



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**PERCEÇÃO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS
EM NEONATOLOGIA, FACE À SATISFAÇÃO DAS SUAS
NECESSIDADES**

Ana Isabel Oliveira Rabasquinho

Guarda

2012



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**PERCEÇÃO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS
EM NEONATOLOGIA, FACE À SATISFAÇÃO DAS SUAS
NECESSIDADES**

Ana Isabel Oliveira Rabasquinho

Orientadora: Prof^a Doutora Ana M^a Jorge

Coorientadora: Doutora Cidália Oliveira

Guarda

2012

AGRADECIMENTO

Nada é possível sozinho senão com os outros e pelos outros. Daqui resultam os meus genuínos agradecimentos a quem me acompanhou nesta epopeia de trabalho:

À orientadora Professora Doutora Ana Maria Jorge pelos seus ensinamentos profissionais e académicos. Obrigada por acreditar em mim e pela fé neste trabalho.

À co-orientadora Doutora Cidália Oliveira pelo apoio incondicional e tenaz na realização deste trabalho, pelos seus contributos académicos e, sobretudo, pelo seu exemplo de vida, partilha e sabedoria humana que de forma espontânea me serviu de estrela-guia e iluminou o meu percurso.

Ao meu marido e aos meus dois filhos, pelo apoio, compreensão e incentivo quando a fraqueza teima em prevalecer e a inspiração tende a evadir-se por caminhos errantes. Agradeço-vos o salutar resgate desta naufraga de pensamentos à deriva num mar revolto de conhecimentos, de volta à realidade da vida quotidiana, que no que respeita a tempo em família foi bastante descuidada. Bem-haja a estes três corações pela sua dedicação e confiança.

À minha colega e amiga Sílvia pela força sempre presente que me norteou neste caminho ajudando a superar obstáculo após obstáculo e obtendo conquista após conquista.

Aos pais dos Recém-nascidos pela generosidade típica e amável participação pois sem a vossa ajuda, esta busca de conhecimento não seria de todo viável. O meu profundo agradecimento.

A todos os que de um modo ou de outro, contribuíram com sugestões, colocaram dúvidas, deram o seu testemunho pessoal para melhorar, clarificar e enriquecer a investigação, o meu Bem-haja.

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Grau de parentesco.....	69
Gráfico 2 – Idade dos pais.....	70
Gráfico 3 – Idade dos pais por grau de parentesco.....	70
Gráfico 4 – Estratégias de <i>coping</i>	76
Gráfico 5 – Necessidades emocionais e sentimentos dos pais.....	77
Gráfico 6 – Entidade que forneceu o apoio.....	79
Gráfico 7 – Avaliação do apoio recebido.....	80
Gráfico 8 – Profissionais de saúde que contribuíram para o esclarecimento de dúvidas.....	81
Gráfico 9– Avaliação da informação clínica recebida.....	81
Gráfico 10 – Avaliação da importância dos recursos físicos hospitalares.....	82
Gráfico 11 – Avaliação das informações prestadas pelos profissionais em educação para a saúde.....	84

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Operacionalização das variáveis características dos pais dos RNs.....	55
Quadro 2 – Operacionalização das variáveis características dos RNs.....	56
Quadro 3 – Operacionalização das variáveis características da hospitalização do RN	56
Quadro 4 – Operacionalização da variável estratégias de coping dos pais.....	57
Quadro 5 – Operacionalização da variável dependente.....	59
Quadro 6 – Distribuição percentual das preocupações sentidas pelos pais após informação da hospitalização do RN na unidade de neonatologia.....	85
Quadro 7 - Distribuição percentual das necessidades emocionais insatisfeitas.....	89
Quadro 8 - Distribuição percentual da vivência dos pais da hospitalização do RN.....	90
Quadro 9 - Distribuição percentual da categoria temática “Preocupação do momento”	92

