente que esta disposição e motivação, só podem ser sustentadas se os progenitores dispuserem de recursos adequados ao desempenho do seu papel. Aqui o enfermeiro desempenha um papel importante na identificação das necessidades e na ativação das ajudas e apoios da comunidade. Bandura, Caprara, Barbaranelli, Regalia e Scabini (2011) referem que a eficácia da díade conjugal, pai/mãe-filho e filial estão ligados à satisfação da família. A principal conclusão deste estudo é a centralidade das crenças das famílias na sua

eficácia coletiva para gerenciar os seus assuntos na qualidade do funcionamento familiar e satisfação com a vida familiar. Refere ainda que existe um alto consenso de que a família é eficaz na gestão dos seus assuntos e é positivamente relacionada com a comunicação mais aberta, auto-revelação e satisfação com a vida familiar. Os mesmos autores referem também que os resultados do desenvolvimento da criança são na maior parte, confinados às mães e não aos pais.

Segundo Navarro, Navarrete e Lara (2011) a autoeficácia materna é um conceito que alude à capacidade da mãe para desempenhar o seu papel. É definida como o julgamento que a mãe formula a respeito da sua própria competência e eficácia com que ela lida com as demandas e necessidades da criança. Alguns estudos mostram que as mães que se consideram autoeficazes apresentam comportamentos mais eficazes, bem como uma maior capacidade de adaptação e capacidade de resposta e interpretar as necessidades, bem como para incentivar e estimular a criança. Alguns dos fatores que influenciam a percepção de auto-eficácia são o apoio social, especialmente quando fornecida por pessoas significativas, e quando as redes de apoio reforçam a crença de que o trabalho está a ser realizado de forma adequada. Os níveis de escolaridade e o facto de estar com um parceiro a agir de forma semelhante, são outros dos factores que influenciam positivamente. Por outro lado, as variáveis que têm um efeito negativo incluem a depressão e os níveis elevados de stress. De uma forma ou de outra a percepção de autoeficácia materna afeta as práticas de educação infantil: aquelas que se consideram ser eficazes são mais envolvidas nas atividades dos seus filhos, na sua estimulação cognitiva em casa durante o período pré-escolar. Assim, a percepção de autoeficácia materna durante o período pós-parto exerce uma influência sobre a relação entre mãe e filho e o desenvolvimento desta última, com consequências a longo prazo. O estudo da percepção da autoeficácia materna não é apenas de interesse teórico, mas também, o conhecimento do modo como ocorre e os factores que actuam sobre ela abre a possibilidade de influenciar essa mesma percepção, melhorando o papel materno e o bem estar das crianças.

Navarro et al. (2011) concluíram que eventos stressantes afetam a eficácia percebida (às 6 semanas pós-parto), e, ter menos educação teve um efeito negativo aos seis meses de puerpério. Nesse sentido, as mães com menos educação podem não ter conhecimento e confiança em si mesmas suficientemente para executar o seu papel. Navarro et al. (2011) verificaram que uma elevada percentagem de mulheres no período pós-parto considera-se ineficaz e que a eficácia foi afetada pelos sintomas de depressão e não ter um parceiro, por sofrer eventos stressantes e ter baixa

escolaridade. Os dados sugerem que a percepção materna de eficácia pode ser melhorada através de programas voltados para as mulheres que apresentam as características acima mencionadas, baixa escolaridade, não ter um parceiro, os sintomas de depressão ou eventos stressantes.

A autoeficácia materna é alvo potencial para intervenções em saúde mental infantil, pois está associada a uma série de resultados positivos para as crianças e mães. É certo que, compreender o desenvolvimento da percepção de autoeficácia materna sendo pais de uma criança que é facilmente irritável e difícil de acalmar, vai contribuir para a prestação de intervenções mais eficazes. Contrariamente às previsões, Troutman, Moran, Arndt, Johnson e Chmielewski (2012) concluíram que mães de bebês facilmente irritáveis exibem um aumento significativo na autoeficácia percebida do domínio e em geral a partir das 8 às 16 semanas pós-parto. O estudo de Troutman et al. (2012) levantam a possibilidade de que as intervenções que instruem às mães como acalmar os seus bebês facilmente irritáveis poderia prejudicar o desenvolvimento normal da autoeficácia materna. Por outro lado, a teoria da autoeficácia diria que apontar mudanças positivas no comportamento da criança e atribuindo essas mudanças aos esforços da mãe pode aumentar o desenvolvimento normal da autoeficácia materna.

Segundo Fulton, Mastergeorge, Steele e Hansen (2012) a percepção da mãe da eficácia dos seus filhos e dos seus próprios níveis de auto-eficácia contribuem para o desenvolvimento da sintonia materno-infantil. O este mesmo estudo realça as seis primeiras semanas após o parto como um período sensível para direcionar a intervenção e apoio. Gilmore e Cuskelly (2008) verificaram que as mães relataram maior eficácia do que os pais, e os pais relataram maior satisfação com o papel parental do que as mães.

É de algum modo importante referenciar a autoeficácia percebida de mães de crianças que nasceram em circunstâncias que se desviam da normalidade como por exemplo, a prematuridade. Segundo Spielman e Taubman-Ben-Ari (2009), pais de bebês prematuros relatam um maior nível de stress relacionado com o crescimento do que os pais de crianças nascidas a termo mas, não foram encontradas diferenças entre eles na autoeficácia parental. A orientação profissional durante a gravidez, que visa ampliar o conhecimento dos pais e a compreensão das mudanças que podem vir a esperar sofrer, pode servir para melhorar a experiência na transição para a parentalidade, antecipando situações adversas, como a prematuridade.

Mercer (2006) concluiu que o prazer na troca de amor materno-infantil e os sentimentos de eficácia são evidentes quando a mãe atinge a identidade materna, na última fase de processo de transição. Os pais precisam tornarem-se peritos no cuidar do bebê, incluindo as atividades dos cuidados físicos, registrando as pistas de comunicação que este lhes dá como forma de indicar as suas necessidades e respondendo-lhe adequadamente a essas necessidades. A auto-estima cresce com a competência.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

“A fase metodológica consiste em definir os meios para
realizar a investigação”

Fortin (2009)

A presente investigação passou pela fase conceptual, fase metodológica e a fase empírica de que resulta o presente relatório.

3.1 Paradigma e tipo de estudo

O estudo assenta no paradigma quantitativo, tendo por objeto explorar relações, padrões ou regularidades nas variáveis em estudo, bem como descrevê-las, sendo, por isso, um estudo do tipo descritivo-correlacional (Fortin, 2009; Hicks, 2006). Este estudo é também transversal uma vez que, ocorre num único momento em oposição aos estudos de acompanhamento ou longitudinais. Tem como objetivo medir a frequência de um acontecimento numa certa população num dado momento (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), a investigação descritiva, inscrita num paradigma quantitativo, tem como objetivo descobrir novos factos, descrever fenómenos existentes e determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. A investigação correlacional apoia-se nos estudos descritivos e visa estabelecer relações entre conceitos/variáveis.

3.2 População

A população define-se como um conjunto de elementos que têm características comuns. O que se visa obter é que todos os elementos apresentem as mesmas características. A população que é objeto de estudo é chamada de “população alvo. A

população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder. Tanto quanto possível, ela deve ser representativa da população alvo (Fortin, 2009).

Para definir uma população é preciso estabelecer, primeiro, critérios de seleção dos elementos que a comporão (Fortin, 2009).

No presente estudo, a população acessível consiste nas mães de recém-nascidos saudáveis até ao 2.º mês de idade, inscritas na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, nomeadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a saber: UCC da Sra. da Hora, UCC de Matosinhos, UCC de S. Mamede de Infesta e UCC de Leça da Palmeira. Foi fornecida ao investigador, pelas UCC's, as listas de todos os recém nascidos até dois meses de idade inscritos nas UCC's pertencentes à ULS de Matosinhos, e, a partir dessas mesmas listas, foi conseguido o contacto telefónico das respetivas mães. Partindo do pressuposto que foram fornecidas todas as listagens que correspondem à população em estudo, foram contactadas todas as 176 possíveis participantes que constituíam a população mas, apenas 100 (aproximadamente 57%) aceitaram participar no estudo

3.3 Instrumento de recolha de dados

Na primeira fase procurou-se definir o instrumento de recolha de dados que permitisse responder às questões de investigação. De acordo com os objetivos do estudo optou-se, como instrumento de recolha de dados, pelo formulário que consiste numa entrevista altamente estruturada. O formulário é constituído por três partes: a primeira, constituída com dados relativos à caracterização da amostra; a segunda, constituída com dados relativos à literacia tecnológica; e, a terceira parte, constituída com dados relativos à autoeficácia percebida nos cuidados ao filho (Escala da Autoeficácia Percebida nos Cuidados ao Filho – PAE_CF).

Para a caracterização da amostra foram incluídas variáveis atributo que incluem os dados sociodemográficos e obstétricos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis atributo caracterizadores das participantes

Dados Sociodemográficos e obstétricos	Mãe	Idade (anos) Nível de escolaridade (anos) Profissão Estado Civil Paridade (número de filhos) Frequência ao curso de preparação para a parentalidade (Sim/Não)
	Pai	Idade (anos) Nível de escolaridade (anos) Profissão
	Recém nascido	Idade (em semanas)

A literacia tecnológica das mães foi caracterizada em cinco dimensões: (1) acesso aos recursos tecnológicos; (2) frequência de uso; (3) utilidade percebida; (4) intenção para o uso; e, (5) preferência dos recursos – ranking de preferência (Quadro 2.).

Quadro 2. – Variáveis destinadas a caracterizar a literacia tecnológica

RECURSOS:	Acesso	Saber Utilizar	Se NÃO sabe utilizar	Se sabe utilizar		Ranking
			Alguém o ajuda	Frequência de utilização	Intenção para uso	
Dispositivos de voz; Dispositivos de mensagem escrita: SMS; Dispositivos de mensagem escrita: Email; Dispositivos de Imagem; Internet (Dispositivo fixo/móvel)	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	1 a 4	Sim/Não	1 a 5

Para caracterizar o acesso à informação sobre a saúde na internet foram definidas as variáveis apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis destinadas a caracterizar o uso de internet

Internet	Disponibilização da Informação em saúde				Utilização			
	Facilidade de compreensão	Utilidade percebida	Credibilidade	Reconhecimento de sites fidedignos	Motores de busca	Portais de saúde	Blog's	Redes sociais
	1 a 4	1 a 4	1 a 4	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não

Como base teórica foi utilizado o modelo TAM (*Technology Acceptance Model*), que remete para a utilidade e facilidades percebidas no uso das novas tecnologias. Neste modelo, a utilidade percebida é definida como o grau em que cada pessoa acredita que o uso de uma determinada tecnologia irá melhorar o seu desempenho. Por seu turno, a facilidade de uso percebida refere-se ao grau em que uma pessoa acredita que o uso de uma tecnologia específica será livre de esforço. A facilidade de uso percebida explica a percepção da mãe do esforço necessário para utilizar sistemas novas tecnologias ou o grau em que a mãe acredita que o uso de uma determinada tecnologia será fácil. As mães podem acreditar que uma determinada aplicação é útil, mas podem, ao mesmo tempo, acreditar que a tecnologia é difícil de usar e que os benefícios de desempenho de uso são ultrapassados pelo esforço de usar determinado recurso tecnológico, dando termo à intenção de uso desse mesmo recurso. Com base neste modelo pode compreender-se o comportamento das mães relativamente ao recurso tecnológico (Sandberg & Wahlberg, n.d.).

O conjunto das variáveis destinadas a caracterizar a literacia tecnológica são comuns a outros estudos incluídos no projeto PACI – SAÚDE, como já foi dito anteriormente.

