

Adaptação transcultural do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*

Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist

Adaptación transcultural de Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist

Carolina Queiroz de Souza Mendes¹

ORCID: 0000-0002-8408-6408

Myriam Aparecida Mandetta¹

ORCID: 0000-0003-4399-2479

Miriam Harumi Tsunemi¹

ORCID: 0000-0002-9585-4230

Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro¹

ORCID: 0000-0002-4367-5855

¹ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.
Botucatu, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Mendes CQS, Mandetta MA, Tsunemi MH, Balieiro MMFG.
Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-
efficacy Checklist. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):274-81.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>

Autor Correspondente:

Carolina Queiroz de Souza Mendes
E-mail: carolqsmendes@yahoo.com.br



Submissão: 05-09-2018 **Aprovação:** 06-11-2018

RESUMO

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* para o português brasileiro. **Método:** Estudo metodológico, realizado com 51 pais de recém-nascidos prematuros. A análise dos dados utilizou-se da psicometria e da estatística inferencial. **Resultados:** A validação de conteúdo do instrumento pelos especialistas obteve concordância excelente (97%), e a análise semântica com a população-alvo demonstrou compreensão dos termos e facilidade na sua utilização. No teste-reteste, houve maioria de participantes do sexo feminino (64,7%) e de pais com ensino superior (47,1%). O instrumento apresentou estabilidade ao longo do tempo, com boa consistência interna ($\alpha = 0.84$). Quatro fatores foram gerados nas subescalas "autoeficácia parental", "importância das tarefas" e "competência parental autopercebida" (67,0% a 74,2% da variância). **Conclusão:** Houve a manutenção das propriedades do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* – Versão Brasileira, que se configura como um indicador confiável para avaliar a alta hospitalar do prematuro. **Descritores:** Autoeficácia; Pais; Recém-Nascido Prematuro; Estudos de Validação; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To conduct a cross-cultural adaptation of the *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* to the Brazilian Portuguese. **Method:** A methodological study was carried out with 51 parents of premature infants. Data analysis was based on psychometric and inferential statistical analyses. **Results:** The instrument content validation by experts obtained excellent agreement (97%) and the semantic analysis by the target population showed good understanding of the terms and ease of use. In test-retest, most participants were female (64.7%); and parents with higher education (47.1%). The instrument showed stability over time, with good internal consistency ($\alpha = 0.84$). Four factors were generated in the subscales *parenting self-efficacy*, *importance of tasks* and *self-perceived parental competence* (67.0% to 74.2% of the variance). **Conclusion:** The properties of the *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* – Brazilian Version were maintained, which is a reliable indicator to evaluate the hospital discharge of premature infants. **Descriptors:** Self-efficacy; Parents; Infant, Premature; Validation Studies; Neonatal Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural de *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* para el portugués de Brasil. **Método:** Estudio metodológico, en el cual participaron 51 padres de recién nacidos prematuros. En el análisis de datos se utilizaron la psicometría y la estadística inferencial. **Resultados:** La validación de contenido del instrumento por los expertos obtuvo una concordancia excelente (97%), y el análisis semántico con la población demostró comprensión de los términos y facilidad en su utilización. En el test-retest, hubo la mayoría de participantes del sexo femenino (64,7%); y de padres con enseñanza superior (47,1%). El instrumento fue estable a lo largo del tiempo, presentando una buena consistencia interna ($\alpha = 0.84$). Se generaron cuatro factores en las subescalas: autoeficacia parental; importancia de las tareas; y competencia parental autopercebida (del 67,0% al 74,2% de la varianza). **Conclusión:** Las propiedades de *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* –versión brasileña– se mantuvieron, lo que configura como un indicador fiable de evaluación del alta hospitalaria del prematuro. **Descritores:** Autoeficacia; Padres; Recién Nacido Prematuro; Estudios de Validación; Enfermería Neonatal.

INTRODUÇÃO

O parto prematuro gera um sentimento de frustração nos pais devido à separação do filho recém-nascido (RN) alterando a dinâmica familiar. Ter um RN prematuro provoca uma crise na família, causada pelos seguintes fatores: afastamento, por tempo prolongado do cotidiano familiar; constante contato com um ambiente estressante; a aparência, o comportamento e a condição de saúde do RN; grande uso de recursos tecnológicos; necessidade de interação com diversos profissionais de saúde; e filosofia do serviço restritiva à participação da família⁽¹⁻²⁾.

Todos esses elementos podem dificultar o desenvolvimento da parentalidade, ou seja, o modo como são construídos os sentimentos, as funções e os comportamentos no desempenho da maternidade e da paternidade, e cuja prática refere-se aos cuidados físicos, psicológicos e às tarefas cotidianas que os pais executam com seus filhos⁽³⁾. Dessa maneira, os pais que participam dos cuidados do seu filho e permanecem ao seu lado sentem-se mais bem preparados para a transitar do hospital para o domicílio⁽⁴⁻⁵⁾.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, precisam desenvolver estratégias para promover o bem-estar da família e fortalecer o vínculo entre pais e RN⁽⁵⁻⁶⁾. Uma das estratégias potenciais nesse sentido é ajudar os pais a adquirirem autoconfiança para cuidar de seus filhos recém-nascidos prematuros, desde a internação, para que possam atingir a independência no cuidado do filho após a alta hospitalar^(1,7-8).

A autoconfiança parental advém da capacidade dos pais de se perceberem autoeficazes no cuidado de seus filhos. O conceito de autoeficácia parental tem sua base de construção teórica no referencial da Teoria Cognitiva Social de Autorregulação de Bandura⁽⁹⁾; e é definido como “as crenças ou julgamentos que os pais detêm das suas capacidades para organizar e executar um conjunto de tarefas relacionadas com o papel de pai e mãe de uma criança”⁽¹⁰⁾.

