



e-ISSN 2446-8118

AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM NASCIDOS PREMATUROS DURANTE HOSPITALIZAÇÃO NA UTI NEONATAL

13

ASSESSMENT OF MATERNAL SELF-EFFICACY WITH PRETERM INFANTS DURING HOSPITALIZATION IN THE NEONATAL ICU

EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA MATERNA CON PREMATUROS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA UCI NEONATAL

AlineDahmer da Silva¹
Claudia Silveira Viera²
Grasiely Masotti Scalabrin Barreto³
Luana Cecília Rocha⁴
Kamila Minosso⁵

RESUMO: Objetivo: avaliar a autoeficácia materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) mediante a escala Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM). Método: estudo de abordagem quantitativa, desenho transversal. Coleta de dados ocorreu de setembro de 2020 a agosto de 2021 na UTIN de um hospital escola do Oeste do Paraná, tendo como amostra 53 mulheres com filhos sem mal formação congênita, com mais de uma semana de hospitalização e menos de 37 semanas de idade gestacional. As participantes responderam a escala PAEPM, a qual possui alternativas de resposta pontuação do tipo *Likert* de 1 a 4. A pontuação mínima é de 20 e máxima de 80 pontos, quanto maior a pontuação indica maior autoeficácia materna para o cuidado. A análise foi descritiva, na qual verificou-se a frequência absoluta e relativa, média, mínimo e máximo. Resultados: verificou-se que 81,14% das participantes apresentaram escores na PAEPM acima de 60 pontos, com média de 66,51 pontos, caracterizando níveis médios a elevados de autoeficácia. Conclusão: Nota-se que a maioria das mães acreditam em suas habilidades para cuidar do filho, gerando benefícios à essa relação. No entanto, deve ser dispensado especial atenção para aquelas que apresentaram baixo escore de autoeficácia, os profissionais de saúde devem estimular a confiança materna para que sua autoeficácia para o cuidado permaneça após a alta hospitalar. Desse modo, a escala pode ser utilizada como ferramenta incorporada no cuidado à mãe e filho norteando o planejamento e empoderamento dessas mães em relação a sua capacidade de ofertar esse cuidado.

DESCRITORES: autoeficácia; recém-nascido prematuro; unidades de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the maternal self-efficacy in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) by applying the Maternal Parenting Self-Efficacy Perception Scale (PAEPM). Method: study with a quantitative approach, with a cross-sectional design. Data collection took place from September 2020 to July 2021 in the NICU of a teaching hospital in the West of Paraná, with a sample

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

³ Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).

⁴ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

⁵ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

of 53 women over 18 years old, with children without congenital malformation, with more than one week of hospitalization and with less 37 weeks of gestational age. Participants answered the PAEPM scale, which has a Likert-type score from 1 to 4 as response alternatives. The minimum score is 20 and the maximum score is 80 points, where the highest score indicates greater maternal self-efficacy for care. Data were descriptively analyzed using absolute and relative frequency, mean, minimum and maximum. Results: it was found that 81.14% of the participants had PAEPM scores above 60 points, with an average of 66.51 points, characterizing medium to high levels of self-efficacy. Conclusion: Most of mothers believe in their abilities to care for their child, generating benefits to this relationship. However, special attention could be given for those who presented low self-efficacy score, health professionals should encourage maternal confidence so that their self-medical care remains after hospital discharge. The scale can be used as a tool incorporated in the care of mothers and children to guide the planning and empowerment of these mothers in relation to their ability to offer this care.

DESCRIPTORS: self-efficacy; premature infant; neonatal intensive care unit.

RESUMEN: Objetivo: Evaluar la autoeficacia materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) mediante la Escala de Percepción de Autoeficacia de la Crianza Materna (PAEPM). Método: estudio cuantitativo, con diseño transversal. La recolección de datos se realizó de septiembre de 2020 a julio de 2021 en un hospital escuela del oeste de Paraná, con una muestra de 53 mujeres mayores de 18 años, con hijos sin malformación congénita, con más de una semana de hospitalización y con menos 37 semanas de edad gestacional. Los participantes respondieron la escala PAEPM, que tiene respuesta un puntaje tipo Likert de 1 a 4. La puntuación mínima es 20 y la máxima es 80 puntos, donde puntuación más alta indica mayor autoeficacia materna para el cuidado. Datos analizados descriptivamente utilizando frecuencia absoluta y relativa, media, mínima y máxima. Resultados: 81,14% de los participantes tenían puntuaciones de PAEPM superiores a 60 puntos, media de 66,51 puntos, caracterizando niveles de autoeficacia medios a altos. Conclusión: La mayor parte de las madres creen en sus habilidades para cuidar a su hijo, generando beneficios a esta relación. Sin embargo, especial atención necesita ser dispensada aquellas que presentaron baja puntuación de autoeficacia, los profesionales de la salud deben fomentar la confianza materna para que su autocuidado se mantenga después del alta hospitalaria. La escala se puede utilizar como una herramienta incorporada en el cuidado de las madres y los niños para orientar la planificación y el empoderamiento de estas madres en relación con su capacidad para ofrecer este cuidado.