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estado civil dos pais dos RNs.....	69
Tabela 1 – Habilitações literárias dos pais dos RNs.....	70
Tabela 3 – Situação profissional dos pais dos RNs.....	71
Tabela 4 – Tipo de família dos pais dos RNs.....	71
Tabela 5 – Número de filhos.....	71
Tabela 6 – Área de residência.....	72
Tabela 7 – Tipo de gravidez.....	72
Tabela 8 – Experiências anteriores em neonatologia.....	73
Tabela 9 – Sexo do RN (ser ou não o desejado).....	73
Tabela 10 – Idade gestacional.....	74
Tabela 11 – Peso do RN.....	74
Tabela 12 – Duração da hospitalização do RN.....	75
Tabela 13 – Satisfação do acolhimento.....	75
Tabela 14 – Necessidades de apoio.....	78
Tabela 15 – Facilitada a visita e o apoio da família.....	79
Tabela 16 – Satisfação do apoio fornecido pela equipe em resposta às necessidades emocionais dos pais.....	80
Tabela 17 – Satisfação dos ensinamentos prestados.....	83
Tabela 18 – Relação estatística entre o sentimento de incredibilidade/negação e o estado civil.....	94
Tabela 19 – Relação estatística entre o sentimento culpa e o grau de parentesco.....	94
Tabela 20 – Relação estatística entre o sentimento de culpa e o número de filhos.....	95
Tabela 21 – Relação estatística entre o sentimento de aceitação e o sexo do RN.....	96
Tabela 22 – Relação estatística entre o sentimento de tristeza e o sexo do RN.....	96
Tabela 23 – Relação estatística entre as necessidades de apoio e experiências anteriores em neonatologia.....	97
Tabela 24 – Relação estatística entre o apoio prestado pelo cônjuge e o número de filhos.....	98
Tabela 25 – Relação estatística entre o apoio prestado pelo cônjuge e o tempo de hospitalização.....	99
Tabela 26 – Relação estatística entre o apoio prestado pela família e a área de residência.....	99
Tabela 27 – Relação estatística entre o apoio prestado pelo médico e o tempo de hospitalização.....	100
Tabela 28 – Relação estatística entre o apoio prestado pelo profissional de enfermagem e o tempo de hospitalização.....	101

Tabela 29 – Relação estatística entre o apoio recebido avaliado como fundamental e o tipo de gravidez.....	101
Tabela 30 – Relação estatística entre o apoio recebido avaliado como fundamental e hospitalizações anteriores em neonatologia.....	102
Tabela 31 – Relação estatística entre o apoio avaliado como facilitador da união familiar e o tipo de família.....	103
Tabela 32 – Relação estatística entre o esclarecimento de dúvidas pelo profissional de enfermagem e o tipo de família.....	103
Tabela 33 – Relação estatística entre o esclarecimento de dúvidas pelo profissional de enfermagem e o estado civil dos pais.....	104
Tabela 34 – Relação estatística entre a transmissão da informação clínica transmitida de forma adequada e tipo de gravidez.....	105
Tabela 35 – Relação estatística entre o fornecimento de refeições e a idade gestacional.....	105
Tabela 36 – Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação nos cuidados de higiene e o peso do RN.....	106
Tabela 37 – Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação e suporte nos ensinos de vigilância de saúde do RN e o seu peso.....	107
Tabela 38 – Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação e suporte sobre alimentação e o peso do RN.....	107
Tabela 39 – Relação estatística entre a avaliação das necessidades de suporte e orientação sobre alimentação e o grau de parentesco.....	108

RESUMO

Ser pai/mãe implica, por si só uma adaptação a um novo ciclo de vida na constituição de uma família.

O nascimento de um filho acarreta uma ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, que se agravam se necessitar de hospitalização, prolongando-se quando o bebé vai para casa. Estas famílias têm necessidade de se adaptar à nova realidade. Nesta perspectiva, os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante na capacitação para a vivência de uma parentalidade respondendo às necessidades específicas destas famílias, tendo em conta a transição do ciclo de vida em que se encontram.

Este estudo tem a finalidade de compreender o fenómeno da hospitalização do RN, na perspectiva das necessidades dos pais durante a hospitalização, analisando a importância e a independência destes pais face às diferentes necessidades por eles identificadas.