A avaliação da confiança dos pais em cuidar de seu filho tem importante aplicação clínica e de pesquisa em situações de cuidados de saúde. No entanto, observa-se uma carência de instrumentos de avaliação desse constructo no Brasil. Em uma revisão da literatura, identificaram-se nove instrumentos de medida de avaliação de confiança, crenças e capacidades e autoeficácia de pais de RN. Desses, três se referiam aos RN prematuros, porém somente o *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*⁽¹¹⁾ abordava os pais fora do ambiente hospitalar.

O instrumento acima referido foi desenvolvido na Austrália e é composto por 36 questões, com o objetivo de medir a autoeficácia parental para as tarefas de cuidado ao RN prematuro e a termo. As questões estão agrupadas em três subescalas que mensuram: a autoeficácia parental (crenças e julgamentos que os pais detêm para organizar e executar tarefas relacionadas ao cuidado do seu filho); a importância das tarefas (o quanto os pais se sentem importantes em determinada tarefa); e a competência parental autopercebida

(as habilidades que os pais possuem para realizar determinada tarefa). Para as repostas aos itens, utiliza-se uma escala Likert com sete pontos (1 – nada confiante; 2 – não confiante; 3 – não muito confiante; 4 – inseguro; 5 – um pouco confiante; 6 – confiante; 7 – muito confiante), sendo que em sete perguntas, há a resposta “não aplicável”, por tratarem de situações que podem ou não fazer parte daquela família, como ter outros filhos⁽¹¹⁾. Dessa forma, é questionado se a validação do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* para o português brasileiro mantém as propriedades do instrumento original.

OBJETIVO

Realizar a adaptação transcultural do instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* para o português brasileiro.

MÉTODO

Aspectos éticos

Foi realizado um contato prévio, por meio eletrônico, com os autores do instrumento original para solicitar autorização para sua adaptação transcultural para o português brasileiro. Na sequência obteve-se a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa de vinculação dos autores do estudo e do hospital campo da pesquisa.

As recomendações nacionais (Resolução CNS nº 466/12) e internacionais de pesquisas com seres humanos foram seguidas, garantindo o anonimato dos participantes, a confidencialidade e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido em duas vias, foi assinado por todos os participantes em todas as fases do estudo.

Desenho, local de estudo e período

Estudo metodológico da adaptação transcultural de um instrumento de medida, conforme as etapas propostas por *Guillemin, Bombardier, Ferraz e Beaton*⁽¹²⁾. Estas etapas são: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas, realização de um pré-teste/teste-reteste da versão final e análises psicométricas⁽¹²⁻¹³⁾ (Figura 1). A coleta de dados do estudo compreendeu o período de junho de 2016 a novembro de 2017.

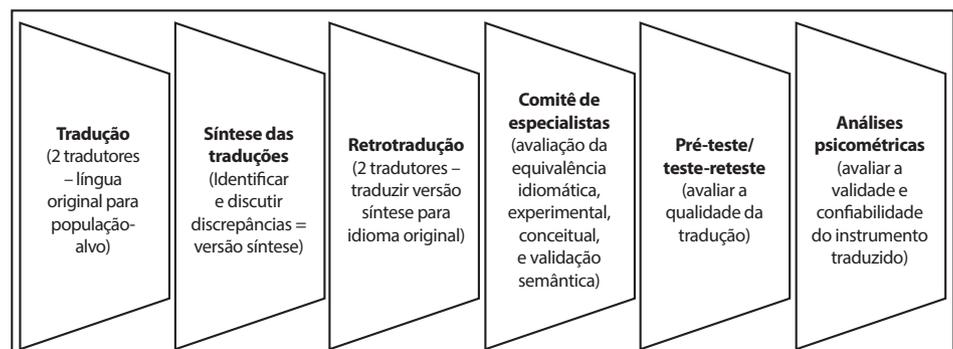


Figura 1 – Etapas da adaptação transcultural, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018

O local de estudo foi um hospital privado, com característica de maternidade e atendimento neonatal localizado na Zona Sul do município de São Paulo. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é dividida em cinco unidades: uma unidade cirúrgica, uma unidade de internação prolongada, duas unidades para o atendimento de recém-nascidos de alto risco (prematuros extremos e asfixia perinatal) e de cuidados intermediários e uma unidade semi-intensiva. O acesso dos pais é livre nas 24 horas; durante o período de internação do prematuro, os pais recebem orientações para o cuidado e a alta hospitalar é planejada em conjunto pela equipe multiprofissional de saúde.

População e amostra

A fase de tradução do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* foi realizada por um tradutor da área da saúde que foi informado sobre o objetivo do estudo; e outro tradutor da área de administração que não conhecia o objetivo do estudo, ambos fluentes no inglês e domínio do português brasileiro. Na fase de retrotradução, a versão síntese traduzida foi submetida a dois profissionais independentes, um nativo americano e outro nativo australiano, ambos fluentes em português brasileiro, com domínio no inglês, que desconheciam o instrumento original, o objetivo da pesquisa e sem comunicação durante essa fase.

O comitê de especialistas foi composto por sete doutores e mestres profissionais de saúde com conhecimento sobre o cuidado voltado para o recém-nascido em unidade neonatal e família que atenderam aos critérios de classificação de especialista segundo o modelo de validação de Fehring⁽¹⁴⁾ adaptado para este estudo, com pontuação igual ou superior a cinco.

Para a validação semântica, o instrumento em sua versão adaptada foi submetido a uma amostra de oito pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados na UTIN do local de estudo que não participaram das outras fases do estudo.