DESCRIPTORES: autoeficacia; recién nacido prematuro; unidades de cuidado intensivo neonatal.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de ordem mundial afetando países com grandes diferenças socioeconômicas como o Brasil, Estados Unidos, Índia e Nigéria, os quais estão entre os 10 países com maiores números de nascimentos prematuros. A definição de Recém-nascidos Prematuro (RNPT) de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se a toda criança que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. Tendo subclassificação conforme a Idade Gestacional (IG) em: pré-termo extremo (menos de 28 semanas), muito pré-termo (entre 28 a menos

que 32 semanas) e pré-termo moderado a tardio (entre 32 e 37 semanas).¹

Existem muitos fatores de risco para o nascimento prematuro, que estão relacionados as características sociodemográficas maternas como baixo nível educacional e socioeconômico, estado civil solteira, idades extremas; gestações com intervalo menor de seis meses conferem um risco de duas vezes maior de ocorrer prematuridade; as características específicas da gestação; situações de acometimento da saúde materna como infecções, asma, hipertensão arterial, diabetes, doenças da tireoide, contrações uterinas, comprimento cervical, sangramento vaginal devido deslocamento da placenta,

marcadores biológicos e genéticos e comportamentos adversos.²

Quando é realizado a comparação entre a IG do RNPT e a mortalidade com as sequelas a longo prazo, percebe-se que quanto menor a IG maior o risco para o recém-nascido ter complicações no seu quadro de saúde, que leva a frequentes reinternações ao longo do primeiro ano de vida. Além de implicar em déficit de crescimento, maior taxa de mortalidade a longo prazo e atraso no neurodesenvolvimento. Devido ao quadro clínico complexo apresentando por muitos RNPT existe a necessidade de cuidado especial a essas crianças durante o internamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e acompanhamento ambulatorial rigoroso ao longo de sua vida, buscando garantir a continuidade dos cuidados neonatais.^{1,3}

Contudo, salienta-se que além desses aspectos biológicos das repercussões da prematuridade para o bebê e sua família, tem-se as alterações psicológicas maternas e do RNPT que podem incorrer em alterações na autoconfiança materna para o cuidado do filho tanto na UTIN como após a alta hospitalar.⁴ O resultado positivo de tratamento para o RNPT não se dá apenas pelos cuidados durante o internamento que garantem sua sobrevivência e possibilitam a alta hospitalar, mas também pela criação de vínculos entre o RN com seus pais e familiares que irão possibilitar a continuidade dos cuidados após a alta da UTIN.³ É importante ressaltar que devido aos diversos procedimentos, aos quais os RNPT são submetidos durante a internação, acabam perdendo os primeiros contatos com os pais logo ao nascer. Estes contatos são essenciais para a criação de vínculos, tanto nas primeiras relações quanto influenciam na criação de vínculos afetivos no futuro.⁵

Dessa maneira, é necessário estimular a relação de vínculo entre o RNPT e os pais desde sua chegada na UTIN, para buscar empoderar os pais no desenvolvimento de sua parentalidade saudável, repercutindo na melhoria da criação de vínculos para toda vida desses bebês. Desse modo, faz-se necessário mapear como se encontra a autoeficácia materna para o cuidado do RNPT, sendo

autoeficácia definida como “crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade”^{6:2} Essa avaliação deve se pautar em instrumentos validados e reconhecidos que podem ser empregados na atenção a mãe e família do RNPT, em busca de identificar fragilidades na autoconfiança da mãe em reconhecer as necessidades do filho e prover o cuidado adequado.

Portanto, tem-se como objetivo deste estudo identificar a autoeficácia materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pela aplicação da escala de Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM).