A amostra constitui-se por 45 pais de RNs que estiveram hospitalizados no Serviço de Neonatologia das duas unidades hospitalares que participaram no estudo (CHCB e ULS da Guarda). Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo, correlacional recorrendo à utilização de um questionário como forma de colheita de dados.

Nos resultados obtidos verificou-se que os pais atribuíram importância e satisfação às 5 categorias de necessidades referidas (necessidades emocionais, necessidades de apoio, necessidades de informação, necessidades relativas a recursos humanos e necessidades de suporte e orientação) embora com distribuição de importância e satisfação diferente.

No que respeita à forma como foi vivenciada a hospitalização do RN, 51,8% dos pais verbalizaram sentimentos negativos, onde a angústia, a ansiedade, a preocupação, o stress e o sofrimento foram referidos. De carácter positivo, os pais nomearam o conforto, a tranquilidade, a esperança e a confiança, o alívio, a aceitação, a alegria, a felicidade a segurança e o orgulho em serem pais. Não descuidando que a alta clínica do seu bebé os leva novamente a um estado de preocupação em conseguirem manter a saúde do seu filho no domicílio (referido por 60,8% dos pais). Referir que o pai e a mãe são a melhor fonte de proteção para as crianças e o recurso normal para cobrir as suas necessidades de qualquer tipo. Cabe aos profissionais de saúde acompanhar e apoiar os pais dos RNs hospitalizados nos momentos de transição do ciclo de vida acionando todos os meios possíveis no sentido de responder às necessidades percebidas.

ABSTRACT

Being a father or mother, just for itself is an adaptation to a new life's cycle in the creation of a family.

The birth of a child brings a mix of feelings, emotions and needs, worsening if he needs hospitalization, extending when the baby goes home.

These families need to adapt to a new reality. In this perspective, health professionals play a key role in building capacity for the experience of parenting a response to the specific needs of these families, taking into account the transition of the life cycle where they are.

This study aims to understand the phenomenon of hospitalization of newborn in the perspective parents' needs during hospitalization, analyzing the importance and independence of the parents due to the different needs they identified.

The sample has 45 parents of newborns who were hospitalized in the Neonatology's Department of the two hospitals that participated in the study (CHCB and Guarda's ULS). This is a quantitative study, descriptive, correlational, using a survey as data collector.

The results obtained showed that parents give importance and satisfaction to those five categories of needs (emotional needs, support needs, information needs, needs for physical resources and support needs and guidance) although importance and satisfaction have different weights.

Regarding the way it was experienced the hospitalization of newborns, 51.8% of parents voiced negative feelings, where the anguish, anxiety, worry, stress pain and suffering were reported. Positive character, the parents named comfort, tranquility, hope and confidence, relief, acceptance, joy, happiness, security and pride in being parents.

Do not neglect the hospital discharge of his baby, takes them back to a state of concern on keeping the health of their child at home (reported by 60.8% of parents).

Note that father and mother are the best source of protection for children and the natural resource to cover all kind of needs. Health professionals are responsible to monitor and support the parents of newborns hospitalized in the transition moments of the life cycle, triggering all possible means in order to meet the perceived needs.

ÍNDICE

	Folha.
INTRODUÇÃO	11
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1 – ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA FAMÍLIA	15
1.1 – FAMÍLIA NA SOCIEDADE MODERNA.....	17
1.2 – PARENTALIDADE.....	19
1.3 – VINCULAÇÃO PAIS/FILHO.....	21
2 – OS PAIS E A HOSPITALIZAÇÃO	28
2.1 – NECESSIDADES DOS PAIS FACE AO ACOMPANHAMENTO DO FILHO NO HOSPITAL.....	30
2.2 – RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO EM UNIDADES NEONATAIS.....	37
2.3 – TRANSIÇÃO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO.....	44
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	48
1- METODOLOGIA	49
1.1- FINALIDADES E TIPO DE ESTUDO.....	49
1.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	50
1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	52
1.4 – MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS.....	59
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
1.6 – TRATAMENTO DOS DADOS.....	66
2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
2.1 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	68
2.2 – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	75
2.3 – NECESSIDADES DOS PAIS.....	77
2.3.1 – Necessidades emocionais	77
2.3.2 – Necessidades de apoio	78
2.3.3 – Necessidades de informação	81
2.3.4 – Necessidades relativas a recursos físicos	82
2.3.5 – Necessidades de suporte e orientação	83
2.4 – PREOCUPAÇÃO APÓS INFORMAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO DO RN.....	84
2.5 – NECESSIDADE DE MAIS INFORMAÇÃO.....	87
2.6 – NECESSIDADES EMOCIONAIS INSATISFEITAS.....	88
2.7 – VIVÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DO RN.....	89
2.8 – PREOCUPAÇÃO DO MOMENTO.....	92
2.9 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTE E INDEPENDENTE.....	93
CONCLUSÕES.....	109

BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	123
ANEXO I – Solicitação e autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados.....	124
ANEXO II – Instrumento de colheita de dados.....	127
ANEXO III – Consentimento informado entregue aos pais.....	135
ANEXO IV – Pedido de autorização e parecer favorável da comissão de ética do CHCB.....	137
ANEXO V - Pedido de autorização e parecer favorável da comissão de ética da ULS Guarda.....	140
ANEXO VI – Distribuição das respostas à questão: O que mais o preocupou quando o informaram que o seu filho ficava hospitalizado na neonatologia?.....	143
ANEXO VII - Distribuição das respostas à questão: Referira o que acha que a unidade poderia mudar de forma a satisfazer essas necessidades.....	146
ANEXO VIII – Distribuição das respostas à questão: Como viveu a experiência da hospitalização do seu filho?.....	148
ANEXO IX – Distribuição das respostas à questão: O que mais o preocupa neste momento?.....	152

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma nova vida é uma fase de experiências únicas e gratificantes, mas alguns fatores poderão determinar o modo como os pais vivenciam este período. Os primeiros dias após o nascimento são um período de vulnerabilidade e confusão para os pais (Barradas, 2008).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) e a Sociedade Portuguesa de Pediatria, o número de nascimentos tem vindo a diminuir durante os últimos anos. Em 2007, nasceram 102 567 nados-vivos, o que representa uma quebra de 14,6% comparado com o ano 2000. Por sua vez, a taxa de prematuridade tem vindo a aumentar. Em 2007 cifrava-se em 9,1%. Nesse ano nasceram 9 296 bebés prematuros, o que representa um crescimento de 31,5% em relação ao ano 2000. A taxa de prematuridade tem aumentado ao longo dos anos e está ligada à incidência de gravidez gemelar, que é fator de risco principal para a prematuridade, o baixo peso ao nascer, e a história de um parto pré termo anterior (Guimarães, Tomé, Virella, Mimoso, 2007).

A prematuridade é uma das causas de hospitalização nas unidades neonatais. A evolução científica e tecnológica tem permitido uma maior sobrevivência em recém-nascidos (RNs) de pré termo com idades gestacionais cada vez mais baixas. Cerca de 9-10% dos RNs são de pré termo e destes cerca de 1-2% nascem antes das 32 semanas de gestação, (Guimarães e Tomé, 2009). Torna-se importante pois, conhecer como os pais respondem à hospitalização do seu filho, para que se possa promover uma melhor adaptação a todo este processo do nascimento/hospitalização do recém-nascido (Guimarães e Tomé, 2009).

Gomes, Trindade e Fidalgo (2009) referem que as famílias devem ser preparadas para a experiência da permanência dos filhos na unidade neonatal através de relações afetivas que inspirem confiança aos pais. O primeiro contacto, quando positivo, facilita todas as relações posteriores diminuindo a tensão e a angústia, favorecendo a adaptação e a recuperação.

A distância entre a especificidade dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro, pelos profissionais, e as necessidades de aproximação dos pais para com seu bebé, aos poucos vai sendo minimizada nas unidades neonatais, onde os pais, lentamente, são inseridos nos cuidados. Tal situação traz o favorecimento de vínculo e a promoção do apego entre os familiares e o prematuro (Couto e Praça, 2009).