A escala de Autoeficácia Percebida nos Cuidados foi desenvolvida por Cardoso (2011). A conceção deste instrumento teve por propósito obter a percepção da mãe sobre a sua capacidade e sucesso no desempenho das tarefas parentais. A autoeficácia percebida nos cuidados ao filho foi definida por Cardoso (2011) como a percepção da mãe relativamente à sua própria capacidade para, com efetividade, gerir uma variedade de situações e de realizar, com sucesso, as tarefas relacionadas com as necessidades da criança, de modo a facilitar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

A decisão por usar este instrumento teve por base dois argumentos. Por um lado, a autoeficácia tem sido entendida como uma aproximação relevante à previsão dos comportamentos relacionados com a saúde permitindo, de algum modo, a prever os comportamentos parentais (Cardoso, 2011). Por outro, a definição dos itens que a

constituem teve por base o conteúdo e a estrutura do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP), desenvolvido a partir da identificação das necessidades de aprendizagem de mães portuguesas. Na escala está contemplada a avaliação da autoeficácia percebida em nove competências parentais:

- Assegurar a higiene e manter a pele saudável;
- Vestir/despir;
- Tratar do coto umbilical;
- Amamentar;
- Lidar com as complicações decorrentes da amamentação;
- Alimentar o meu filho por biberão;
- Lidar com o choro;
- Promover a vigilância da saúde;
- Garantir a segurança e prevenir acidentes.

A autoeficácia percebida da mãe nos cuidados ao filho foi mensurada de acordo com o nível de concordância com a afirmação, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos (entre diferenciais semânticos), na qual o '1' representava total discordância e '4' total concordância com a afirmação. De acordo com a autora da PAE_CF, a opção por uma escala de quatro pontos teve por fundamento dirigir uma tendência para o posicionamento num dos pólos opostos (discordo/concordo) e evitar a escolha de um ponto intermédio. A consistência interna, avaliada pelo alpha de *Cronbach*, para a escala AEP_CF foi de 0,808 (Cardoso, 2011).

A PAE_CF foi desenvolvida para avaliar a autoeficácia percebida nas primeiras semanas após o regresso a casa após o parto. Neste estudo, procurou-se avaliar a autoeficácia percebida pelas mães em torno do 1.º/2.º mês de idade da criança. Por isso, a resposta a alguns dos itens estava condicionada em função de estar "presente", ou não. Por exemplo, relativamente à competência *consigo amamentar o meu filho* foi previamente perguntado se amamenta, e, se a resposta for positiva procedeu-se à questão. Se a resposta foi negativa, apenas é perguntado o motivo de não amamentar. Do mesmo modo, no que diz respeito à competência *consigo lidar com as complicações* durante a amamentação foi previamente questionado se teve alguma complicação durante a amamentação. Se a resposta fosse positiva, era questionado qual a complicação que teve/tem e posteriormente procedeu-se às questões seguintes referentes à autoeficácia percebida. Se a resposta for negativa avançava-se para a avaliação da autoeficácia percebida na competência seguinte.

Em relação à competência parental: *tratar do coto umbilical*, mesmo sabendo que no momento previsto para a recolha de dados, o coto umbilical já teria caído e o processo de cicatrização da ferida umbilical já teria terminado, decidiu-se manter no sentido de compreender a autoeficácia percebida na altura e se houve procura de informação sobre o assunto.

Associada à avaliação da autoeficácia percebida, foi perguntado se existiram dúvidas sobre esses mesmos assuntos, sendo a resposta do tipo dicotómicas (Sim/Não). Se a resposta fosse positiva, era questionado o momento em que a dúvida surgiu através de perguntas de resposta simples (“gravidez” – se “sim”, no “início?” ou “no fim?”; “após o nascimento”, e se sim, “durante o internamento”, na “1.ª semana após o regresso a casa” ou “após a 1.ª semana de regresso a casa”). Posteriormente foi questionado se a mãe procurou informação para colmatar as dúvidas, se a resposta for positiva, a mãe seleciona qual ou quais os recursos que utilizou. Também foi questionada a utilidade da informação, através da escala tipo *Likert* de quatro pontos, e a opinião sobre a informação encontrada com uma pergunta de resposta aberta com o objetivo de as mães verbalizarem e descreverem criticamente o formato físico e teórico do conteúdo informacional encontrado.

O formulário resultante constitui o guião da entrevista estruturada, que foi realizada por telefone.

Foi realizado um pré-teste da entrevista telefónica uma vez que, segundo Polit et al. (2004), os instrumentos esboçados são, em geral, revisados criticamente pelos colegas ou colaboradores, e então pré-testados numa amostra pequena de respondentes. O pré-teste corresponde a um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração dos dados necessários para responder às questões de investigação.

Depois de realizado o pré-teste foram realizados alguns ajustamentos relativamente à formulação de perguntas, resultando o formulário final para o passo seguinte: a recolha de dados (Anexo 1).

3.4 Procedimento de recolha de dados

A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim (Fortin, 2009).

Foi fornecida ao investigador, pelas UCC's, as listas de recém nascidos até dois meses de idade, e, a partir dessas mesmas listas, foi conseguido o contacto telefónico das respetivas mães. A partir do momento que foi autorizada a recolha de dados na ULS de Matosinhos (Anexo 2), as enfermeiras responsáveis tinham autorização de obter e fornecer ao investigador estas mesmas listas. Foi fornecida a primeira lista a 20 de junho, a segunda lista a 20 de julho e a terceira lista a 20 de setembro de 2012.

A recolha de dados resultou das entrevistas telefónicas realizadas pela investigadora nas UCC's em questão, com o consentimento de utilização do telefone de cada instituição.

Segundo Polit et al. (2004), a entrevista por telefone tem a vantagem da agilidade de permitir o acesso a pessoas distantes e permite o acesso a um maior número de correspondentes. É, também, menos dispendiosa. Sempre que possível, foi combinado um horário e foi sempre referido o tempo de duração (cerca de 15 minutos), permitindo que a fonte estivesse tranquila e preparada.

Ao contactar as puérperas, inicialmente foi realizada a apresentação da investigadora, sendo as mães, de imediato, informadas sobre de que local estavam a ser contactadas e como foi conseguido o número de telefone, os objetivos do estudo, o tempo de duração esperado da entrevista, garantido a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos, questionando o interesse em participar.

Às mães que reuniam critérios para participarem no estudo foram feitas até seis tentativas de contacto. Após seis tentativas ignoradas deixou de se considerar o caso legítimo para a amostra. Os casos em que, desde logo, afirmavam não querer participar no estudo saíram das listagens elaboradas. Inicialmente o contacto com as participantes era realizado de manhã mas, devido à dificuldade em as participantes atenderem o telefone nesse horário, as entrevistas começaram a realizar-se durante a tarde, três vezes por semana, das 14horas 30minutos às 17horas 30min.

A recolha de dados estendeu-se ao longo de quatro meses, desde 20 de junho de 2012 a 20 de outubro de 2012, aceitando colaborar na entrevista telefónica 100 mães.

As principais dificuldades na obtenção da participação por parte das mães remetem para: não atenderem o telefone/telemóvel ou referirem não ser o momento apropriado para a entrevista e, numa outra tentativa de contacto, não atenderem o telefone por seis tentativas, em dias diferentes, até se considerar que não queriam participar.

3.5 Análise e tratamento dos dados

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS® 21.0. Recorreu-se à estatística descritiva para caracterizar a amostra e descrever os dados em termos das características com maior interesse (Polit et al., 2004). Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente às frequências e respetivos valores percentuais, às médias, como medida de tendência central, e ao desvio padrão, como medida de dispersão.

Para análise da diferença entre grupos, não se observando os pressupostos subjacentes aos testes paramétricos, foram usados testes não paramétricos, nomeadamente o teste U de Mann-Whitney (dois grupos) e teste Kruskal-Wallis (três ou mais grupos) (Martins, 2011). O teste U de Mann-Whitney averigua se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente diferem. Permite comparar dois grupos ao nível de uma variável ordinal. O teste Kruskal-Wallis averigua se há diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal (Martins, 2011).

Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I de 0,05 em todas as análises inferenciais (Marôco, 2010).

Diferentes tipos de fidelidade podem ser avaliados: a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (Fortin, 2009). Para avaliar a fidelidade a partir da análise da consistência interna foi utilizado o *alpha* (α) de Cronbach. Os critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo *alpha* de Cronbach são definidos por vários autores, variando o limiar da sua aceitabilidade em tornos dos 0,60 (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Para efeitos de interpretação dos valores de *alpha* de Cronbach, George & Mallery (2003) propõem a seguinte classificação: $\geq 0,90$ – Excelente, $\geq 0,80 < 0,90$ – Muito bom, $\geq 0,70 < 0,80$ – Bom, $\geq 0,60 < 0,70$ – Aceitável, $\geq 0,50 < 0,60$ – Questionável, $< 0,50$ – Pobre.

Os dados foram organizados e apresentados através de tabelas.

3.6 Considerações éticas

Qualquer investigação conduzida junto a seres humanos, deve ser avaliada do ponto de vista ético (Fortin, 2009). Os três princípios éticos fundamentais na pesquisa e incorporados na maioria das diretrizes são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. A beneficência envolve a proteção dos participantes de danos físicos e psicológicos. O respeito pela dignidade humana inclui o direito dos participantes à autodeterminação, o que significa que os participantes têm a liberdade de controlar, inclusive a sua participação voluntária no estudo. A justiça inclui o direito ao tratamento justo e à privacidade (Polit et al., 2004).

Para empreender a recolha de dados, a investigadora deve fazer certas diligências preliminares (Fortin, 2009). Em primeiro lugar foi pedida a autorização para conduzir o estudo nas instituições implicadas, à qual foi obtida autorização (Anexo 2). Foi solicitado o pedido de autorização em nome do projeto PACI – Saúde e, conseqüentemente, foi autorizado a realização de todos os estudos implicados.

Sendo decidido que a recolha de dados seria realizada através de entrevista por telefone, a investigadora obteve a autorização pessoal de cada uma das participantes para realizar a entrevista. Algumas participantes tiveram um contacto prévio da enfermeira de família para assegurar a disponibilidade para participarem no estudo, não invalidando que a investigadora obtivesse, mesmo assim, a autorização pessoal (consentimento informado) de cada uma das participantes para realizar a entrevista. O ideal seria que todas as participantes tivessem tido um contacto prévio por parte da enfermeira de família. Todavia, foram contactadas as potenciais participantes quando havia um motivo por parte da enfermeira de família que não exclusivamente o estudo em desenvolvimento. Em alguns casos, o primeiro contacto com a possibilidade de ingresso no estudo, foi realizado pela investigadora aquando do contacto telefónico. Porém, sempre que tal ocorria, havia maior preocupação na explicitação dos objetivos do estudo e afirmação do caráter voluntário da participação.

Em todos os contactos telefónicos realizados e de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, a investigadora apresentou-se, explicou sumariamente o estudo, explicitou o tempo aproximado da duração da entrevista, garantiu a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados visa produzir um discurso de resposta aos objetivos/questões de investigação. Assim, este capítulo está dividido em três partes, uma referente à caracterização sociodemográfica das participantes, outra referente à caracterização da literacia tecnológica e, uma outra, referente à caracterização da autoeficácia percebida nos cuidados ao filho. O objetivo da discussão de resultados é discutir os resultados obtidos, à luz dos estudos disponíveis, tentando evidenciar os achados que apoiam, ou contestam, os resultados de outros estudos.

4.1 Caracterização sociodemográfica

A importância dos dados sociodemográficos é justificado por Lowdermilk e Perry (2008) que afirmam que a forma como os pais reagem ao nascimento é influenciada por vários fatores incluindo a idade, redes sociais, cultura, situações socioeconómicas e aspirações pessoais para o futuro.