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa de desenho transversal, desenvolvido nas dependências da UTIN de um hospital do oeste do Paraná. A população do estudo foram todas as mães dos recém-nascidos hospitalizados na referida UTIN, no período de setembro de 2020 a agosto de 2021.

A amostra do estudo foi composta a partir dos seguintes critérios de inclusão: RNPT com IG menor que 37 semanas; permanência mínima na UTIN de sete dias; sem malformações congênitas graves. Excluiu-se as mães adolescentes (abaixo de 18 anos), analfabetas ou com problemas de saúde mental diagnosticados e registrados nos prontuários dos RNPT ou autorreferido pelas mães, RNPT que fossem a óbito no período do estudo e, mães estrangeiras. A amostra total conforme cálculo amostral realizado no programa *Gpower 3.1* foi de 52 mães. Contudo, incluiu-se uma mãe a mais na amostra totalizando 53.

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a escala denominada Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna – PAEPM com autorização por parte das autoras responsáveis para uso da escala via e-mail. A escala é composta por 20 questões respectivas a quatro domínios, como pode ser identificado no quadro 1.

Quadro 1 – Questões da escola PAEMP de acordo com os domínios. Cascavel, 2021.

Domínios	Questões
Leitura do comportamento	1. Acredito que posso dizer quando meu bebê está cansando e precisa dormir. 2. Acredito que eu tenho controle sobre os cuidados com o meu bebê. 3. Eu posso dizer quando meu bebê está doente. 4. Eu posso compreender os sinais do meu bebê. 13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer. 15. Eu sou boa em saber quais as atividades que meu bebê não gosta.
Eliciando comportamento	5. Eu posso fazer meu bebê feliz. 8. Eu posso acalmar meu bebê quando ele/ela está chorando. 9. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela está triste. 10. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela está irritado. 11. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela não para de chorar. 12. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela fica mais impaciente. 14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.
Crenças situacionais	6. Eu acredito que o meu bebê responde bem a mim. 7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa relação. 20. Eu sei como mostrar meu afeto pelo meu bebê.
Tomando cuidado	16. Eu sei bem como manter meu bebê distraído. 17. Eu sei bem como alimentar meu bebê. 18. Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) o meu bebê. 19. Eu sei bem como dar banho em meu bebê.

Fonte Tristão et al.⁷

As alternativas para resposta correspondem a uma pontuação do tipo *Likert* com valores de 1 a 4, sendo uma alternativa para cada pergunta, tendo-se: Discordo fortemente = 1 ponto; discordo = 2 pontos; concordo = 3 pontos; concordo fortemente = 4 pontos. A pontuação tem um mínimo de 20 e máximo de 80 pontos.⁷

Os resultados da PAEMP indicam o nível de autoeficácia total, sendo que quanto maior a pontuação obtida pela mãe ao final das perguntas, maior será o nível de autoeficácia materna. Esses resultados podem ser considerados a partir da pontuação geral ou pela análise dos valores de cada domínio. O resultado é expresso mediante a somatória dos valores obtidos em cada resposta em cada domínio e, a partir da soma dos quatro domínios, tem-se o escore total de autoeficácia materna. Ressalta-se a facilidade de utilização dessa escala devido a sua validação para a cultura brasileira e por ser um método de rápida utilização possibilitando o manejo inclusive na clínica.⁷

Além da aplicação da PAEMP, obteve-se dados para caracterização das participantes a respeito da idade, nível de escolaridade, estado civil, região da moradia, vínculo empregatício, renda familiar, número de filhos e tipo de parto realizado. Assim como,

informações sobre os RNPT: data do nascimento, gênero, idade gestacional, peso ao nascer, estatura, Perímetro Cefálico (PC), Apgar 1º/5º minuto de vida e tempo de hospitalização. Após a coleta, os dados foram digitados no *Excel for Windows, 2010* e analisados por meio de estatística descritiva. Apresentadas pela frequência absoluta e relativa, média da pontuação obtida na escala aplicada, seguindo as diretrizes de pontuação indicada pelos autores.⁷

Os aspectos éticos foram cumpridos de acordo com a resolução do CONEP, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com os seres humanos, sob parecer número 1.836.186. Ao ser convidada a participar da pesquisa cada mãe foi informada sobre a pesquisa, recebendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os dados obtidos possibilitaram identificar as características sociodemográficas da mãe e clínicas do RNPT, bem como os escores de autoeficácia materna. A caracterização sociodemográfica das entrevistadas é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mães dos RNPT do estudo. Cascavel, Paraná, 2021. (N=53)