Trabalhar com bebés doentes, implica trabalhar em paralelo com os seus pais, especialmente com atitudes e sentimentos, como nos refere Guimarães e Monticelli (2007).

É pois necessário entender o funcionamento emocional, abolindo a postura de crítica, de hostilidade e juízos de valores, percebendo e auxiliando na redução de ansiedade, medo, fantasias e rejeições dos pais em relação ao seu filho (Barradas, 2008).

Foi a carência de conhecimentos sobre o funcionamento das emoções e vivências dos pais, que norteou o estudo, de maneira a conhecer melhor junto de pais de recém-nascidos quais as suas necessidades quando internados na unidade de neonatologia.

A avaliação e identificação das necessidades dos pais por parte dos profissionais de saúde consistem principalmente em determinar o que as famílias querem para si mesmas e para os seus recém-nascidos e também o apoio que elas precisam dos profissionais para o conseguirem.

As implicações que a hospitalização de um recém-nascido pode trazer para a família e as necessidades sentidas por esta, durante a estadia hospitalar, são as premissas que guiam esta investigação. Assim, delinearão-se os seguintes objetivos:

- Analisar as necessidades dos pais de recém-nascidos no exercício da sua parentalidade quando os filhos estão hospitalizados na Neonatologia;
- Analisar as estratégias de *coping* dos pais de recém-nascidos para satisfazer as suas necessidades durante a hospitalização dos filhos na Neonatologia;
- Compreender se o serviço de Neonatologia responde de forma eficaz às necessidades dos pais de recém-nascidos, durante a sua hospitalização.

Surge a questão central da nossa investigação:

Qual a perceção dos pais de recém-nascidos hospitalizados em neonatologia, face à satisfação das suas necessidades?

Paralelamente outras questões se propõem, nomeadamente:

- Que estratégias de *coping* os pais apresentam para enfrentar as dificuldades sentidas?
- Quais as características do recém-nascido que influenciam as necessidades dos pais?

Trata-se de um estudo quantitativo, utilizando uma abordagem metodológica descritiva e correlacional, não experimental e transversal (Fortin, 2009). A amostra é constituída por 45 pais de recém-nascidos hospitalizados nas unidades de neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e de neonatologia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, Hospital Sousa Martins, respetivamente, com hospitalização superior a dois dias, no período temporal de novembro de 2011 a março de 2012. Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 20.

Estruturalmente o trabalho foi dividido em duas partes: fundamentação teórica, e o estudo empírico com a análise e discussão de resultados.

Na fundamentação teórica são abordados os aspetos teóricos relativamente à vivência da prematuridade e da parentalidade pela família, as necessidades sentidas pelos pais durante a hospitalização e a forma como a equipa de enfermagem contribui, durante este ciclo de hospitalização, para a continuidade dos cuidados. Esta busca teórica permitirá não só melhorar conhecimentos na área, como perceber resultados obtidos por outros estudos e ainda entender as necessidades e as respostas existentes/inexistentes na Neonatologia.

Na segunda parte, do estudo empírico faz parte: a metodologia, incluindo os objetivos, as questões de investigação, as variáveis, o método de recolha de dados utilizado, a população e amostra, as considerações éticas, o tratamento dos dados a análise e a discussão dos resultados.

É fundamental para pais e bebé criarem uma forma de interação satisfatória entre eles, o que implica que estejam disponíveis, quer em termos emocionais, quer temporais. Deste modo, é importante que o adulto cuidador seja na maioria das vezes o pai ou a mãe, pois assim, cada tarefa, cada cuidado, poderá proporcionar um toque, um beijo, um carinho, que com certeza fortalecerão a vinculação pais e filho.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA FAMÍLIA

2. OS PAIS E A HOSPITALIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

1 – ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA FAMÍLIA

Quando falamos e pensamos numa criança, devemos lembrar-nos que ela está inserida num contexto que começa na unidade familiar, a qual, por sua vez, também está inserida na comunidade onde reside. Deste modo, a família pode e deve ser entendida, como o alvo dos cuidados da enfermagem pediátrica (Gomes, 2004).