Para as fases de pré-teste e teste-reteste, a amostra final foi composta por 51 pais de recém-nascidos prematuros elegíveis para o estudo, conforme critérios descritos em seguida.

O cálculo amostral dessas fases seguiu as recomendações de Guillemín, Bombardier, Ferraz e Beaton⁽¹²⁾ para estudos de validação, que consideram uma amostra de pelo menos 50 participantes.

Critérios de inclusão e exclusão

Para as fases de validação semântica, pré-teste e teste-reteste, os critérios de inclusão foram: serem pais ou responsáveis legais de um RN prematuro, com idade gestacional de 28 a 36 semanas e 6/7 dias, clinicamente estáveis, em aleitamento materno e com alta programada. Os critérios de exclusão foram: ser pai ou mãe de RN com alguma anomalia congênita, que portasse sonda gástrica, gastrostomia, oxigênio suplementar e medicações com múltiplas doses diárias, ou gemelares, caso não recebessem alta hospitalar na mesma data.

Protocolo do estudo

Na fase de tradução do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*, os dois tradutores realizaram versões independentes que, após análise dos pesquisadores, geraram a versão traduzida do instrumento.

Na fase de retrotradução, a versão síntese foi aprovada com algumas alterações em termos e frases para melhor adaptação cultural.

Para validação de conteúdo pelo comitê de juízes, utilizou-se a técnica *delphi* e um questionário produzido pelas pesquisadoras contendo os itens do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* (versão traduzida) e respostas tipo Likert de três pontos: 1 – concordo, 2 – não concordo nem discordo, 3 – discordo e um campo para sugestões.

A partir da versão aprovada pelo comitê de especialistas, a terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* foi submetida à validação semântica. Nessa etapa foi elaborado um questionário, dividido em quatro grupos de nove questões cada, com respostas do tipo Likert de três pontos para avaliar a: *relevância* (1 – essencial, 2 – útil, mas não essencial, 3 – desnecessária); a *clareza das questões* (1 – concordo totalmente, 2 – não concordo e nem discordo, 3 – não concordo); e a *dificuldade em seu uso* (1 – sem dificuldade, 2 – pouca dificuldade, 3 – muita dificuldade). Havia um campo para que o respondente emitisse alguma sugestão quanto às questões do instrumento. Ademais foi aplicado o questionário sobre as características sociodemográficas dos participantes.

As variáveis do estudo foram: características sociodemográficas dos participantes; características clínicas maternas e do RN (perinatais e neonatais); e a percepção da autoeficácia parental no cuidado do recém-nascido prematuro, medida pela aplicação da terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*.

A abordagem dos participantes foi feita durante a internação do RN prematuro com programação de alta hospitalar. A primeira abordagem, na maioria das vezes, ocorreu com as mães em função da hospitalização prolongada do filho e o retorno do pai ao trabalho. Definiu-se que a primeira coleta dos dados ocorreria após o terceiro dia da alta hospitalar e a segunda coleta, 96 horas após a aplicação da primeira, já que esse período era necessário para que os pais realizassem determinadas tarefas. O segundo contato com os participantes do estudo foi realizado por celular para lembrá-los sobre os objetivos da pesquisa e reforçar a importância da participação do pai.

Na fase de pré-teste e teste-reteste foram utilizados o questionário de características sociodemográficas do participante e da família, o formulário de características perinatais e neonatais e o instrumento adaptado, traduzido e aprovado pelo comitê de especialistas e pela população-alvo, inseridos no programa REDCapTM.

A coleta de dados pelos participantes foi realizada por meio eletrônico e celular. Já o preenchimento do formulário de características perinatais e neonatais foi realizado pela pesquisadora em consulta aos prontuários clínicos dos recém-nascidos.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva e inferencial. Utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach para determinar a consistência interna do instrumento e as correlações entre os itens e para os itens de cada domínio ou subescala^(13,15).

Na etapa de teste-reteste, a concordância entre as questões na primeira e na segunda aplicação do instrumento foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassa (ICC), que se configura como uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas entre os indivíduos^(13,15).

Para validar o constructo utilizou-se a análise fatorial, após a confirmação do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de Bartlett⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Na análise da carga fatorial, adotou-se valores acima de 0,60 como muito boa e estatisticamente significativa. Para determinar a quantidade de fatores a serem extraídos, adotou-se o critério de variância acumulada, que considera como um patamar aceitável o valor de 60%⁽¹⁶⁾. O método dos componentes principais com rotação independente, pelo método Varimax, foi empregado com o objetivo de maximizar a soma das variâncias das cargas da matriz fatorial⁽¹⁵⁾.

Foram utilizados os testes estatísticos Wilcoxon, Mann-Whitney e Spearman para verificar associação entre as variáveis. Para a análise descritiva das variáveis e a suposição de normalidade, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov⁽¹⁷⁾.

Outro teste utilizado foi igualdade de duas proporções, um teste não paramétrico que compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes. O resultado de cada comparação possui uma medida chamada de valor *p*, que permite avaliar a significância da comparação realizada⁽¹⁵⁾. O nível de significância adotado para os testes foi de 5% ($p = 0,005$) e o pacote estatístico utilizado foi o SPSS 17.0 e a planilha eletrônica Microsoft Excel.

RESULTADOS

Na fase de tradução, os dois participantes independentes enviaram suas traduções para análise e produção de uma versão síntese – a versão 1 do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*. Na retrotradução, os tradutores nativos alteraram a versão original nos seguintes itens: na introdução do instrumento, onde estava escrito "*kindly read and answer all the questions carefully*", foi substituído por "*please read and answer all questions carefully*", por considerarem as palavras "*kindly*" e "*carefully*" exageradas, decidindo-se pela permanência da expressão "*carefully*"; na questão 24 – "*how successful do you think you were at using baby safe methods?*" –, a palavra "*safe*" foi substituída por "*safety*". Este termo foi considerado mais adequado para se referir a métodos de segurança. A questão foi retrotraduzida como: "*how successful do you think you were at using baby safety methods?*".