Variáveis	FA (N)	FR (%)
Idade		
18 a 20 anos	8	15,09
21 a 23 anos	12	22,64
24 a 26 anos	4	7,55
27 a 30 anos	12	22,64
31 a 33 anos	11	20,75
34 a 37 anos	2	3,77
Acima de 38 anos	4	7,55
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	5	9,43
Ensino Fundamental completo	4	7,55
Ensino Médio incompleto	15	28,30
Ensino Médio completo	14	26,42
Superior completo e incompleto	14	26,42
Sem escolaridade	1	1,89
Estado civil		
Solteira	9	16,98
União estável	25	41,17
Casada	17	32,08
Divorciada	2	3,77
Vínculo empregatício		
Do lar	27	50,94
Doméstica	2	3,77
Estudante	2	3,77
Auxiliar de produção	3	5,66
Ajudante de cozinha	1	1,89
Agricultora	2	3,77
Auxiliar de enfermagem	1	1,89
Auxiliar administrativo	2	3,77
Servidora pública municipal	1	1,89
Professora	1	1,89
Vendedora	2	3,77
Sem dados	9	16,98
Renda familiar		
1 salário-mínimo	18	33,96
2 a 3 salários-mínimos	22	41,51
3 a 5 salários-mínimos	5	9,43
Auxílio emergencial	2	3,77
Sem dados	6	11,32
Número de filhos		
1	16	30,19
2	15	28,30
3	13	24,53
4	3	5,66
5	1	1,89
6	2	3,77
Sem dados	3	5,66
Local residência		
Urbana	50	94,34
Rural	3	5,66

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Evidencia-se que a maioria das mães são jovens, com idade entre 21 a 33 anos (N=39; 73,58%), com mais de oito anos de escolaridade (N=43; 81,14%), em união estável (N=25; 41,17%). O vínculo empregatício mais declarado foi do lar e

residem em zona urbana com maior frequência (N=50; 94,34%), majoritariamente a renda familiar era de dois a três salários-mínimos (N=22; 41,51%). Com respeito ao número de filhos, houve uma prevalência das mulheres

com apenas um filho, nesse caso o RNPT (N=16; 30,19%).

Sequencialmente, analisou-se as características do RNPT, expostas na tabela 2.

Tabela 2 – Características do RNPT em estudo. Cascavel, Paraná, 2021. (N=53)

Variáveis	FA (N)	FR (%)
Idade gestacional		
32 a 34 semanas	22	41,51
28 a 31 semanas	22	41,51
Menor 28 semanas	9	16,98
Peso ao nascer		
Acima 2500 gr	3	5,66
2000 gr a 2500 gr	4	7,55
1500 gr a 1999 gr	16	30,10
1000 gr a 1499 gr	15	28,30
Abaixo de 1000 gr	15	28,30
Sexo		
Masculino	30	56,60
Feminino	23	43,40
Estatura		
31 a 33 cm	8	15,09
34 a 36 cm	9	16,98
37 a 39 cm	11	20,75
40 a 42 cm	17	32,08
43 a 45 cm	6	11,32
46 a 50 cm	2	3,77
Perímetro cefálico		
21 a 24 cm	11	20,75
25 a 27 cm	9	16,98
28 a 30 cm	22	41,51
31 a 33 cm	10	18,87
34 a 36 cm	1	1,89
APGAR 1 min		
8	9	16,98
7	10	18,87
6	9	16,98
5	4	7,55
4	9	16,98
3	5	9,43
2	4	7,55
1	1	1,89
0	2	3,77
APGAR 5 min		
9	10	18,87
8	21	39,62
7	14	26,42
6	6	11,32
3	1	1,89
2	1	1,89
Tipo de parto		
Cesárea	30	56,60
Vaginal	20	37,64
Sem dados	3	5,66

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Observa-se que a maioria dos RNPT eram do sexo masculino (N= 30; 56,60%), nascidos de cesariana (N=30; 56,60%), com peso inferior a 1999 gramas (N=46; 86,7%). Quanto a idade gestacional, mais de 80% da amostra nasceu entre 28 a 34 semanas (N=44;

83,02%), caracterizando-os como muito prematuros a pré-termos moderados. A respeito da estatura 17 (32,08%) RNPT nasceram com medidas entre 40 a 42 centímetros; com perímetro cefálico de 28 a 30 cm (N=22; 41,51%). O Apgar do 1º minuto

(N=33; 64,15%) reflete grau de asfixia ao nascer, contudo, recuperada no 5º minuto (N=45; 84,91%), em que os valores ficaram acima de 7.