As mães que participaram no estudo pertencem à área de influência da ULS de Matosinhos sendo que, 31% das mães que responderam ao formulário pertencem à UCC de S. Mamede de Infesta, 28% pertencem à área de influência da UCC de Leça da Palmeira, 26% pertencem à UCC de Senhora da Hora e 15% pertencem à UCC de Matosinhos.

Quanto à escolaridade das mães, 40% das mães tem ensino superior, 29% possui ensino secundário, 24% tem o 3.º ciclo, 6% tem o 2.º ciclo e 1% das mães têm o ensino básico - 1.º ciclo (Tabela 1).

Relativamente à profissão, a amostra foi organizada em função das doze categorias da classificação das profissões. Assim, 35% das mães integram a categoria: especialistas das profissões intelectuais e científicas, 18% são técnicas e/ou

profissionais de nível intermédio, 17% são operárias ou artífices ou trabalhadoras da montagem, 13% estão desempregadas, 4% são administrativas ou similares, 3% são domésticas, 2% são pessoal dos serviços e vendedores, 2% fazem parte dos quadros superiores da administração pública ou dirigentes ou de quadros superiores da empresa 1% é estudante e 1% é operadora de instalações e máquinas ou trabalhadora da montagem. No que se refere ao estado civil, 86% das mães estão casadas/união de facto, 13% das mães são solteiras e 1% das mães está divorciada. Constatou-se que 64 (%) foram mães pela primeira vez, 34 (%) pela segunda vez e 2 (%) referem ter três ou mais filhos. No que concerne a frequência dos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, 67% das mães frequentaram as aulas de preparação para a parentalidade e parto (Tabela 1). Cardoso (2011) apresentou como resultado valores idênticos aos do presente estudo no que concerne à frequência aos cursos de preparação para o parto e/ou parentalidade. A autora acima referida afirma que a maioria das mães com formação de nível superior e as mães com formação de nível secundário frequentam as sessões de preparação para a parentalidade, ao contrário das mães com formação de nível básico, o que se verificou, igualmente, no presente estudo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes (%)

		% (n=100)
Escolaridade	Básico – 1 ciclo	1%
	Básico - 2 ciclo	6%
	Básico – 3 ciclo	24%
	Secundário	29%
	Ensino Superior	40%
Profissão	Desempregada	13%
	Doméstica	3%
	Estudante	1%
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	35%
	Operadora de instalações e maquinas ou trabalhadora da montagem	17%
	Operárias ou artífices ou trabalhadoras da montagem	4%
	Administrativas ou similares	2%
	Quadros superiores da administração pública ou dirigentes ou de quadros superiores da empresa	2%
	Técnicas e/ou profissionais de nível intermédio	18%
Estado civil	casada/união de facto	86%
	Divorciada	1%
	Solteira	13%
Frequência das aulas de preparação para a parentalidade	Sim	67%
	Não	33%
Paridade	Primípara	64%
	2.º filho	34%
	≥ 3 filhos	2%

A idade das mães varia entre os 20 e os 44 anos, com idade média de 30,04 anos. Já Cardoso (2011) apresentou como média da idade das mães de 29 anos. Apesar da amostra do presente estudo ser muito inferior à utilizada por Cardoso (2011) é notória a tendência crescente das mães terem os filhos cada vez mais tarde, justificado por diversos motivos de ordem profissional, económico, entre muitos outros. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, em 2012, é de 29,5 anos. Emmanuel et al. (2008) referem que o desenvolvimento do papel materno após o parto pode ser adversamente afetado pela elevada idade materna. Ponto de vista contrário é exposto por Lachance-Grzela e Goguen (2008) defendendo que o adiamento da maternidade para uma idade mais avançada tem efeitos positivos. Segundo Cardoso (2011), a idade da mãe surge como uma variável que influencia o nível de conhecimento, ou seja, as mães com idade superior a 29 anos revelam maior nível de conhecimento nas competências: amamentar; alimentar com biberão; assegurar a higiene e manter a pele saudável; lidar com o choro; garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e, preparar o enxoval. No entanto, por exemplo, Santos (2011) não conseguiu confirmar a hipótese de que a idade influencia as preocupações maternas durante as primeiras três semanas de pós-parto.

Quanto ao número de filhos, as mães têm no mínimo um filho e no máximo três, sendo a média de 1,38 filhos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) o índice sintético de fecundidade é de 1,28, em 2012.

Relativamente às participantes, 64 (%) mães referem ser primíparas, 34 (%) afirmam ser mães pela segunda vez e 2 (%) mães referem ter três ou mais filhos, daqui pode retirar-se mais uma justificação para o número de mães elevado que tenham frequentado ou frequentem o curso de preparação para o parto e ou parentalidade, ou seja, consciencialização da necessidade de desenvolverem competências parentais e estarem mais bem preparadas para a nova etapa da vida.

A verdade é que nas múltiparas é esperado outro nível de conhecimento ou necessidades. Facto este observado por Cardoso (2011) uma vez que, as mães que já tinham outros filhos (múltiparas) revelaram maior nível de conhecimentos.

A idade dos recém-nascidos varia entre as 2 semanas e as 8 semanas, com média de idades de 6,41 semanas.

Foram colhidos dados referentes à caracterização dos pais. Destaca-se que relativamente à escolaridade 59% dos pais têm o ensino secundário ou superior, ao nível profissional, a maioria dos pais estão colocados na área científica e tecnológica para que estudaram e possuem cargos de dirigentes, administração e gestores de empresas. Já a idade dos pais varia entre os 22 e os 53 anos e a média de idades é de 32,06 anos.

4.2 Caracterização da literacia tecnológica

Os resultados referentes à literacia tecnológica das mães dizem respeito ao acesso, a facilidade, a frequência de uso e preferência dos recursos didáticos tecnológicos, para além de se focarem na procura de informação através da internet.

Acesso:

No que se refere ao acesso aos recursos tecnológicos, 100% das mães referiram ter acesso aos dispositivos de voz, mensagens escritas e internet e 97% referiram ter acesso a vídeo/DVD. De facto, no que diz respeito à internet, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), em Portugal existem 1 086 304,3 de agregados domésticos privados em que pelo menos um indivíduo com idade entre 16 e 74 anos tem ligação à internet em casa através de banda larga.

Facilidade e frequência de uso:

Todas as mães referiram que sabem utilizar o telemóvel com “*muita facilidade*” (nível 4 da escala de apreciação da facilidade percebida) e usam-no “*diariamente*” (nível “4” da escala de apreciação da frequência percebida).

De igual forma, todas as mães referem saber utilizar as mensagens escritas de telemóvel sendo que, a grande maioria, 95 (%) mães referiram ter “*muita facilidade*” (nível 4). No que concerne à frequência de uso das mensagens escritas de telemóvel, 73 (%) mães referiram que utilizam “*diariamente*” (nível 4) e 17 (%) mães afirmaram utilizar “*frequentemente*” (nível 3), como forma de comunicação.

No que diz respeito ao vídeo/DVD, 99 (%) participantes referiram saber utilizar o vídeo/DVD, sendo que 1 (%) mãe referiu não saber utilizar o vídeo/DVD e não vive com ninguém que a possa ajudar a utilizar o vídeo/DVD. Das 99 mães que referiram saber utilizar o vídeo/DVD, 82,8 (%) mães referiram terem “*muita facilidade*” na utilização do vídeo/DVD. Relativamente à frequência de uso do vídeo/DVD, 45 (%) mães referiram

utilizar o vídeo/DVD “*algumas vezes*”, 28 (%) mães referiram utilizar “*raramente*” o vídeo/DVD, 20 (%) mães referiram utilizar “*frequentemente*” e 6 (%) mães afirmaram utilizar “*diariamente*”.

No caso da internet, apenas 2 (%) mães referiram que não a sabem utilizar. Das 98 mães que a sabem utilizar, 92,9% referiram ter “*muita facilidade*”. No que se refere à frequência de uso da internet, 73,5% das mães referiram que utilizam “*diariamente*” a internet (Tabela 2). Os 2% das mães que referiram não saber usar a Internet, vivem com alguém que as pode ajudar a utilizar a internet.

Os resultados positivos referentes à frequência e facilidade de uso dos recursos tecnológicos podem ser justificado pela faixa etária das participantes e pelo país/cultura em que estão inseridas.

Tabela 2. Facilidade e frequência de uso dos recursos (%)

	Saber utilizar		Facilidade				Frequência			
	Sim	Não	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 1	Nível 2	Nível3	Nível 4
Telemóvel	100	-	-	-	-	100	-	-	-	100%
Mensagens escritas telemóvel	100		1	1	3	95	6	4	13	73
Dispositivos de vídeo/DVD	99	1	-	3	14,1	82,8	28	45	20	6
Internet	98	2	-	2	5,1	92,9	4,1	6,1	16,3	73,5

Procura da informação através da internet

No que concerne à pergunta “*Já procurou informação na Internet relativamente a como cuidar do seu filho/filha?*” 13% das mães responderam negativamente.

No presente estudo, 87% das mães referiram que já haviam procurado informação na internet relativamente aos cuidados ao filho/filha, 41 mães referiram fazê-lo “*frequentemente*”, 32 mães referem que o fazem “*algumas vezes*”, 10 mães fazem-no “*diariamente*” e, somente, 4 mães referiram que o fazem “*raramente*”. Os valores muito elevados de adesão ou possível adesão à internet como recurso didático são também verificados por Cardoso (2011) que referiu que a maioria das mães com formação de nível superior e secundário indicam a internet como fonte de informação. Bliemel e Hassanein (2007) verificaram que a internet é utilizada pelos consumidores para

localizar e avaliar as informações relacionadas com a saúde, para efeitos de auto-educação e recolha de dados para permitir uma tomada de decisão informada.

Relativamente à informação disponibilizada na internet, 81% das mães consideraram a informação entre o “*compreensível*” e o “*muito compreensível*”, entre o “*útil*” e o “*muito útil*” e 75% das mães consideraram a informação disponibilizada na internet entre o “*credível*” e o “*muito credível*”. Bliemel e Hassaneim (2007) afirmaram que a qualidade do conteúdo, a adequação técnica e a confiança explica uma grande proporção na variação na satisfação do consumidor na procura de informações de saúde *on-line*. A aparência e conteúdo específico em *sites* desempenham um papel muito menor na satisfação do consumidor na procura de informações de saúde *online*.

Utilidade percebida da Informação

No que se refere à utilidade da informação, a maioria considerou a informação entre o “*útil*” (39%) e o “*muito útil*” (42%). No caso da credibilidade da informação, 61 mães acharam a informação “*credível*” (nível 3) e 14 mães acharam-na “*muito credível*” (nível 4).

No presente estudo, 60% das mães afirmaram que reconhecem as informações/*sites* fidedignos, 93% afirmaram que utilizam motores de busca, 56% acedem a portais de saúde, 51% acedem a *blogs* e 85% das mães acede a redes sociais. Segundo Weaver et al. (2010), a internet é a principal fonte de informação entre os jovens porém, torna-se claro que os jovens não são apenas usuários frequentes da internet, mas também dependem fortemente de motores de busca como o *Google* para localizar informações de saúde. Segundo Heilferty (2009) a pesquisa em *blogs* pode ajudar a ilustrar as disparidades de fatores culturais ou socioeconómicos dentro e entre as nações relacionados ao uso de internet global e a literacia em saúde

Intenção de uso

No que concerne à intenção de uso, 95% das mães pretendem usar a plataforma na internet, 85% pretendem usar dispositivos de vídeo/DVD como recursos didáticos, 83% das mães pretendem usar dispositivos de voz e 4% pretendem usar dispositivos de mensagens.

Preferência dos recursos didáticos

No que diz respeito à preferência dos recursos didáticos, foi pedido às mães que os avaliassem de 1 a 5, por ordem crescente. Sendo que a 1.^a preferência seria

avaliada por “1” e assim sucessivamente até à última preferência avaliada por “5”. Tal como demonstra a tabela 3., a internet é o recurso preferido pelas mães.