Após as alterações sugeridas e aprovadas, gerou-se a versão retrotraduzida do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*, que foi enviada, junto com a versão em português brasileiro, à autora principal do instrumento original para verificar a adequação dos conceitos à versão original. A autora aprovou sem recomendação de alterações.

A primeira versão do instrumento foi submetida a três rodadas de avaliação pelo Comitê de Especialistas, gerando ao final a terceira versão, que foi aprovada com percentual de concordância de 97% e índice de validade de conteúdo (IVC) de 0,97, indicando uma boa representatividade dos itens do instrumento.

A validação semântica do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* com a população-alvo foi realizada com oito participantes; destes, três eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino; com idade média de 34,3 anos; a maioria de cor branca, com companheiro, nível superior e empregado. A ocupação mais frequente foi a de professor. Os participantes desta etapa identificaram as questões do instrumento como relevantes, claras e sem dificuldade na sua utilização. A compreensão dos termos foi de 100% entre os representantes da população-alvo. Apenas um participante sugeriu

reduzir os itens de respostas da escala Likert de sete pontos para cinco pontos (1 – nada confiante; 2 – inseguro; 3 – um pouco confiante; 4 – confiante; 5 – muito confiante), no entanto não foi acatado pelos autores desse estudo. Dessa forma, o instrumento permaneceu como estava para a próxima fase empírica – pré-teste e teste-reteste, constituindo a terceira versão do instrumento.

Na fase empírica de adaptação transcultural do instrumento (pré-teste e teste-reteste), participaram 51 respondentes, a maioria (33; 64,7%) do sexo feminino; de cor branca (33; 64,7%) e com companheiro (49; 96,1%). As características dos pais foram: escolaridade de nível superior (24; 47,1%), atuação na área de serviços administrativos (18; 35,3%), empregados no momento (42; 82,4%), e com experiência anterior com filho prematuro (8; 15,7%). A média da idade dos pais foi de 33,37 ($\pm 6,29$) e do número de pessoas que moravam na residência de 3,29 ($\pm 0,97$).

Em relação ao apoio recebido pela família no cuidado do RN prematuro após a alta hospitalar, a mãe foi a principal cuidadora nos períodos da manhã (42; 82,4%), tarde (39; 76,5%) e noite (37; 72,5%); associado com o apoio do pai no período noturno (30; 58,8%); seguido por outros membros familiares no período da tarde (24; 47,1%).

Na alta hospitalar, as informações de maior frequência recebidas pelos pais foram sobre higiene (51; 100%), vacinas (50; 98,0%), aleitamento materno (49; 96,1%), posicionamento correto do RN para dormir e retorno ao pediatra (48; 94,1%).

Em relação aos profissionais que forneceram as orientações na alta hospitalar, o médico foi referido com maior frequência (47; 92,2%), seguido pelo enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem (46; 90,2%). O meio de informação mais utilizado na alta hospitalar foi a explicação verbal (50; 98,0%), seguido de demonstração dos cuidados com o RN pela equipe de saúde.

No que se refere às variáveis perinatais e neonatais, os dados evidenciam que a maioria dos recém-nascidos foi do sexo masculino (22, 56,4%), nascido de gestação única (34, 91,9%) e por via de parto cesárea (33, 89,2%). Quanto à classificação de prematuridade, peso e da idade gestacional relacionada ao peso, identificou-se que 19 neonatos (48,7%) foram pré-termo tardio; 26 (66,7%) baixo peso e 5 (12,8%) muito baixo peso. Ressalta-se que 29 prematuros (74,4%) foram adequados para a idade gestacional.

A média de idade gestacional dos neonatos foi de 33 ($\pm 1,00$) semanas e 2,77 ($\pm 2,17$) dias, do peso ao nascer foi de 2025,6 ($\pm 447,9$) gramas, e do tempo de internação na unidade neonatal foi de 21,5 ($\pm 12,3$) dias. O número de perdas fetais, abortos ou óbito neonatal teve média de 0,46 ($\pm 0,77$), com mediana do número de gestação anterior de 1,00.

Em relação aos diagnósticos dos RN prematuros na alta hospitalar, a maior incidência foi de fatores de risco materno (35; 89,7%), agravos do sistema respiratório (35; 89,7%), seguido de agravos hematológicos (33; 84,6%).

A aplicação da terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* no teste-reteste identificou um ICC de 0,062 nas três subescalas, sinalizando uma baixa estabilidade ao longo do tempo. Ao analisar o ICC de cada questão do instrumento, verificou-se que em 13 questões não se encontrou uma confiabilidade por estabilidade no teste para o reteste. Nas demais variáveis, as correlações foram estatisticamente significantes, ou seja, a confiabilidade por estabilidade ao longo do tempo da medida foi confirmada. Considerando que o instrumento se

compõe de três subescalas – autoeficácia parental, importância das tarefas e competência parental autopercebida – decidiu-se por analisar o ICC por subescalas e os valores apresentados também demonstraram ser baixos.

A terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* revelou uma boa consistência interna dos dados em relação ao constructo analisado, com alfa de Cronbach no valor de 0,840 para o instrumento como um todo. Na subescala de autoeficácia parental, o alfa foi de 0,508; na importância das tarefas, foi de 0,644 e, na competência parental autopercebida, de 0,656. Na análise da escala como um todo, considerando a exclusão de itens, verificou-se que o alfa de Cronbach permaneceu acima de 0,80, demonstrando uma boa consistência interna do instrumento.