No que concerne as perguntas da escala de autoeficácia materna, dispõe-se na tabela 3 e tabela 4, os escores por domínios e por valores totais.

Tabela 3 – Escores da escala de autoeficácia durante a hospitalização, conforme os quatro domínios. Cascavel, Paraná, 2021. (N=53)

Classificação escore domínios	Média	Mínimo-Máximo
Tomando cuidado	3,29	1 - 4
Eliciando o cuidado	3,37	2 - 4
Leitura do comportamento	3,15	1 - 4
Crenças situacionais	3,63	2 - 4

Fonte: Banco de dados da pesquisa

A análise dos escores obtidos diante dos domínios da escala, demonstrou que dentre os quatro domínios, todos apresentaram médias superiores a 3 nas respostas *Likert*, que se refere a alternativa “concordo”. Sendo a mais baixa de 3,15 do domínio leitura do

comportamento e a mais alta do domínio crenças situacionais. Os escores obtidos nas respostas variaram entre o menor com valor de 1 correspondente a opção “discordo fortemente” presente na escala e 4 referentes a opção “concordo fortemente”.

Tabela 4 – Média do escore total e por pontuação da escala de autoeficácia durante a hospitalização. Cascavel, Paraná, 2021.

Classificação escore	Média	FA (N)	FR (%)
Escore Total	66,51	-	-
70 a 80 pontos	75,63	20	37,74
60 a 69 pontos	64,17	23	43,40
50 a 59 pontos	56,43	7	13,21
40 a 49 pontos	48,33	3	5,66

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Considerando os dados analisados por meio dos valores totais da PAEMP, evidencia-se que não foi registrado respostas maternas que pontuassem com escores abaixo dos 30 pontos, significando que a percepção da autoeficácia materna encontra-se acima do escore mínimo. A maior pontuação ficou entre 60 a 69 pontos com média de 64 pontos (N=23; 43,30%). Este resultado indica que as participantes sentem-se confiantes em sua capacidade para cuidar de seus RNPT, demonstrado pela elevada autoeficácia para o cuidado entre 20 mães (37,74%), as quais pontuaram de 70 a 80 pontos.

DISCUSSÃO

Conforme o apresentado pelos dados, evidencia-se que algumas características apresentadas pelos RNPT, como baixo peso ao nascer e idade gestacional abaixo das 34 semanas, são considerados fatores que podem aumentar o risco de ocorrência de mortalidade

neonatal. Portanto, sendo preditores de maior risco para medos e inseguranças dos pais, que pode estar relacionada a sua autoconfiança para o cuidado. Estudos associam também variáveis socioeconômicas à ocorrência e condição dos partos, e posteriormente ao desenvolvimento e crescimento das crianças.⁸ Ainda sobre essa caracterização sociodemográfica, elenca-se a idade das entrevistadas, em sua maioria mulheres jovens, as quais possuem um fator de risco para as crianças, de acordo com estudo desenvolvido com mães australianas, as crianças nascidas de mães jovens são mais vulneráveis a terem menor autoeficácia para o cuidado.⁹ No entanto, na validação da escala no Brasil, a idade materna não foi considerada como um fator relacionado a percepção da autoeficácia materna.⁷

Na validação da escala no Brasil, de acordo com o exposto pelas autoras, as variáveis “valor mais baixo do Apgar” e “nível mais baixo de educação materna” foram fatores que influenciaram negativamente a percepção de autoeficácia materna.⁷ Em nossa análise,

verificou-se que o nível de educação materna era maior de oito anos para a maioria das participantes, o que pode ser considerado como protetor para maiores escores de autoeficácia apresentados. Contudo, mães de bebês com pontuação Apgar baixas obtiveram escores mais baixos quando comparadas a mães de RNPT com pontuações de Apgar maiores, além do registro do baixo peso ao nascer concomitante à baixa pontuação do Apgar.