Tabela 3. Preferência dos recursos didáticos

Recursos didáticos	Disp. Voz	SMS's	Email	Vídeo/DVD	Internet
1. ^a preferência	30	2	4	3	62
2. ^a preferência	18	14	44	6	17
3. ^a preferência	35	10	20	25	10
4. ^a preferência	15	31	17	29	9
5. ^a preferência	2	43	15	37	2
Total	100	100	100	100	100

No presente estudo, as escolhas, relativamente à preferência dos recursos didáticos, colocadas em último lugar são os dispositivos de mensagens escritas de telemóvel e dispositivos de vídeo/DVD. Kuo, Chen, Lin, Lee e Hsu (2009) concluíram que o inconveniente da informação estar disponível para vídeo/DVD é que tem de se começar desde o início cada vez que se quiser assistir ao vídeo, leva muito tempo se quiser rebobinar o vídeo ou a escolher um segmento específico. O conteúdo é também estático e não pode ser revisto regularmente, ou seja, se necessário, tem de se substituir todo um vídeo/DVD para a atualização da informação. Além de superar as vantagens limitadas do vídeo, a internet também permite que as mulheres possam escolher títulos específicos do que querem aprender, podem vê-lo sempre que quiserem, os enfermeiros também podem rever a informação e atualizá-la *on-line* regularmente, e, finalmente, o custo deste método é muito mais baixo do que o vídeo (Kuo et al., 2009). No entanto, Cardoso (2011) verifica que as mães que não recorrem à internet revelam maior nível de conhecimento. Podendo ser explicado pelo facto de ainda não existirem disponíveis, em Portugal, intervenções *web-based* construídas propositadamente para o efeito.

4.3 Caracterização da autoeficácia percebida nos cuidados ao filho

No presente estudo, os resultados traduzem, também, a autoeficácia percebida materna nas seguintes nove competências parentais em estudo:

- Competência 1. Assegurar a higiene e manter a pele saudável;
- Competência 2. Vestir/despir;
- Competência 3. Tratar do coto umbilical;
- Competência 4. Amamentar;
- Competência 5. Lidar com as complicações decorrentes da amamentação;
- Competência 6. Alimentar o meu filho por biberão;
- Competência 7. Lidar com o choro;
- Competência 8. Promover a vigilância da saúde;
- Competência 9. Garantir a segurança e prevenir acidentes.

Foi pedido às participantes que se autoavaliassem relativamente à autoeficácia em cada competência sendo o nível 1 considerado como “*discordo totalmente*”, o nível 2 considerado como “*discordo*”, o nível 3 relativo ao “*concordo*” e o nível 4 relativo ao “*concordo totalmente*”. Dos resultados é notória, uma tendência para autoavaliarem-se num nível positivo. A grande maioria das mães tem uma perceção de autoeficácia muito alta em todas as competências estudadas (Tabela 4.). De salientar que a competência que apresenta maior variedade de resultados, no que concerne aos níveis de autoeficácia percebida, é a “amamentação” (competência 4.). A amamentação é a única competência que apresenta como resultados todos os níveis possíveis de autoeficácia percebida (nível 1, 2, 3 e 4).

Tabela 4. Percentagem de participantes no nível da concordância/ discordância na autoeficácia percebida nas competências parentais

Autoeficácia percebida (AEP_CF)	Comp.1 n=100	Comp.2 n=100	Comp.3 n=100	Comp.4 n=82	Comp.5 n=35	Comp.6 n=29	Comp.7 n=100	Comp.8 n=100	Comp.9 n=100
Discordo totalmente	-	-	-	1,2%	-	-	-	-	-
Discordo	-	-	1%	1,2%	-	-	4%	3%	-
Concordo	8%	3%	5%	20,8%	8,6%	3,4%	41%	28%	2%
Concordo totalmente	92%	97%	94%	76,8%	91,4%	96,6%	55%	69%	98%

Para a análise dos níveis de autoeficácia percebida, organizou-se o score da autoeficácia percebida em quatro níveis. Nesta análise, foram retirados os resultados relativos às competências 5 e 6 por apresentarem N inferior às restantes competências. Na verdade, as 100 participantes responderam às questões referentes a todas as

competências com exceção das competências quatro (n=82), cinco (n=35) e seis (n=29).

Assim, o score máximo da escala PAE_CF seria de 28. Para a análise dos scores totais estabeleceram-se três categorias: [0-9[- *baixa*; de [9-19[- *moderada*; e, de [19-28[- *elevada*. Verifica-se que no somatório dos valores de autoeficácia percebida o valor do mínimo é igual a 16 (nível de autoeficácia percebida moderada), o valor de máximo é igual a 24 (nível de autoeficácia percebida elevada) a moda é igual a 24 (nível de autoeficácia percebida elevada), a mediana é igual a 23 (nível de autoeficácia percebida elevado) e a média é igual a 22,74 (nível de autoeficácia percebida elevada), tendo o desvio padrão o valor de 1,34082.

A tendência das mães para considerarem a autoeficácia a um nível positivo e elevado, nesta fase, no desempenho das diversas competências parentais avaliadas pode ser justificado por Porter e Hsu (2003) que concluíram que, independentemente da fase da transição (período pré-natal, um mês de puerpério e três meses de puerpério), as variáveis demográficas, incluindo a idade da mãe, a situação de emprego (*full-time*, *part-time*, e desempregados), o rendimento familiar, o tempo de casamento, a escolaridade e o sexo da criança não influenciavam, nesta fase, a autoeficácia percebida das mães. Os mesmos autores referiram que apesar das diferenças individuais das mães, são observados aumentos significativos na eficácia materna ao longo do tempo, do período pré-natal até 3.º mês de puerpério. As crenças das mães relativamente às suas capacidades de executar as tarefas podem mudar, de uma maneira geral, a percepção da autoeficácia.

Numa possível contribuição para a explicação do elevado nível de autoeficácia percebida das mães, constata-se que o presente estudo também verifica que a grande maioria das mães frequentam ou frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade, uma vez que, segundo Cardoso (2011), as mães que demonstram maior nível de conhecimentos são as que frequentam as sessões de preparação para o parto e parentalidade

No entanto, Cardoso (2011) refere que as mães que revelam maior nível na autoeficácia percebida são as que já têm outros filhos e as que têm experiência anterior nas tarefas parentais. Igualmente, Kuo, Chen, Lin, Lee e Hsu (2009) afirmam que as primíparas normalmente exigem maior dose e intensidade de intervenções do domínio “ensinar” do que as múltiparas. No mesmo sentido, Drake, Humenick, Amankwaa, Younger e Roux (2007) afirmam que o número de filhos tem uma relação positiva e significativa com a responsividade materna. Factos estes, que não foram verificados no

presente estudo uma vez que, 64% das puérperas são primíparas e entre 96% e os 100% autoavaliaram-se em nível “3” ou nível “4” de autoeficácia. Este achado pode ser explicado pelo momento em que foram realizadas as entrevistas telefónicas

Como já foi referido anteriormente, no estudo original, que usou a escala de PAE-CF, o valor do *alpha de Cronbach* foi de 0,808. Neste estudo, o valor de *alpha* que determina a consistência interna é de 0,60, considerado por alguns autores um valor *aceitável* (Marôco & Garcia-Marques, 2006; George & Mallery, 2003).

Na análise dos resultados procurou-se também averiguar se existiria relação entre a autoeficácia percebida e as características sociodemográficas, nomeadamente, a escolaridade, a profissão, a idade, o estado civil e a paridade. Dos resultados, constatou-se que somente aa nível da escolaridade é que se verificou diferença significativa no que toca à autoeficácia percebida. Foi utilizado o teste Kruskall-Wallis para verificar se existia diferença entre as mães com o “*ensino básico do 1.º até ao 3.º ciclo*”, “*ensino secundário*” e “*ensino superior*” relativamente a autoeficácia percebida (tabela 5.).

Tabela 5. Diferenças ao nível da autoeficácia percebida em função da escolaridade das mães (Teste Kruskall-Wallis)

	Grau de escolaridade das mães			X ²
	Ensino básico 1.º até ao 3.º ciclo (n=24)	Ensino secundário (n=23)	Ensino superior (n=35)	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	
Autoeficácia percebida face à escolaridade	53,04	40,28	34,39	9,579

$p < .05$

Verifica-se que existem diferenças significativas ao nível da autoeficácia percebida face ao grau de escolaridade das mães. Para averiguar em que grupos a diferença era observada, realizaram-se testes de U de Mann-Whitney. Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre as mães com o “*ensino básico até ao 3.º ciclo*” e as mães com o “*ensino secundário*” (U=189, $p=0,049$) bem como entre as mães com “*ensino básico até ao 3.º ciclo*” e o “*ensino superior*” (U=230, $p=0,002$). Em ambas as situações foram as mães com “*ensino básico até ao 3.º ciclo*” apresentaram maior nível de autoeficácia total percebida. Não foi observada diferença significativa entre mães com o ensino secundário e mães com ensino de nível superior.

Relativamente à escolaridade das mães observa-se que 69% detém, no mínimo, o ensino secundário e 55% têm profissões que pertencem às categorias: *especialistas das profissões intelectuais e científicas, quadros superiores da administração pública ou dirigentes ou de quadros superiores da empresa e técnicas e/ou profissionais de nível intermédio*. Esta característica da amostra, ou seja, as mães com formação técnica e/ou científica no exercício das profissões pode ser uma das explicações para que a autoeficácia percebida nas várias competências avaliadas pelas mães serem tendencialmente de nível “4”. No mesmo sentido, Cardoso (2011), afirmou que as mães com formação de nível superior são as que revelam maior nível de conhecimentos em diversas competências parentais (nomeadamente no: amamentar; alimentar com o biberão; preparar a casa; promoção e vigilância da saúde; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal) e as mães com formação de nível secundário revelam maior nível no desempenho nas habilidades na competência: vestir e despir. Também, Navarro et al. (2011) concluíram que um menor nível de escolaridade tem um efeito negativo nos seis primeiros meses pós-parto, verificando que as mães com menor nível de escolaridade não tinham conhecimento e confiança em si mesmas, suficientemente, para executar o seu papel. Por seu turno, Graça et al. (2011) defendem que a escolaridade e a profissão podem influenciar as vivências da transição para a maternidade.

No presente estudo, as mães que possuem como escolaridade do ensino básico ao 3.º ciclo apresentam maior *score* ao nível da autoeficácia percebida. Já Santos (2011) não conseguiu confirmar a hipótese de que existe relação entre as habilitações literárias e as preocupações maternas durante as primeiras três semanas de pós-parto.

Na tabela 6 estão apresentados os resultados relativos ao número de participantes que, em cada competência, afirmaram terem tido dúvidas e procuraram informação. Em todas as competências parentais estudadas, verifica-se que menos de 50% das participantes referiram que têm ou tiveram dúvidas.

Tabela 6. Número de participantes, por competência, que referiram dúvidas e procuraram informação.

Participantes	Comp.1 n=100	Comp.2 n=100	Comp.3 n=100	Comp.4 n=82	Comp.5 n=35	Comp.6 n=29	Comp.7 n=100	Comp.8 n=100	Comp.9 n=100
Teve dúvidas	32	10	33	44	16	9	49	36	13
Procurou Informação	26	3	30	36	15	8	26	34	12

Autoeficácia percebida no assegurar a higiene e manter a pele saudável

No que diz respeito ao assegurar a higiene e manter a pele saudável do bebé, 100% das mães consideram-se eficazes (nível 3 ou nível 4), nesta competência, apesar de 32 (%) das mães afirmaram que tiveram dúvidas. Das 32 mães que tiveram dúvidas, cinco mães referem que as dúvidas surgiram no final da gravidez e 27 referiram que as dúvidas surgiram após o nascimento, das quais 16 mães referiram que as dúvidas surgiram durante o internamento, nove referiram que as dúvidas surgiram na 1.^a semana após o regresso a casa e duas referiram que as dúvidas surgiram após a 1.^a semana após o regresso a casa. Já Cardoso (2011) revelou que assegurar a higiene da criança tem sido associado a algum receio por parte das mães, expresso ainda durante a gravidez, justificado, por um lado, pela perceção da sua capacidade para manipular a criança na banheira e, por outro, pela perceção de vulnerabilidade da criança.