O resultado do KMO para o instrumento em sua terceira versão foi de 0,561, com valor p de 0,000 segundo o teste de Bartlett, o que tornou possível realizar a análise fatorial, pois identificou-se a existência de correlação entre os dados do instrumento.

Os resultados da análise por subescalas demonstraram que a autoeficácia parental apresentou um KMO de 0,779, com valor p de 0,000 segundo Bartlett, e variância acumulada de 74,1%; a importância das tarefas obteve um KMO de 0,714, valor p de 0,000 e variância de 67,9%; e, na subescala competência parental autopercebida, o valor foi 0,741 para o KMO, teste de Bartlett

com $p = 0,000$ e variância acumulada de 67,0%. Esses valores possibilitaram a análise fatorial pela existência de correlação entre as questões de cada subescala.

Cada subescala avaliada apresentou uma convergência em quatro fatores (Tabela 1), com suas maiores cargas fatoriais de 0,969 para a subescala de autoeficácia parental; 0,863 para a subescala de importância das tarefas; e 0,929 para a subescala de competência parental autopercebida.

Na análise da aplicação da terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* na população-alvo, identificou-se que os participantes perceberam-se “um pouco confiantes” (média de 5,6) na capacidade de cuidar do filho prematuro no domicílio. Na subescala de autoeficácia parental, a média foi de 6,7, os pais perceberam-se “confiantes” no cuidado do prematuro. Na subescala de importância das tarefas, a média foi de 6,0, significando que os pais avaliaram como importantes as tarefas realizadas para o cuidado do prematuro após a alta hospitalar na habilidade de tornar-se pai ou mãe.

Na comparação das médias das respostas dos participantes por sexo (Tabela 2), constatou-se que, entre os participantes do sexo feminino, houve significância estatística nas questões: 3 – sucesso no banho ($p = 0,032$); 16 – confiança na troca de fralda ($p = 0,030$); 26 – importância em lidar com agitação e choro ($p = 0,001$); 29 – importância em entender os sinais do RN ($p = 0,017$).

Tabela 1 – Análise da carga fatorial da versão brasileira do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* por subescala, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018

| Questões | Componente | | | | |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Autoeficácia parental | Q*. 28 Confiança em entender os sinais do RN | 0,834 | | | |
| | Q. 13 Confiança em métodos seguros para dormir | 0,789 | | | |
| | Q. 19 Confiança na reanimação | 0,783 | | | |
| | Q. 22 Confiança no transporte seguro | 0,594 | | | |
| | Q. 25 Confiança em lidar com a agitação e choro | 0,583 | | | |
| | Q. 16 Confiança na troca de fralda | | 0,837 | | |
| | Q. 10 Confiança em cuidar da saúde do RN | | 0,799 | | |
| | Q. 1 Confiança no banho | | 0,747 | | |
| | Q. 7 Confiança em alimentar | | 0,714 | | |
| | Q. 4 Confiança em acalmar | | 0,657 | | |
| | Q. 31 Confiança na adaptação com o RN | | | 0,928 | |
| Q. 34 Confiança no cuidado com o companheiro(a) | | | | 0,969 | |
| Importância das tarefas | Q. 26 Importância em lidar com a agitação e choro | 0,863 | | | |
| | Q. 5 Importância em acalmar | 0,823 | | | |
| | Q. 29 Importância em entender os sinais do RN | 0,759 | | | |
| | Q. 17 Importância na troca de fralda | | 0,842 | | |
| | Q. 2 Importância do banho | | 0,746 | | |
| | Q. 8 Importância em alimentar | | 0,726 | 0,726 | |
| | Q. 23 Importância no transporte seguro | | | 0,804 | |
| | Q. 11 Importância em cuidar da saúde do RN | | | 0,793 | |
| | Q. 14 Importância em métodos seguros para dormir | | | 0,730 | |
| | Q. 35 Importância no cuidado com o companheiro | | | | 0,716 |
| | Q. 20 Importância na reanimação | | | | 0,689 |
| Q. 32 Importância na adaptação com o RN | | | | 0,533 | |
| Competência parental autopercebida | Q. 3 Sucesso no banho | 0,776 | | | |
| | Q. 21 Sucesso na reanimação | 0,776 | | | |
| | Q. 27 Sucesso em lidar com agitação e choro | 0,765 | | | |
| | Q. 12 Sucesso em cuidar da saúde do RN | 0,747 | | | |
| | Q. 24 Sucesso no transporte seguro | 0,729 | | | |
| | Q. 18 Sucesso na troca de fralda | 0,701 | | | |
| | Q. 9 Sucesso em alimentar | 0,598 | | | |
| | Q. 15 Sucesso métodos seguros para dormir | | 0,929 | | |
| | Q. 6 Sucesso em acalmar | | 0,776 | 0,766 | |
| | Q. 36 Sucesso no cuidado com o companheiro | | | 0,766 | |
| | Q. 30 Sucesso em entender os sinais do RN | | | 0,754 | |
| Q. 33 Sucesso na adaptação com o RN | | | | 0,892 | |

Nota: Método de extração: análise de componentes principais; Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser; *Q = questão; RN = recém-nascido.