Em relação ao perfil dos RNPT, identificou-se a maioria das crianças com baixo peso ao nascer, o que associado a prematuridade torna-se um fator de risco para a criança, a qual deve ser acompanhada durante todo o seu crescimento. Correlacionando-se esse achado com a autoeficácia materna, nota-se que mães de RNPT com baixo peso ao nascer se tornam mais suscetíveis a enfrentar altos níveis de ansiedade e ter maiores dificuldades para a criação de ligação com seus filhos.¹⁰

Em relação aos resultados encontrados em nossa pesquisa, notou-se que 16 crianças (30,10%) nasceram com baixo peso, variando entre 1500 e 1999 gramas, portanto, representando uma condição de dificuldade para a criação de vínculo materno como citado em um estudo japonês,¹¹ além de representar um risco 20 vezes maior para a ocorrência de mortalidade para essas crianças quando comparadas com RN com peso maior.¹²

Cita-se também a elevada frequência de cesáreas realizadas para o nascimento dos RNPT, representada por 56,60% (N=30) dos partos, porém a indicação de cesariana nesses casos pelo Ministério da Saúde é baixa, portanto, não deve ser uma rotina frente a prematuridade.¹³

A autoeficácia materna para o cuidado, neste estudo mostrou em sua média escore elevado – 60 a 69 pontos, estando mais próximo a 80, indicando que as mães de prematuros em estudo têm boa confiança para o cuidado do filho durante a hospitalização. Em relação aos domínios, as mães apresentaram maiores níveis de confiança para questões relacionadas aos cuidados diários para as crianças e sobre os cuidados envolvidos com a alimentação e sono. Dados semelhantes aos encontrados no cenário no estudo brasileiro da validação da escala,⁷ em que a maioria das mães apresentaram níveis elevados de autoeficácia nessas mesmas

questões, as quais compõem o domínio *tomando cuidado*, em relação à média desse domínio registramos 3,29.

Analisando-se o escore total encontrado em nosso trabalho tem-se a média de 66,51 pontos, equivalendo-se ao obtido na validação da escala PAEPM brasileira que registrou média de 65.⁷ Como consequência desse registro de escore alto, visualiza-se a importância de a autoeficácia parental ser positiva, pois é identificada como fator protetor para o RNPT, visto que os pais com elevado nível de autoeficácia tem mais facilidade para o cuidado na alta hospitalar.⁵ Dessa forma, reduzindo custos com a saúde das crianças, uma vez que pais mais confiantes evitam a busca desnecessária dos serviços de emergência, sendo esse cenário possível a partir das ações realizadas pela equipe de saúde para preparar a família do RNPT para a alta hospitalar,¹⁴ com base na pontuação de sua autoeficácia para o cuidado.

Outro ponto a ser destacado referente a percepção do adoecimento é que as mães de RNPT afirmam sentirem que não tem o controle sobre a saúde e sobrevivência dos filhos.¹⁵ Em nossa análise verificou-se que no domínio *leitura do comportamento*, as entrevistadas obtiveram a menor média quando comparada aos demais domínios. Diante disso é possível relacionar com o destacado pelos autores¹⁵ de que as mães não possuem o controle sobre a saúde dos filhos e possuem dificuldade para compreensão dos sinais emitidos pelas crianças em relação aos cuidados que elas necessitam, assim o nível de autoeficácia percebido pelas mulheres acaba diminuindo.

Frente ao exposto, verifica-se que dentre as entrevistas realizadas obteve-se um escore total com alta pontuação, indicando positivamente altos índices de percepção da autoeficácia materna. Ademais, o domínio que obteve as maiores pontuações foi o referente aos *cuidados com os prematuros*, portanto, evidenciando que as mães se sentem capazes de cuidar de seus filhos.

Entretanto, o domínio com a menor pontuação foi o de *leitura do comportamento*, que é referente a capacidade da mãe de compreender os sinais emitidos pelas crianças durante o dia a dia e no adoecimento, bem como fazer a interpretação dos gostos individuais de

cada criança. Sendo possível relacionar esse dado com o ambiente da UTIN na qual os pais assumem a posição de cuidadores secundários, enquanto os enfermeiras das UTIN assumem a responsabilidade total na hospitalização.¹⁵ Nesse sentido, percebe-se a necessidade dos profissionais da saúde prepararem, orientarem e auxiliarem as mães a compreenderem como realizar os cuidados com seus bebês para evitar que ocorra esse cuidado secundarizado e dificulte a criação de vínculos com os bebês.