Existem diferenças significativas entre as mães que tiveram dúvidas após o nascimento e as que não tiveram ao nível da autoeficácia percebida total, ($U=501.5$, $p=0.039$). As mães que não tiveram dúvidas após o nascimento apresentam maior nível de autoeficácia.

No que diz respeito aos recursos utilizados para colmatar as dúvidas que surgiram 26 mães, das 32 que confessaram dúvidas, referiram que procuraram informação. Destas mães, quatro mães referiram como recursos didáticos os panfletos, 13 mães recorreram aos enfermeiros, uma mãe recorreu aos médicos, quatro mães recorreram aos familiares, quatro mães utilizaram a internet e uma mãe referiu os “*amigos profissionais de saúde*” e outra o “*babycenter*” como outras fontes de informação.

Relativamente às 26 mães que procuraram informação, estas classificaram-na como “*muito útil*” (nível 4), sendo que 24 mães afirmaram que a informação foi “*esclarecedora*” e duas mães referiram que a informação foi “*esclarecedora e útil*”.

Autoeficácia percebida no vestir/despir o bebé

A competência *vestir/despir o bebé* foi a que menos suscitou dúvidas às mães (10%) e a que condicionou uma menor necessidade de procura de informação (apenas três mães procuraram informação sobre esta mesma competência) e, talvez por isso, 100% das mães revelaram um nível elevado de autoeficácia percebida. Este resultado poderá dever-se ao facto de que, nesta fase, praticamente todas as mães já atingiram a

mestria no que concerne a esta competência por força do treinamento e das repetições sucessivas. Cardoso (2011) revela que uma das competências em que as mães obtiveram níveis mais elevados (nível “ *muito bom*”) em conhecimentos e/ou em habilidades foi na competência: vestir e despir o recém-nascido.

Das dez mães que referiram dúvidas após o nascimento, quatro mães referiram que as dúvidas surgiram mais precisamente durante o internamento, quatro mães afirmaram que as dúvidas surgiram na primeira semana após regresso a casa e duas mães referiram que as dúvidas surgiram após a 1ª semana de regresso a casa.

No entanto, para colmatar as dúvidas, apenas 3 (%) referiram que procuraram informação, uma mãe utilizou os panfletos, duas mães recorreram aos enfermeiros, duas mães recorreram aos médicos e uma mãe recorreu aos familiares.

Autoeficácia percebida no tratamento do coto umbilical

No que diz respeito a esta competência, 33 (%) mães referiram dúvidas. Sendo que, cinco referiram que as tiveram no final da gravidez e 30 referiram dúvidas após o nascimento - 18 mães referiram que essas dúvidas surgiram ainda no internamento, oito na primeira semana após o regresso a casa e quatro afirmam que as dúvidas surgiram após a primeira semana de regresso a casa - concluindo-se que duas das mães tiveram dúvidas tanto no final da gravidez como após o nascimento.

No que concerne à procura de informação, 30 mães admitem terem-na procurado. Dos recursos didáticos disponíveis que utilizaram para colmatar essas dúvidas, uma mãe utilizou livros, uma mãe utilizou panfletos, 26 mães recorreram aos enfermeiros, cinco mães recorreram aos médicos, uma mãe recorreu aos familiares, três mães utilizaram a internet e uma mãe referiu como outra fonte as colegas de quarto (puérperas).

Das 30 participantes que confessaram terem procurado informação, 28 (93,3%) mães consideraram a informação “ *muito útil*” (nível 4) e duas (6,7%) mães consideraram a informação “ *útil*” (nível 3) Relativamente à opinião da informação, 24 das mães consideraram-na “ *esclarecedora*”, uma mãe considerou-a “ *esclarecedora e precisa*”, uma mãe considerou-a “ *esclarecedora e tranquilizante*”, uma mãe considerou-a “ *esclarecedora e útil*”, uma mãe referiu que: “ *o problema é que a desinfeção do coto umbilical impressionou-me e normalmente quem o fazia era o meu marido*”, uma das

mães considerou-a “*objetiva*” e uma mãe considerou-a “*útil*”.

No que concerne à facilidade de uso dos recursos existe diferença significativa relativamente às mães que confessaram dúvidas sobre esta mesma competência e as que afirmaram não terem tido dúvidas ($U=839,5$; $p=0,013$). Verifica-se que a facilidade de uso dos recursos é superior nas mães que afirmaram não terem tido dúvidas relativamente ao tratamento do coto umbilical.

Nesta fase, em praticamente na totalidade dos casos, é suposto que o coto umbilical já tenha caído, ou seja, é esperada mestria no exercício desta competência parental.

Autoeficácia percebida na amamentação.

No que se refere à pergunta “*amamenta?*”, 18% das mães responderam negativamente. Das 18 mães que responderam que não amamentavam, justificaram-no com as seguintes respostas (tabela 7.):

Tabela 7. Frequência da classificação das justificações para abandono precoce da amamentação

Justificação para abandono precoce da amamentação (s.i.c.)	Frequência
" <i>Não pega na mama, retiro o leite com a bomba e depois dou com o biberão</i> "	1
" <i>Não pega na mama</i> "	1
" <i>Não tenho leite</i> "	6
" <i>O leite não alimentava</i> "	1
" <i>1.º utilizei suplemento por doença, depois, rejeitou a mama</i> "	1
" <i>Depressão pós-parto</i> "	1
" <i>É cansativo, tomei medicação para a secagem do leite</i> "	1
" <i>Infeção na sutura da cesariana</i> ";	1
" <i>Leite insuficiente e má pega</i> "	1
" <i>Má pega e mastite</i> "	1
" <i>Mamilo umbilicado/invertido, o bebé não pegava</i> "	1
" <i>Medicação incompatível com amamentação</i> "	1
Total	N=18

As razões apontadas pelas mães vão de encontro ao que é referido por Cardoso (2011) quando afirma que a crença de que o leite materno é um *leite fraco* ou *insuficiente* constitui uma das principais causas da suplementação precoce com leite artificial ou mesmo do desmame.

Das 82 mães que amamentavam, 96,8% consideraram-se em nível elevado de

autoeficácia. O estudo de Rodrigues (2013) revelou que a maioria das puérperas (81,06%) apresentaram níveis altos de autoeficácia na amamentação. De todas as competências estudadas, a amamentação é a que apresenta maior variedade de respostas no que concerne ao nível de autoeficácia percebida. No entanto, 44 mães referiram que tiveram dúvidas. Das mães que tiveram dúvidas sobre a amamentação, uma refere que as dúvidas surgiram no final da gravidez e as 44 afirmaram que as dúvidas surgiram após o nascimento do bebé. Estes valores indicam que a mãe que teve dúvidas ainda na gravidez, também as teve após o nascimento. Das 44 mães que referiram dúvidas após o parto, 21 mães referem que as dúvidas surgiram durante o internamento, 17 mães referiram que as dúvidas surgiram na 1.^a semana após o regresso a casa e dez mães referiram que as dúvidas surgiram após a 1.^a semana de regresso a casa. Estes resultados indicam que existiram algumas mães que tiveram dúvidas após o parto em mais do que um dos timings acima indicados.

Das 44 mães que referiram dúvidas no domínio “*consigo amamentar*”, 36 procuraram informação. Para colmatar as dúvidas que foram surgindo, 33 mães recorreram aos enfermeiros, seis mães recorreram aos médicos, quatro mães recorreram aos familiares, três mães utilizaram a internet, duas mães utilizaram livros, duas mães utilizaram panfletos, e uma mãe referiu como outra fonte os farmacêuticos.

De facto, no presente estudo, a amamentação foi das competências em que as mães tiveram mais necessidade de recorrer aos enfermeiros para colmatar as dúvidas e necessidades. A amamentação exclusiva depende do desejo da mãe de amamentar, da atuação dos profissionais da saúde e do apoio que a mulher recebe das pessoas próximas (Rodrigues, Padoin, Paula & Guido, 2013). Os enfermeiros retomam o compromisso de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, pois poderá contribuir para o aumento da autoeficácia de amamentação das puérperas e levar, em médio a longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce (Rodrigues et al. 2013).

Ao nível da autoeficácia total percebida existem diferenças significativas entre as mães que procuraram informação para colmatar as dúvidas e as que não procuraram ($U=521,5$; $p=0,003$). As mães que não procuraram informação relativamente à competência “*consigo amamentar*” apresentam maior autoeficácia total percebida.

No que diz respeito à utilidade da informação, e 30 mães (83,3%) consideraram a informação “*muito útil*” (nível 4), cinco mães (13,9%) consideraram a informação “*útil*” (nível 3) e uma mãe (2,8%) considerou a informação “*pouco útil*” (nível 2).

Relativamente à opinião referente à informação, a grande maioria (30) das mães

referiram que as informações foram esclarecedoras, sendo que, as restantes justificaram-se com diversas respostas: uma mãe referiu que ainda ficou com algumas dúvidas, uma mãe referiu que a informação foi *“esclarecedora mas, tive de me adaptar às minhas condições e ao meu filho”*, uma mãe referiu que a informação *“foi clara mas, ainda tenho alguma dificuldade”*, uma mãe reforçou a opinião referente à utilidade da informação, dizendo que a informação foi muito útil e uma mãe referiu que *“não foi muito útil, fiquei na mesma com dúvidas.”*

Autoeficácia percebida no lidar com as complicações durante a amamentação

Segundo o estudo de Rodrigues (2013), a amamentação é influenciada por diversos fatores, como por exemplo o surgimento de complicações (mastites, entre outras) ou por questões anatómicas (mamilo umbilicado) que podem alterar a percepção da autoeficácia materna.

No presente estudo, das 35 (%) mães que revelaram terem tido alguma complicação na amamentação, 100% consideraram-se num nível elevado de autoeficácia para lidar com a complicação e, apenas 16 mães referem terem tido dúvidas no pós-parto sugerindo que foi no momento em que surgiu a complicação. No entanto, Cardoso (2011) afirma que muitas mães não conseguem como lidar com as complicações associadas à amamentação, sendo estas complicações as mais frequentemente referidas como motivo de abandono precoce da amamentação.

Relativamente às complicações, 29 mães referiram que tiveram fissuras, duas mães referiram o ingurgitamento mamário, duas mães referiram a mastite, uma mãe referiu fissuras e mastite e uma mãe não soube especificar qual a complicação relacionada com a amamentação que teve.

Das 16 referiram que tiveram dúvidas após o nascimento do bebé, onze mães referiram que as dúvidas surgiram após a 1ª semana de regresso a casa, quatro mães referiram dúvidas durante o internamento e, uma mãe referiu que as dúvidas surgiram na 1ª semana após o regresso a casa.

No sentido de esclarecer as dúvidas para lidar com a complicação, 15 mães procuraram informação. Em que, dez mães referiram que procuraram informação nos enfermeiros, oito mães referiram que procuraram informação nos médicos e uma mãe referiu como outra fonte de informação os farmacêuticos. As 15 mães que procuraram

informação, consideraram-na “*muito útil*”.

No que concerne à opinião que as mães têm sobre a informação, 13 mães consideraram-na “*esclarecedora*”, uma mãe considerou-a “*esclarecedora e útil*” e uma mãe reforçou que a informação foi “*útil*”.