Tabela 2 – Comparação das médias das variáveis da versão brasileira do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* por sexo, São Paulo, Brasil, 2018 (N= 51)

| Itens da escala | Sexo | | Valor de p* | |
|--|--|--------------------|---------------|-------|
| | Feminino (n = 33) | Masculino (n = 18) | | |
| | Média e desvio padrão | | | |
| Autoeficácia parental | Q.**. 1 Confiança no banho | 6,09 (± 0,95) | 5,83 (± 1,25) | 0,504 |
| | Q. 4 Confiança em acalmar | 6,15 (± 0,83) | 6,11 (± 0,68) | 0,710 |
| | Q. 7 Confiança em alimentar | 6,15 (± 1,18) | 5,83 (± 1,38) | 0,444 |
| | Q. 10 Confiança em cuidar da saúde do RN | 6,39 (± 0,56) | 6,33 (± 0,69) | 0,859 |
| | Q. 13 Confiança em métodos seguros para dormir | 5,97 (± 0,88) | 5,89 (± 0,83) | 0,638 |
| | Q. 16 Confiança na troca de fralda | 6,73 (± 0,45) | 6,11 (± 1,28) | 0,030 |
| | Q. 19 Confiança na ressuscitação | 4,33 (± 2,06) | 4,39 (± 1,46) | 0,718 |
| | Q. 22 Confiança no transporte seguro | 5,91 (± 0,80) | 6,17 (± 0,62) | 0,268 |
| | Q. 25 Confiança em lidar com agitação e choro | 5,94 (± 0,86) | 5,89 (± 0,76) | 0,789 |
| | Q. 28 Confiança em entender os sinais do RN | 5,85 (± 0,83) | 5,39 (± 0,92) | 0,092 |
| Q. 31 Confiança na adaptação com o RN | 7,30 (± 1,19) | 7,56 (± 0,92) | 0,425 | |
| Q. 34 Confiança no cuidado com o companheiro | 6,64 (± 0,60) | 6,56 (± 0,62) | 0,867 | |
| Importância das tarefas | Q. 2 Importância do banho | 6,64 (± 0,65) | 6,56 (± 0,51) | 0,368 |
| | Q. 5 Importância em acalmar | 6,61 (± 0,61) | 6,50 (± 0,51) | 0,351 |
| | Q. 8 Importância em alimentar | 6,73 (± 0,45) | 6,67 (± 0,49) | 0,653 |
| | Q. 11 Importância em cuidar da saúde do RN | 6,79 (± 0,42) | 6,72 (± 0,46) | 0,601 |
| | Q. 14 Importância em métodos seguros para dormir | 6,67 (± 0,48) | 6,39 (± 0,78) | 0,203 |
| | Q. 17 Importância na troca de fralda | 6,67 (± 0,48) | 6,50 (± 0,62) | 0,368 |
| | Q. 20 Importância na ressuscitação | 6,55 (± 1,18) | 6,44 (± 1,04) | 0,454 |
| | Q. 23 Importância no transporte seguro | 6,61 (± 0,56) | 6,56 (± 0,51) | 0,643 |
| | Q. 26 Importância em lidar com agitação e choro | 6,67 (± 0,48) | 6,06 (± 0,73) | 0,001 |
| | Q. 29 Importância em entender os sinais do RN | 6,73 (± 0,57) | 6,28 (± 0,83) | 0,017 |
| Q. 32 Importância na adaptação com o RN | 7,61 (± 0,61) | 7,67 (± 0,69) | 0,521 | |
| Q. 35 Importância no cuidado com o companheiro | 6,88 (± 0,48) | 6,89 (± 0,32) | 0,886 | |
| Competência parental autopercebida | Q. 3 Sucesso no banho | 6,15 (± 1,23) | 5,56 (± 1,25) | 0,032 |
| | Q. 6 Sucesso em acalmar | 5,97 (± 0,85) | 6,00 (± 0,77) | 0,905 |
| | Q. 9 Sucesso em alimentar | 6,18 (± 1,07) | 5,94 (± 1,35) | 0,775 |
| | Q. 12 Sucesso em cuidar da saúde do RN | 6,33 (± 0,60) | 6,39 (± 0,61) | 0,738 |
| | Q. 15 Sucesso em métodos seguros para dormir | 6,15 (± 0,76) | 6,17 (± 0,79) | 0,887 |
| | Q. 18 Sucesso na troca de fralda | 6,55 (± 0,67) | 5,94 (± 1,35) | 0,080 |
| | Q. 21 Sucesso na ressuscitação | 7,61 (± 0,93) | 6,83 (± 2,04) | 0,099 |
| | Q. 24 Sucesso no transporte seguro | 6,03 (± 1,19) | 6,17 (± 0,51) | 0,834 |
| | Q. 27 Sucesso em lidar com agitação e choro | 5,97 (± 0,85) | 5,83 (± 0,71) | 0,580 |
| | Q. 30 Sucesso em entender os sinais do RN | 5,91 (± 0,91) | 5,56 (± 0,98) | 0,150 |
| Q. 33 Sucesso na adaptação com o RN | 7,30 (± 1,10) | 7,50 (± 0,92) | 0,597 | |
| Q. 36 Sucesso no cuidado com o companheiro | 6,39 (± 1,00) | 6,44 (± 1,25) | 0,259 | |

Nota: *Teste de Mann-Whitney; **Q = questão; RN = recém-nascido.

Na correlação entre as variáveis do respondente e do neonato por subescalas, obteve-se significância estatística para a importância das tarefas com idade ($p = 0,025$), situação conjugal ($p = 0,031$) e peso ($p = 0,002$). Na competência parental autopercebida, a correlação foi com a idade dos pais ($p = 0,004$), situação conjugal ($p = 0,033$), peso ($p = 0,005$) e tempo de internação ($p = 0,047$).

DISCUSSÃO

O cálculo do alfa de Cronbach para a escala validada em língua portuguesa indicou uma boa consistência interna do instrumento como um todo; e na análise por subescalas, encontraram-se valores que demonstraram de baixa à moderada consistência. Os pesquisadores acreditam que tais valores podem ser resultado do tamanho pequeno da amostra utilizada neste estudo, o que se recomenda a ampliação em outras pesquisas.