CONCLUSÃO

A percepção da autoeficácia materna acerca da capacidade de realizar os cuidados com o RNPT é alta conforme escores na escala PAEPM que variaram de médio a elevados, o que gera benefícios para a qualidade da interação entre pais e filhos. No entanto, na pesquisa pelos escores dos domínios acerca da compreensão do comportamento do RNPT, registrou-se os menores valores. Evidenciando-se a necessidade de proporcionar aos pais conteúdos sobre as necessidades básicas do RNPT, assim como, acerca do quadro de saúde, da importância da criação de vínculos com os seus filhos na hospitalização, do incentivo por parte da equipe de saúde para que a sua percepção de autoeficácia aumente, gerando benefícios a todos os envolvidos: RNPT, pais e trabalhadores da UTIN.

A equipe de enfermagem da UTIN deve identificar os aspectos que necessitam de maior atenção, a partir da utilização da escala PAEPM, para melhorar a capacidade parental dos pais dos RNPT, bem como, quando possível, realizar mudanças estruturais na unidade e de rotinas para propiciarem maior contato entre progenitores e filhos, buscando maior percepção da autoeficácia e melhor execução de suas atividades parentais durante e pós-alta hospitalar.

Este estudo tem como limitação seu desenho, que promoveu uma fotografia de um momento específico, sugere-se que a PAEPM possa ser aplicada em distintos momentos durante a hospitalização dos RNPT. Ainda, trata-se de uma amostra de uma região específica do sul do Brasil e deve ser ampliado para outras regiões do país, visto que as

características sociodemográficas são determinantes de saúde que podem influenciar na auto eficácia materna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento (CNPq) pelo apoio financeiro recebido para realização dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preterm Birth. [Internet] Geneva. WHO; 2018 [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. [Internet]. 2018. 3-12. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779863/>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados com o recém-nascido. 2. ed. v.4 [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf.
4. Aydon L, Hauck Y, Murdoch J, Siu D, Sharp M. Transition from hospital to home: parents perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. Journal Of Clinical Nursing [Internet]. 2018 [acesso em 2021 out 20]; 27, 269-277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514524/>.
5. Vance AJ, Pan W, Malcolm WH, Brandon DH. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. Early Human Development. [Internet] 2020 [acesso em 2021 out 20]; 141,104946- 6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31901656/>.

6. Barros M, Batista-dos-Santos AC. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*. [Internet] 2010 [acesso em 2021 out 20] 112. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818>
7. Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR, Adamson-Macedo E. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. *Journal Of Human Growth And Development*. [Internet] 2015 [acesso em 2021 out 20] 25, 282-281. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/96759/105920>.
8. Franca EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, Franca JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 out 20]; 20, 46-60. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/46-60/pt>.
9. Falster K, Hanly M, Banks E, Lynch J, Chambers G, Brownell M, Eades S, Jorm L. Maternal age and offspring developmental vulnerability at age five: a population-based cohort study of australian children. *Plos Medicine* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 out 20]; 15, e1002558. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002558>.
10. Tane R, Masitoh S, Rustina Y. Factors influencing anxiety in mothers of low birth weight infants. *Pediatric reports* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 nov 10]; 12 (Suppl 1), 8701. Disponível em: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/pr/article/view/8701/8272>
11. Kurokawa M, Yamamoto A, Takada S. Translation and Psychometric Analysis of the Japanese Version of the Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 out 20]; 49 1-11. Disponível em: <https://www.meta.org/papers/translation-and-psychometric-analysis-of-the/33221202>
12. Sociedade Brasileira De Pediatria (SBP). Departamento Científico de Neonatologia (org.). Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade: 17 de novembro: dia mundial da prematuridade. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N° 306 de 28 de Março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html.
14. Ingram JC, Powell J, Blair P, Pontin D, Redshaw M, Manns S, Beasant L, Burden H, Johnson D, Rose C. Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *Bmj Open* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 out 20]; 6, e010752.2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26966062/>.
15. Ionio, C, Mascheroni, E, Colombo, C, Castoldi, F, Lista, G. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 out 20]; 20, E81. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/EA0FE73C7BED8049C7FB7D6C248796FC/S1463423619000021a.pdf/stress-and-feelings-in-mothers-and-fathers-in-nicu-identifying-risk-factors-for-early-interventions.pdf>

Recebido em: 04.12.2021
Aprovado em: 04.02.2022