Autoeficácia percebida no alimentar por biberão

Para a alimentação do recém nascido coloca-se, basicamente, uma alternativa: amamentação ou alimentar com biberão (leite adaptado). Deve notar-se que as duas opções não são mutuamente exclusivas, já que o leite materno também pode ser dado por biberão e o leite adaptado pode funcionar como um complemento da amamentação (Cardoso, 2011).

No estudo atual, relativamente à pergunta “*alimenta o seu filho/filha por biberão?*”, 29 (%) mães responderam afirmativamente.

Das 29 mães que referiram alimentar o recém nascido por biberão, nove referem que tiveram dúvidas após o nascimento. Uma mãe refere que as dúvidas surgiram durante o internamento e oito mães referiram que as dúvidas surgiram após a 1ª semana de regresso a casa.

Das mães que referiram dúvidas, oito procuraram informação. Duas mães referiram como recurso didático os panfletos, quatro mães recorreram aos enfermeiros e cinco mães recorreram aos médicos. As oito mães que procuraram informação consideraram-na “*muito útil*”.

Quanto à opinião que as mães têm sobre a informação que procuraram, uma mãe refere que “*as embalagens de leite adaptado são muito úteis e esclarecedoras*”, duas mães referiram que a informação foi clara e objetiva, quatro afirmam que foi esclarecedora e uma mãe reforçou a opinião referente à utilidade da informação dizendo que a informação foi útil.

Autoeficácia percebida no lidar com o choro

No que concerne à competência *lidar com o choro*, 96% das mães consideraram-se em nível elevado de autoeficácia. No entanto, Navarro et al. (2011) concluíram que eventos stressantes (como recém-nascidos facilmente irritáveis) afetam

a autoeficácia percebida (às seis semanas pós-parto). O mesmo achado foi obtido por Porter e Hsu (2003) em que observaram que o temperamento do recém nascido é responsável por uma variância significativa na percepção da eficácia materna no pós-parto.

No presente estudo, 49 (%) mães afirmaram que tiveram dúvidas, das quais 26 mães procuraram informação para colmatá-las sendo evidente a preferência pelos enfermeiros como recurso da informação (18 mães). Cardoso (2011) concluiu que este achado pode resultar do facto de os enfermeiros, crescentemente, dedicarem particular atenção ao *lidar com o choro* como uma das principais dificuldades após o nascimento da criança, para a maioria das mães, em particular, para as que o são pela primeira vez.

Existem diferenças significativas entre as mães que tiveram dúvidas e as que não tiveram dúvidas sobre como lidar com o choro do recém nascido ao nível da autoeficácia total percebida ($U=631,5$, $p=0,045$). As mães que afirmaram não terem tido dúvidas relataram maior nível de autoeficácia total percebida.

Relativamente à utilidade da informação, 20 mães consideraram a informação “*muito útil*”, cinco mães consideraram a informação “*útil*” e uma mãe considerou a informação que encontrou “*pouco útil*”.

No que diz respeito à opinião sobre a informação, a maioria (13) das mães afirmaram que a informação foi esclarecedora, sendo que as restantes deram uma diversidade de respostas, tais como: uma das mães considerou a informação ambígua, uma mãe referiu “*continuo com algumas dúvidas mas, acho que é normal*”, uma mãe referiu que foi esclarecedora e muito útil, uma mãe considerou-a esclarecedora e tranquilizante, duas mães referiram que foi esclarecedora e útil, uma mãe considerou-a esclarecedora através da estratégia tentativa/erro, uma mãe voltou a referir que a informação foi muito útil, uma mãe referiu que “*foi prescrito medicação para as cólicas e surtiu efeito, foi muito útil*”, uma mãe afirmou que não foi útil e não resultou, uma mãe referiu que não resolveu o problema por completo, uma mãe considerou-a tranquilizante e uma mãe considerou-a útil.

Autoeficácia percebida no promover a vigilância da saúde do filho

Os pais necessitam ajustar o bebé real com o bebé que foi fantasiado e sonhado, o que significa, entre outras coisas, aceitar o seu estado físico (Lowdermilk & Perry, 2008). No que se refere a esta competência, 36 (%) mães referiram que tiveram

dúvidas relativamente à vigilância da saúde do recém nascido. Sendo que, 35 mães referiram que as dúvidas surgiram após o nascimento (seis mães referiram que as dúvidas surgiram durante o internamento, cinco mães na primeira semana após o regresso a casa e 24 mães após a primeira semana de regresso a casa) e duas mães referiram que as dúvidas surgiram no final da gravidez. Estes resultados sugerem que pelo menos uma das mães teve dúvidas antes e após o nascimento do recém nascido. Das 36 mães que referiram dúvidas, 34 procuraram informação para colmatá-las. Em que 22 mães recorreram aos enfermeiros, doze mães recorreram aos médicos, sete mães recorreram aos familiares, sete mães utilizaram a internet e duas mães recorreram aos livros como recursos didáticos. De facto, materiais educativos não podem substituir o diálogo entre o enfermeiro e a mãe uma vez que, só assim, os enfermeiros conseguem identificar e compreender as necessidades da mãe (Mercer, 2006).

Existem diferenças significativas entre as mães que tiveram dúvidas e as que não tiveram sobre como promover a vigilância de saúde ao recém nascido ($U=548,5$; $p=0,026$) e existem também diferenças significativas entre as mães que procuraram informação e as que não procuraram informação para colmatar as dúvidas ($U=520,5$; $p=0.016$), ao nível da autoeficácia total percebida.

As mães que não tiveram dúvidas e as mães que não procuraram informação sobre como promover a vigilância de saúde do recém nascido apresentam maior nível de autoeficácia total percebida.

Relativamente à utilidade da informação, a grande maioria ($n=32$) das mães (94,1%) consideraram-na “*muito útil*” e duas mães (5,9%) consideraram-na “*útil*”. Já no que diz respeito à opinião sobre a informação, 23 mães consideraram a informação esclarecedora, uma mãe referiu que “*a informação não foi muito eficaz*”, uma mãe afirmou que a informação foi “*esclarecedora e coerente, todos deram a mesma resposta*”, uma mãe referiu que a informação foi “*esclarecedora, mas, não me sinto uma expert no assunto.*”, uma mãe referiu que “*tive muito tempo a procura, o acesso não foi imediato*”, uma mãe considerou a informação “*muito útil*”, três mães reforçaram que a informação que obtiveram foi “*útil*”, uma mãe afirmou que a informação foi “*útil e de fácil compreensão*”, uma mãe considerou-a “*útil e esclarecedora*” e uma mãe referiu que a informação foi “*útil, esclarecedora e coerente*” relativamente aos recursos que utilizou.

Autoeficácia percebida no garantir a segurança e prevenir acidentes ao filho

No que se refere a este domínio 100% das mães consideraram-se eficazes. No entanto, Silva (2006) verificou que as mães referem grandes dificuldades no relacionamento com o recém-nascido em casa ao nível da identificação das suas necessidades na prestação de cuidados que visam a segurança e a prevenção de acidentes

Apesar de se considerarem eficazes, 13 mães afirmaram que em algum momento tiveram dúvidas. Das mães que tiveram dúvidas, quatro referiram que as dúvidas surgiram no final da gravidez e nove mães referiram que as dúvidas surgiram após o nascimento (duas mães referiram que as dúvidas surgiram ainda durante o internamento, três mães referiram que foi na 1ª semana após o regresso a casa e quatro mães referiram que as dúvidas surgiram após a 1ª semana de regresso a casa).

Para colmatar as dúvidas, doze mães referiram que procuraram informação. Uma mãe referiu que utilizou como recursos didáticos os livros, quatro mães utilizaram os panfletos, cinco mães recorreram aos enfermeiros, uma mãe recorreu aos médicos, cinco mães recorreram aos familiares, três mães utilizaram a internet, uma mãe utilizou como outra fonte empresas e outra mãe referiu as lojas onde se vende equipamento para segurança e prevenção de acidentes.

Relativamente à utilidade da informação, onze mães (91,7%) consideraram a informação “*muito útil*” e uma mãe (8,3%) considerou a informação “*útil*”. No que se refere à opinião acerca da informação, dez mães consideraram a informação “*esclarecedora*”, uma mãe considerou a informação “*muito útil*” e uma mãe voltou a referir que a informação foi “*útil*”.

Existem diferenças significativas entre as mães que tiveram dúvidas e as que não tiveram dúvidas sobre como garantir a segurança e prevenir acidentes no recém nascido ao nível da autoeficácia total percebida ($U=196,5$; $p=0,016$). As mães que não tiveram dúvidas apresentam maior nível de autoeficácia total percebida.

Existem, igualmente, diferenças significativas entre as mães que afirmaram terem tido dúvidas e as que não tiveram dúvidas sobre como garantir a segurança e prevenir acidentes no recém nascido ($U=389$; $p=0,004$), e, existem, também, diferenças significativas entre as mães que procuraram informação e as que não procuraram informação para colmatar as dúvidas, relativamente à facilidade de uso dos recursos

didáticos tecnológicos ($U=330$; $p=0,017$). As mães que afirmam não terem tido dúvidas e as mães que não procuraram informação apresentaram maior nível de facilidade de uso dos recursos.

Em fase final deste capítulo, é notório que em todas as competências parentais, foi referido os enfermeiros como recurso à informação, sendo o recurso com maior frequência, observado. Esta constatação também foi referida por Cardoso (2011) no que concerne aos enfermeiros como principal recurso de informação sendo responsáveis, também, pela informação com “qualidade” e considerada com “utilidade”. Sink (2009) concluiu que as puérperas procuram e recebem informações sobre como cuidar dos seus bebés a partir de múltiplas fontes por isso, segundo a mesma autora, os enfermeiros que iniciam o contacto com as mães após o parto e que dão suporte através da informação podem ajudar as mães a desenvolver confiança no cuidar do seu bebé.

5. CONCLUSÃO

Neste capítulo apresentam-se as conclusões e limitações deste estudo e as sugestões para investigações futuras. No presente estudo foram investigados dois temas: a literacia tecnológica das participantes e a autoeficácia percebida nos cuidados ao filho.

A internet pode ser considerada como um recurso de informação complementar para a informoterapia providenciada pelos enfermeiros. De facto, praticamente todas as participantes têm acesso aos recursos tecnológicos (telemóvel, dispositivos de vídeo/DVD e internet). A internet revelou-se o recurso preferido na procura ativa de informação. Sendo que, praticamente todas as participantes, procuram ou já procuraram informação sobre como cuidar do filho na internet, considerando este recurso credível, fidedigno, útil e fácil de usar. Assim, importa que os enfermeiros desenvolvam recursos interativos que permitam facilitar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício do papel maternal.

Os enfermeiros continuam a ser um recurso de informação privilegiado na maternidade. Esta conclusão é justificada pelo facto de que em todas as competências estudadas, o recurso de informação que obteve maior *score* foram os enfermeiros excepto, na competência *consigo alimentar por biberão* em que o maior *score* foi obtido pelos médicos, talvez por serem estes que prescrevem o leite adaptado. Os enfermeiros são, também, os responsáveis pela preparação e conhecimento, enquanto fator facilitador da transição para a maternidade.

Assim, espera-se que os enfermeiros continuem a desenvolver e a melhorar o acompanhamento, das mães, quer a nível individual, quer a nível de grupo, quer nos centros de saúde, quer no domicílio, especialmente nos primeiros tempos após o regresso a casa.