No instrumento original *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist*⁽¹¹⁾, o alfa de Cronbach foi calculado somente para duas subescalas: a de autoeficácia parental, com alfa de 0,750, indicando uma consistência aceitável; e de competência parental autopercebida (alfa de 0,560), indicando uma consistência baixa.

Em relação à estabilidade do instrumento validado no teste-reteste, o ICC, na maioria das questões, apresentou estabilidade ao longo do tempo. No entanto, em algumas questões, foram identificados valores menores do que os preconizados. Este achado pode ser esperado, uma vez que o *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* é um instrumento subjetivo, que mede uma variável que se modifica ao longo do tempo, que é a percepção da capacidade parental no cuidado do prematuro após a alta hospitalar.

Os estudos sobre a experiência dos pais revelam que a confiança e a habilidade no cuidado são modificadas a cada dia na convivência e na prática do cuidado do filho⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Os participantes do presente estudo são semelhantes aos da pesquisa original, quanto às características sociodemográficas dos pais e dos filhos, quanto à idade gestacional e ao peso ao nascer. No entanto, o tamanho amostral foi menor.

Na análise da validade do constructo, por subescalas utilizando a análise fatorial, foram encontrados quatro fatores que explicaram uma variância acumulada, demonstrando uma estrutura interna aceitável do agrupamento das questões do instrumento.

Em algumas questões do presente estudo, a carga fatorial apresentou valores menores que 0,60 (entre 0,533 e 0,598), abaixo

do adotado nesta pesquisa. Dessa forma, essas questões deverão ser revisadas em outras aplicações, são elas: Q. 9 – sucesso ao alimentar o RN prematuro; Q. 22 – confiança no transporte seguro; Q. 26 – importância em lidar com a agitação e choro do RN; e Q. 33 – sucesso na adaptação com o RN. Todavia, valores acima de 0,50 são considerados estatisticamente significantes⁽²¹⁾.

Na análise das propriedades psicométricas, o número maior de participantes foi de mães, como na amostra do estudo original⁽¹¹⁾, do qual participaram 120 (77,4%) mães. Este percentual pode ser atribuído à internação prolongada do RN prematuro, o que também foi verificado em outros estudos⁽²²⁻²⁴⁾, que reportam que a presença do pai durante a internação é menor em função das responsabilidades no trabalho, ao seu papel de provedor econômico e de apoio familiar.

Nas pesquisas⁽²³⁻²⁴⁾ sobre a importância da figura paterna na alta do filho prematuro da UTIN, os autores verificaram que o pai apresenta medos e angústias em relação ao cuidado do seu filho no domicílio e ao exercício de sua paternidade. Dessa maneira, recomendam que investimentos sejam feitos para que se extrapolem as recomendações teóricas, incluindo o pai como parte integrante do processo de alta e como alguém que é afetado pelo nascimento prematuro e que constrói a sua paternidade em um contexto público da unidade neonatal.

Os resultados da aplicação clínica da terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* identificaram que a percepção de ser capaz de trocar fralda do prematuro, da importância de entender os sinais apresentados pelo filho, lidar com a agitação e choro, e sentir-se bem-sucedido na tarefa de realização do banho foram estatisticamente significantes relacionados com a figura materna. Tais aspectos sobre desenvolvimento da parentalidade na unidade neonatal também foram evidenciados em outras investigações⁽²⁵⁻²⁶⁾, reforçando que mães preparadas para a alta hospitalar demonstram redução da ansiedade e aumento da sua autoconfiança nos cuidados com o RN prematuro no domicílio.

Um estudo⁽²⁷⁾ que avaliou níveis de estresse em mães no momento da alta identificou três potenciais estressores: o ambiente complexo da UTIN; a aparência do RN prematuro; e as alterações no papel parental. Junto a esses estressores presentes na alta, a própria prematuridade do filho pode aumentar as exigências e demandas econômicas associadas ao custo social do tratamento e da recuperação. Trata-se de fatores que podem ter impacto na aprendizagem da mãe, assim como na prontidão para a alta do RN e sua transição do hospital para o domicílio⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Os aspectos com maiores fragilidades apresentadas pelos pais na terceira versão do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist* quanto ao sucesso na realização das tarefas com os seus filhos prematuros foram relacionados à troca de fralda, em que os pais sentiram-se na “média”; em lidar com a agitação e choro do RN (“um pouco bem-sucedido(a)”); no cuidado juntamente com o companheiro(a) (“raramente bem-sucedido(a)”); em entender os sinais apresentados pelo RN (“nada bem-sucedido(a)”); e no cuidado da saúde e das

necessidades médicas, como administrar medicamentos e comparecer às consultas médicas (“um pouco bem sucedido(a)”).

A medida da autoeficácia parental no cuidado evidenciou áreas que devem ser reforçadas pela equipe de saúde no processo de alta hospitalar com a família, pois elas poderão aumentar o nível de estresse vivido pós-alta hospitalar.

Dessa maneira, após todas as etapas de adaptação realizadas, o instrumento recebeu a denominação de “*Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira*”.

Limitações do estudo

Este estudo foi realizado em uma instituição privada, cujas características sociodemográficas dos participantes representam uma parcela da população brasileira. Dessa maneira requer sua utilização em diferentes contextos assistenciais, com outros extratos da população-alvo do instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira*.

Contribuição para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O instrumento *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira* apresenta potencial para ser implementado na prática de enfermagem em unidades ambulatoriais, em programas de seguimento do RN de risco e na estratégia saúde da família como medida de avaliação do preparo dos pais para o cuidado do filho prematuro no domicílio.