As mães, nesta fase, revelam níveis de autoeficácia percebida elevados independentemente da idade, da paridade e do estado civil em todas as competências

estudadas. Destaca-se ainda que em relação à escolaridade observou-se que aquelas cujos graus variam do 1.º até ao 3.º ciclo apresentaram maior autoeficácia total percebida e, verifica-se que a autoeficácia percebida e a facilidade de uso dos recursos são positivamente influenciados pelo facto das mães não terem tido dúvidas sobre determinadas competências ou não procurarem informações. Uma das possíveis justificações para esta conclusão poderá ser devida a défices ao nível da consciencialização das potencialidades do exercício maternal. De facto, as mães, quando bem informadas, constituem uma mais-valia, quer para a saúde da criança – como garante para o atingir do potencial máximo de saúde – quer para a sua própria saúde – atingindo mais precocemente níveis de mestria e de satisfação no exercício do papel. Talvez pelo facto de as dúvidas que surgem, não colocarem em causa a sobrevivência do recém-nascido, as mães, simplesmente não dão importância/significado a essa necessidade achando que “*tudo está bem assim*”, ignorando o que “*poderia ficar melhor*”. De facto, os resultados do estudo parecem confirmar a ideia de *o que não se conhece, não existe*.

Estas conclusões sugerem a avaliação da consciencialização das mães sobre as competências parentais como uma prioridade dos enfermeiros. Os enfermeiros devem promover a consciencialização das potencialidades das mães e dos filhos, ao longo da transição para a maternidade.

Limitações do estudo:

Neste estudo usou-se como instrumento de recolha de dados a escala PAE_EC, inicialmente concebida para avaliar a autoeficácia percebida nas competências parentais no primeiro mês de idade da criança. Todavia, no momento em que foi utilizada (6-8 semanas pós-parto), percebeu-se que nesta fase, em algumas das competências estudadas, já era esperado algum nível de mestria, como por exemplo no *tratar do coto umbilical* e no *vestir e despir o recém nascido*, o que pode ter influenciado os níveis elevados de autoeficácia nos scores observados.

Apesar de o formulário ser uma entrevista altamente estruturada, no final da avaliação da autoeficácia percebida de cada competência, existia uma pergunta de resposta aberta relativamente à opinião que as participantes tinham em relação à informação que encontravam. O intuito desta pergunta era ter o *feedback* das participantes no que toca ao aspeto físico e/ou informativo do recurso que escolheram, por exemplo, “*formato muito confuso*”, “*poucas imagens*”, “*formato fácil de captar a*

principal informação”, etc. No entanto, talvez pelo facto da entrevista ser por telefone, tornando-se impessoal, o verdadeiro objetivo desta questão nem sempre foi respondido uma vez que, as participantes limitaram-se a reforçar a opinião que tinham relativamente à utilidade da informação e se ficaram ou não esclarecidas.

O facto de a entrevista ter sido por telefone, limitou e tornou a entrevista mais impessoal, não permitindo uma ligação “mais próxima” entre investigador/participante, o que poderá ter condicionado respostas mais próximas do “socialmente esperado”.

Importa ainda realçar o facto de os dados terem sido recolhidos na ULS de Matosinhos, pioneira em modelos de cuidados no que diz respeito à implementação de novas *guidelines* e na articulação dos cuidados, através da implementação do Projeto Bem-me-quer, que visa promover a transição saudável para a parentalidade, não traduzindo o que se verifica nas restantes ULS's do país.

Sugestões para investigações futuras

Sugere-se a realização do estudo com uma amostra representativa, em várias áreas geográficas do país e cuja recolha de dados seja presencial.

Sugere-se ainda avançar em estudos em torno de estratégias de informoterapia, que usem as novas tecnologias, nomeadamente a internet, que facilitem a transição saudável para a maternidade.

6. BIBLIOGRAFIA

Akerjordet, K. & Severinsson E. (2010). *Being in charge – new mothers' perceptions of reflective leadership and Motherhood*. Journal of Nursing Management 18, 409–417;

Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Regalia, C. & Scabini, E. (2011). *Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life*. International Association of Applied Psychology, 60 (3), 421– 448;

Bandura A. (1977) *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, Vol. 84, 191-215;

Bandura A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, Vol. 37, 122-147;

Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;

Bandura A. (1986). Human agency in social cognitive theory. American Psychologist, Vol. 44, 1175-1184.

Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B. & Knight, C. (2008). *Learning About Baby: What New Mothers Would Like to Know*. The Journal of Prenatal Education, Vole 17, No 3, 33-41;

Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). *Social cognitive theory of pottraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy*. Behaviour Research and Therapy, 42, 1129-1148;

Bliemel, M. & Hassanein, K. (2007). *Consumer Satisfaction with Online Health Information Retrieval: A Model and Empirical Study*. e-Service Journal, 53-83;

Bouchard, G., Lachance-Grzela, M. & Goguen, A. (2008). *Timing of the transition to motherhood and union quality: The moderator role of union length*. *Personal Relationships*, 15, 71–80;

Bussel, J. C. H., Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2009). *Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations*. *Journal of Affective Disorders* 114, 232–242;

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal;

Carolan, M. (2007). *Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years*. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1162–1172;

Davis-Gage, D., Kettmann, J. J. & Moel, J. (2010). *Developmental Transition of Motherhood: Treating Postpartum Depression Using a Feminist Approach*. *ADULTSPAN*, Vol 9, No. 2, 117-126;

De Montigny F. & Lacharite C. (2005). *Perceived parental efficacy: concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing* Vol 49 No.4, 387–396;

Drake, E. E., Humenick, S. S., Amankwaa, L., Younger, J. & Roux, G. (2007). *Predictors of Maternal Responsiveness*. *Journal of nursing scholarship*, 119-125;

Emmanuel, E., Creedy, D.K., St John, W., Gamble, J. & Brown, C. (2008). *Maternal role development following childbirth among Australian Women*. *Journal of Advanced Nursing* 64(1), 18–26;

Emmanuel, E. & St John, W. (2010). *Maternal distress: a concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 2104–2115;

Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta, Loures;

Fulton, J. M., Mastergeorge, A. M., Steele, J. S. & Hansen, R., L. (2012). *Maternal perceptions of the infant: relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum*. *Infant mental health journal*, Vol. 33(4), 329–338;

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C. & Soares, I. (2010). *Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood of Portuguese Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies*. *Research in Nursing & Health*, 33, 207–220;

Gaudion, A. et al. (2011, July). *Adapting the CenteringPregnancy® model for a UK feasibility study*. *British Journal of Midwifery*, Vol 19, No 7, 433-438;

George, D. & Mallery, P. (2003) *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon;

Gilmore, L. & Cuskelly, M. (2008). *structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample*. *Child: care, health and development*, Vol 35, No 1, 48–55;

Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Tese de doutoramento publicada, Universidade de Lisboa, Portugal;

Graça, L. C. C., Figueiredo, M. C. B. & Carreira, M. T. C. (2011, julho). *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade*. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, n.º 4, pp.27-35;

Heilferty, C. M. (2009). *Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs*. *Journal of advanced nursing*, pp 1539-1547;

Hicks, C. M. (2006). *Métodos de investigação para terapeutas clínicos. Concepção de projectos de aplicação e análise*. 3ª ed. Lusociência, Loures;

Hung, C., Lin, C., Stocker, J. & Yu, C. (2011). *Predictors of postpartum stress*. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 666–674;

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Agregados domésticos privados com pelo menos um indivíduo com idade entre 16 e 74 anos e com ligação à Internet em casa através de banda larga (N.º) por grau de Urbanização (Eurostat 2011); Anual*. Disponível em Dados Estatísticos no Portal do Instituto Nacional de Estatística;

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Idade média ao nascimento do primeiro filho (Anos); Anual*. Disponível em Portal do Instituto Nacional de Estatística;

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Índice sintético de fecundidade (N.º); Anual*. Disponível em Portal do Instituto Nacional de Estatística;

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;

Ishikawa, H. & Kiuchi, T. (2010). *Health literacy and health communication*. BioPsychoSocial Medicine;

Kember, D. W. & Mettler, M. (2006). *Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management*. Medical and Care Compunetics 3. L. Bos et al. (Eds). IOS Press;

Kruel, C. S. & Lopes, R. C. S. (2012). *Transição para a Parentalidade no Contexto de Cardiopatia Congênita do Bebê*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 28 n. 1, 35-43;

Kuo, S., Chen, Y., Lin, K., Lee, T. & Hsu, C. (2009). *Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan*. Journal of Clinical Nursing, 18, 1592–1601;

Kurt, S. (2012). *How do teachers prioritize the adoption of technology in the classroom?* Teachers and Teaching: theory and practice, Vol. 18, No. 2, 217–231;

Leite, P. A. E. B. (2012). *Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados*. Dissertação do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal;

Legris, P., Ingham, J. & Colletette, P. (2003). - *Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model*. Information & Management, 191–204;

Liechty, M. (2011). *Health Literacy: Critical Opportunities for Social Work Leadership in Health Care and Research*. National Association of Social Workers;

Lopes, S. R. V. (2009). *Genealogia do desejo: A Influência da Satisfação Conjugal no Estabelecimento da Relação Precoce entre Mãe-Bebé*. Dissertação de mestrado integrado em psicologia publicada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal;

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Lusodidacta. Loures, Portugal;

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Report Number;

Martins, C. A. (n.d.). *Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura*. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM®SPSS® - Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. 1ª ed., Psiquilibrium edições;

Meleis, A. I.; Sawyer, I. M., Eun-Ok Im, Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Aspen Publishers, 12–28;

Mercer, R. T. (2004). *Becoming a mother versus maternal role attainment*. Journal of Nursing Scholarship, Vol. 36:3, 226-232;

Mercer, R. T. (2006). *Nursing Support of the Process of Becoming a Mother*. JOGNN, Vol 35, No 5, 649-651;

Miaoulis, I. N. (2011, August). *Miaoulis: STEM Education Cultivates Engineers*. Mechanical Engineering, 71;

Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia, Vol. 4, 1, 65-90;

Navarro, C., Navarrete, L. & Lara, M., A. (2011). *Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto*. Salud Mental, 34, 37-43;

Nystedt, A., Högberg, U. & Lundman, B. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. Journal of Advanced Nursing 63 (3), 250–258;

Pereira, M. G. & Almeida, P. (2004) *Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala*. Análise Psicológica, Vol.22, No.3, 585-595;

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed;

Porter, C. L. & Hsu, H. (2003). *First-Time Mothers' Perceptions of Efficacy During the Transition to Motherhood: Links to Infant Temperament*. Journal of Family Psychology, Vol. 17, No. 1, 54–64;

Reis, P. F. S. C. P. (2011). *Factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade*. Dissertação do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal;

Rodrigues, A. P. (2013). *Autoeficácia em amamentação de puérperas em alojamento conjunto: contribuições para o cuidado de enfermagem*. Dissertação do curso de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;

Rodrigues, A. P., Padoin, S. M. M., Paula, C. C. & Guido, L. A. (2013). *Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa*. Revista de enfermagem UFPE on line, Vol. 7, 4144-4152;

Sandberg, K. W. & Wahlberg, O. (n.d.). *Towards a Model of the Acceptance of Information and Communication Technology in Rural Small Businesses*;

Silva, A. C. F. C. (2006). *Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde publicada, Universidade Aberta de Lisboa, Portugal;

Silva, C. S. (2012). *Transição para a parentalidade, necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*. Dissertação do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal;

Sink, K. K. (2009). *Seeking Newborn Information as a Resource for Maternal Support*. The Journal of Perinatal Education, Vol 8, No.3, 30-38;

Spielman, V.& Taubman-Ben-Ari, O. (2009). *Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies*. *Health and Social Work*, Vol 4, No.3, 201 – 212;

Szumlansk, N. C. (2008). *Birth Nurses Interest Group*. The Newsletter of Perinatal Nursing in Ontario, 8-9;

Troutman, B., Moran, T. E., Arndt, S., Johnson, R. F. & Chmielewski, M. (2012). *Development of parenting self-efficacy in mothers of infants with High negative emotionality*. *Infant mental health journal*, Vol. 33(1), 45–54;

Walker, S. K., Dworkin, J. & Connell, J. H. (2011). *Variation in Parent Use of Information and Communications Technology: Does Quantity Matter?*. *Family & Consumer Sciences Research Journal*, Vol. 40, No. 2, 106–119;

Weaver, J. B., Mays, D., Weaver, S. S., Hopkings, G. L., Eroglu, D. & Bernhardt, J. M. (2010). *Health Information. Seeking Behaviors, Health Indicators, and Health Risks* *American Journal of Public Health*, Vol 100, No. 8, 1520-1525;

Wright, G. A., Rich, P. & Leatham, K. R. (2012). *How Programming Fits With Technology Education Curriculum*. *Technology and engineering teacher*, 3-9;

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de recolha de dados

Tema do trabalho: Transição para a maternidade: contributo dos recursos de informação no desenvolvimento das competências parentais

Investigador: Sara Flor Fardilha Fernandes

Objetivos:

Caracterizar o nível de a literacia tecnológica das mães;

Caracterizar a intenção para usar recursos didáticos assentes nas novas tecnologias;

Conhecer a autoeficácia percebida nos cuidados ao filho, nos primeiros dois meses de idade;

Conhecer os recursos a que recorrem as mães para colmatar as necessidades de informação percebidas.

Desenho do estudo: O estudo assenta no paradigma quantitativo sendo um estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal.

Contexto e população: A população alvo será constituída pelas mães de crianças até ao 2.º mês de idade inscritas nas UCC's pertencentes à ULS de Matosinhos

Estratégia para a recolha de dados: Os dados serão recolhidos pela aplicação do formulário elaborado especificamente para o efeito.

SECÇÃO I

Caracterização

C.S

ID (caso):

Idade da mãe:	_____ anos	Escolaridade:	_____ anos	Profissão:	_____
Idade do pai:	_____ anos	Escolaridade:	_____ anos	Profissão:	_____
Estado civil:	Casada <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/>				
Nº de filhos:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> _____	Idade da criança:	_____	Semanas	_____ dias
Frequentou as aulas de preparação para a parentalidade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				

SECÇÃO II

Literacia Tecnológica

1 – ACESSO

Tem acesso a dispositivos de voz (ex: telefone / telemóvel)? Sim Não

Tem acesso a dispositivos de mensagem escrita (ex: sms)? Sim Não

Tem acesso a dispositivos de imagem (ex: video, dvd)? Sim Não

Tem acesso a internet - dispositivo fixo / móvel (computador/tablet/smartphone)? Sim Não

2- FREQUÊNCIA e FACILIDADE PARA USAR

Sabe utilizar *telefone / telemóvel*? Sim Não (0)

Se sim, como qualifica a sua capacidade de usar o telefone / telemóvel?

(1)Muita dificuldade (2)Alguma dificuldade (3)Sem dificuldade (4)Muita Facilidade

Com que frequência utiliza o computador?

(1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Diariamente

Se não, vive com alguém que saiba utilizar o telefone / telemóvel? Sim Não

Acha que essa pessoa a pode ajudar na utilização do telefone / telemóvel? Sim Não

Sabe utilizar *SMS* (mensagens de texto curtas)/Email? Sim Não (0)

Se sim, como qualifica a sua capacidade de usar SMS / Email?

(1)Muita dificuldade (2)Alguma dificuldade (3)Sem dificuldade (4)Muita Facilidade

Com que frequência envia SMS / Email?

(1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Diariamente

Se não, vive com alguém que saiba utilizar SMS / Email? Sim Não

Acha que essa pessoa a pode ajudar no envio e receção de mensagens SMS/Email? Sim Não

Sabe utilizar *vídeo / DVD*? Sim Não (0)

Se sim, como qualifica a sua capacidade de usar o *vídeo / DVD*?

(1)Muita dificuldade (2)Alguma dificuldade (3)Sem dificuldade (4)Muita Facilidade

Com que frequência utiliza o *vídeo / DVD*?

(1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Diariamente

Se não, vive com alguém que saiba utilizar o *vídeo / DVD*? Sim Não

Acha que essa pessoa a pode ajudar na utilização do *vídeo / DVD*? Sim Não

Sabe utilizar a *internet*? Sim Não (0)

Se sim, como qualifica a sua capacidade de usar a *internet*?

(1)Muita dificuldade (2)Alguma dificuldade (3)Sem dificuldade (4)Muita Facilidade

Com que frequência utiliza a *internet*?

(1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Diariamente

Se não, vive com alguém que saiba utilizar a *internet*? Sim Não

Acha que essa pessoa a pode ajudar na utilização da *internet*? Sim Não

3 – ACESSO A INFORMAÇÃO DE SAÚDE NA INTERNET

3.1. Procura ou já procurou informação na *internet* sobre como cuidar de um filho? Sim Não

Se sim,

Com que frequência o faz?

(1)Raramente (2)Algumas vezes (3)Frequentemente (4)Diariamente

A informação disponibilizada na *Internet* é de fácil compreensão?

(1)Nada compreensível (2)Pouco compreensível (3) Compreensível (4)Muito compreensível

Reconhece utilidade na informação disponibilizada na *Internet*?

(1)Nada útil (2)Pouco útil (3)Útil (4)Muito útil

Reconhece credibilidade na informação disponibilizada na *Internet*?

(1)Nada credível (2)Pouco credível (3)Credível (4)Muito credível

3.2. Consegue reconhecer as fontes de informação fidedignas na *internet* sobre como cuidar de um filho? Sim Não

3.3. Costuma utilizar motores de busca para aceder a informação de saúde (Google, Altavista, Sapo)? Sim Não

3.4. Costuma aceder a Portais de Saúde? Sim Não

3.5. Costuma aceder a Blogs? Sim Não

3.6. Costuma aceder a Redes Sociais? Sim Não

4 – INTENÇÃO PARA O USO

4.1. Se existisse uma plataforma na *internet* que disponibilizasse informação sobre como cuidar de um filho, utilizá-la-ia? Sim Não

4.2. Se existisse disponibilização de informação sobre como cuidar de um filho através de dispositivos de voz

(ex: telefone / telemóvel) utilizá-los-ia? Sim Não

4.3. Se existisse disponibilização de informação sobre como cuidar de um filho através de dispositivos de mensagem escrita (ex: sms, email) utilizá-los-ia? Sim Não

4.4. Se existisse disponibilização de informação sobre como cuidar de um filho através de dispositivos de imagem utilizá-los-ia? Sim Não

5 – PREFERÊNCIA DE RECURSOS

Indique de 1 a 5, a ordem da sua preferência de dispositivos para acesso a informação sobre como cuidar de um filho:

Dispositivos de voz (ex: telefone / telemóvel)

Dispositivos de mensagem escrita: SMS

Dispositivos de mensagem escrita: Email

Dispositivos de imagem (ex: video, dvd)

Internet - dispositivo fixo / móvel (computador/tablet/smartphone)

SECÇÃO III

Perceção de Autoeficácia nos cuidados ao filho

Qual o seu nível de concordância, relativamente a cada uma das afirmações seguintes:

Consigo assegurar a higiene e manter pele saudável do meu (minha) filho(a) (dar banho, trocar a fralda, cortar as unhas, manter pele saudável, tratar eritema da fralda, etc).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1ª semana após o regresso a casa

Após a 1ª semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Se sim, onde foi procurar? Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Conseguo vestir/despier o bebé.

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.ª semana após o regresso a casa

Após a 1.ª semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Se sim, onde foi procurar?

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Conseguir tratar do coto umbilical (desinfecção, mumificação do coto, cicatrização da ferida após a queda).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Se sim, onde foi procurar?

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

AMAMENTA: Sim Não Se **não**, motivo: _____

Conseguir amamentar (perceção que a quantidade de leite que o bebé ingere é suficiente, reconhecer sinais de fome, reconhecer se o leite está a fluir da mama durante a mamada, adotar uma posição confortável, manter o bebé acordado durante a mamada, identificar os efeitos no bebé provocados pelos alimentos que a mãe ingere).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Se sim, onde foi procurar?

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Teve alguma complicação durante a amamentação: Sim Não Se **sim**, qual: _____

Consegui lidar com as complicações (*especificar*) amamentar (garantir a integridade da pele da mama, identificar a fissura do mamilo, promover a cicatrização e monitorizar a evolução da fissura / identificar sinais de ingurgitamento mamário, extrair leite da mama manualmente/ através da bomba).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Se sim, onde foi procurar?

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Alimenta com biberão (leite artificial): Sim Não

Relativamente a alimentar por biberão (alimentar corretamente e na quantidade de leite apropriada e manter o material limpo, fazer com que a criança erute, adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite) sente que consegue/acha-se capaz de...:

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Se sim, onde foi procurar? Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet
Outra (fonte): _____(especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Consigo atender ao choro (identificar choro, adotar medidas de alívio/ medidas de consolo em situação de cólicas).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.ª semana após o regresso a casa

Após a 1.ª semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Se sim, onde foi procurar? Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet
Outra (fonte): _____(especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Consigo promover a vigilância da saúde do meu filho (usar o termómetro e interpretar o valor que dá, aliviar obstrução nasal).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Se sim, onde foi procurar? Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Consigo garantir segurança e prevenir de acidentes no meu filho (transportar a criança no carrinho de passeio, automóvel, ao colo).

(1) Discordo totalmente (4) Concordo totalmente

Teve dúvidas sobre isso? Sim Não

Quando? Gravidez: Sim Não

Se sim, Em que fase: Início _____ Fim _____

Após o nascimento Sim Não

Durante o internamento

Na 1.^a semana após o regresso a casa

Após a 1.^a semana de regresso a casa

Procurou informação sobre isso? Sim Não

Se sim, onde foi procurar? Livros Panfletos Revistas Enfermeiros Médicos Familiares Internet

Outra (fonte): _____ (especificar)

Utilidade da informação

Na sua opinião, a informação que encontrou foi útil para responder às suas necessidades/dúvidas?

(1) Pouco útil (4) Muito útil

Qual a sua opinião sobre a informação que encontrou? _____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2. – Email relativo à autorização para a recolha de dados na ULS de Matosinhos

> Paulino Sousa
>
> Professor Coordenador
>
>
>
>
>
> Escola Superior de Enfermagem do Porto
>
> Rua Dr. António Bernardino de Almeida
>
> 4200-072 PORTO
>
> Telefones: 225 073 500 - Ext. 164 I 967 288 193/4
>
> Fax: 225 096 337
>
> Correio electrónico: paulino@esenf.pt
>
> Web: <<http://portal.esenf.pt/>> <http://portal.esenf.pt>
>
> Descrição: Descrição: Descrição: cid:image002.png@01CB2757.9EA56AB0
>
>
>
> De: Olívia Pestana [mailto:Olivia.Pestana@ulsm.min-saude.pt]
> Enviada: sexta-feira, 15 de Junho de 2012 09:18
> Para: paulino@esenf.pt
> Cc: Margarida Filipe
> Assunto: Autorização para recolha de dados
> Importância: Alta
>
>
>
> Exmo. Senhor
>
> Prof. Doutor Paulino Sousa,
>
>
>
> Em resposta à solicitação de v/ Exa. relativamente ao pedido de autorização

- > para a realização do estudo intitulado "PACI-SAÚDE – Portal de Apoio ao
- > Cidadão: um contributo para o empowerment em saúde dos clientes", venho
- > informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração
- > de 12 de Junho de 2012, após aprovação por parte da Comissão de Ética.
- >
- >
- > Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica
- > sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre
- > acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que
- > possível em suporte electrónico.
- >
- >
- >
- > Com os melhores cumprimentos
- >
- > Olívia Pestana
- > Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica
- >
- >
- > Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- > Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal
- > Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231
- > Extensão: 1233
- > E-mail: olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt
- > Web site: [http:// <http://www.ulsm.min-saude.pt/> www.ulsm.min-saude.pt/](http://www.ulsm.min-saude.pt/)
- > [<http://www.ulsm.min-saude.pt/>](http://www.ulsm.min-saude.pt/) Ouvir

Ler foneticamente

Dicionário