Recomenda-se elaborar protocolos de orientações para a alta hospitalar específicos para pais de prematuros e suas famílias, visando sua inserção no cuidado e melhoria da sua percepção da autoeficácia e competência. Além disso, realizar a capacitação dos pais levando em consideração suas individualidades e potencialidades.

CONCLUSÃO

A análise das propriedades psicométricas do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira* à população-alvo mostrou uma boa consistência interna, estabilidade satisfatória em algumas questões ao longo do tempo e boa confiabilidade. Apresentou cargas fatoriais que permitiram a manutenção de todas as questões no instrumento adaptado. A versão brasileira do instrumento manteve as propriedades do original.

Na utilização do *Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist – Versão Brasileira* em pesquisas futuras, torna-se necessária a ampliação da amostra, avaliação das propriedades psicométricas em outras populações e a redução dos itens de respostas da escala Likert de sete para cinco pontos (1 – nada confiante; 2 – inseguro; 3 – um pouco confiante; 4 – confiante; 5 – muito confiante).

REFERÊNCIAS

1. Melnyk BM, Oswalt KL, Sidora-Arcoleo K. Validation and psychometric properties of the neonatal intensive care unit parental beliefs scale. *Nurs Res.* 2014;63(2):105-15. doi: 10.1097/NNR.0000000000000023

2. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(4):52-9. doi: 10.4037/ccn2013715
3. Kruel CS, Lopes RCS. Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psic Teor Pesq*. 2012;28(1):35-43. doi: 10.1590/S0102-37722012000100005
4. Larsson C, Wågström U, Normann E, Blomqvist YT. Parents experiences of discharge readiness from a Swedish neonatal intensive care unit. *Nurs Open*. 2017;4(2):90-5. doi: 10.1002/nop2.71
5. Osorio-Galeano SP, Ochoa-Marín SC, Semenic S. Preparing for post-discharge care of premature infants: experiences of parents. *Investig Educ Enferm*. 2017;35(1):100-8. doi: 10.17533/udea.iee.v35n1a12
6. Feeley N, Sherrad K, Waitzer E, Boisvert L. The father at the bedside: patterns of involvement in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013;27(1):72-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e31827fb415
7. Turner M, Winefield H, Chur-Hansen A. The emotional experiences and supports for parents with babies in a neonatal nursery. *Adv Neonatal Care*. 2013;13(6):438-46. doi: 10.1097/ANC.000000000000030
8. Raffray M, Semenic S, Osorio-Galeano S, Ochoa-Marín SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit: perceptions of health care providers. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(3):379-92. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a03
9. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):248-87. doi: 10.1016/0749-5978(91)90022-L
10. Črnčec R, Barnett B, Matthey S. Review of scales of parenting confidence. *J Nurs Meas*. 2010;18(3):210-40. doi: 10.1891/1061-3749.18.3.210
11. Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: the Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. *Infant Behav Dev*. 2012;35(4):678-88. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.07.009
12. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet]. Toronto: Institute for Work & Health; 2002 [cited 2016 Aug 31]. Available from: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
13. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. Reliability in the development and evaluation of measurement instruments in the health field. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(3):802-9. doi: 10.5216/ree.v15i3.20776
14. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johnson RM, Paquette M, editors. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.
15. Gjersing L, Caplehorn JRM, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:13. doi: 10.1186/1471-2288-10-13
16. Figueiredo Filho DB, Silva Jr JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin Publica*. 2010;16(1):160-85. doi: 10.1590/S0104-62762010000100007
17. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
18. Magela MF, Lima FET, Matias EO, Siqueira AEOB, Magalhães FJ. Humanized assistance to the newborn at risk: implementation of the first stage of the kanagaroo method. *J Nurs UFPE On Line*. 2015;9(Suppl 10):1602-7. doi: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201529
19. Hamelin-Brabant L, Montigny F, Roch G, Deshaies M, Mbourou-Azizah G, Silva RB, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2015;27(1):27-37. doi: 10.3917/spub.151.0027
20. Porat-Zyman G, Taubman-Ben-Ari O, Spielman V. Dyadic transition to parenthood: a longitudinal assessment of personal growth among parents of pre- and full-term infants. *Stress Health*. 2017;33(1):24-34. doi: 10.1002/smi.2669
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman; 2009.
22. Kadivar M, Mozafarinia SM. Supporting fathers in a NICU: effects of the HUG Your Baby program on fathers' understanding of preterm infant behavior. *J Perinat Educ*. 2013;22(2):113-9. doi: 10.1891/1058-1243.22.2.113
23. Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Hospital discharge of prematures newborns: the father's experience. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(2):202-9. doi: 10.1590/0034-7167.2016690203i
24. Montigny F, Lacharité C, Amyot É. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):601-9. doi: 10.1590/S0104-07072006000400008
25. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary care in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1869-78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014
26. Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Hospital and care of the premature newborn at home: maternal experiences. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):277-83. doi: 10.1590/S1414-81452013000200011
27. Alcântara KL, Brito LLMS, Costa DVS, Façanha APM, Ximenes LB, Dodt RCM. Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review. *J Nurs UFPE On Line*. 2017;11(2):645-55. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201720
28. Garfield CF, Lee YS, Kim HN, Rutsohn J, Kahn JY, Mustanski B, et al. Supporting parents of premature infants transitioning from the NICU to home: a pilot randomized control trial of a smartphone application. *Internet Interv*. 2016;4(2):131-7. doi: 10.1016/j.invent.2016.05.004
29. Souza SR, Dupas G, Balieiro MMFG. Cultural adaptation and validation for the Portuguese language of the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):171-6. doi: 10.1590/S0103-21002012000200003