A família é uma unidade na qual determinadas pessoas se encontram unidas por laços, independentemente da organização social de pertença, ou um grupo de pais e filhos, unidos por laços múltiplos e variados, que em conjunto e de forma recíproca garantem o sustento de todos os seus membros, favorecendo-lhes a fonte dos recursos, bem como o seu desenvolvimento e o da sociedade em geral (Alarcão, 2006).

Ao ser considerada a pedra basilar de uma sociedade, a família é o grupo para quem todos os esforços devem ser dirigidos, no sentido de constituir uma sociedade mais estável e saudável. Face a isto, são vários os autores que dirigiram a sua atenção sobre a família e tentaram a seu modo defini-la para melhor a compreender. Mas definir família é tarefa bastante complexa, devido à grande diversidade que norteia a sua constituição, pelo que se corre o risco de a espartilhar em princípios e valores contradizentes com a sociedade de pertença, ao aceitar uma definição universalizada (Barradas, 2008). Das várias definições atribuídas à família, algumas dizem respeito à sua tipologia como família favorecida, família desfavorecida e família com problemas múltiplos; outras referem-se antes à estrutura familiar como família nuclear (biparental e monoparental) e família extensa (Barradas, 2008).

As famílias com estrutura de pais únicos ou monoparentais, tratando-se de uma variação de estrutura nuclear tradicional devido a fenómenos sociais como o divórcio, óbito, abandono do lar, ou adoção singular.

Segundo Minuchin (1990) a família é a matriz identitária dos seus membros, conferindo-lhes um sentido de pertença e possibilitando a vivência da individualização num movimento dialético porque cada ser é único e individual, mas vivem em interação.

A família é o lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como se estrutura. A família proporciona os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e ao bem-estar. Ela desempenha um papel decisivo nos valores éticos e humanos, onde se aprofundam os laços de solidariedade e onde se constroem as marcas entre gerações e os valores culturais (Schultz, 2007).

Estas definições aproximam-se com vantagem da preocupação que nos domina, a de considerar a família como a unidade básica responsável pela saúde dos seres que a compõem. A ela se imputa o dever de conhecer o valor individual de cada um dos seus membros, de modo a proporcionar-lhe um desenvolvimento harmonioso ao nível físico, psíquico, social e espiritual e de lhe assegurar o máximo bem-estar, cujo equilíbrio resulta da interação com a sua estrutura de base (Alarcão, 2006).

Segundo a mesma autora, ao desempenhar as funções de agente de saúde física, mental e espiritual de cada um dos membros que a compõem, a família constitui a matriz do desenvolvimento da personalidade, conferindo à própria família características específicas, que lhe imprimem a sua própria identidade.

As mudanças operadas no decurso da história da humanidade implicaram uma problematização diferente nas funções tradicionais da família. Apesar disso, esta não perdeu a importância da sua ação, tendo essa evolução conduzido antes, a uma especialização das suas funções (Barradas, 2008).

Segundo Pinto (1993) é na atribuição destas funções, que só a família pode desempenhar, que reside a importância e a força que esta representa perante a atual sociedade. É no bom desempenho dessas funções que se estabelece a base de um melhor ou pior nível de saúde do sistema familiar ou de apoio na doença de um dos seus membros.

É de realçar que em todas as definições de família são encontrados elementos comuns tais como:

- a) Família como instituição com valores e características próprias;
- b) Família como grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco ou de agente;
- c) Família como sistema de relações interdependentes, com funções de manutenção, proteção e sobrevivência.

A família é um sistema interdependente e dinâmico que tem objetivos comuns e que se modifica quando ocorre alguma transformação num dos seus membros. O seu equilíbrio, a sua existência, a sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca em manter esse equilíbrio. Quando um dos seus membros adocece e é hospitalizado, há uma destruturação desse sistema, levando a alterações na estrutura familiar, originando a necessidade de adaptação dos seus membros às várias mudanças que ocorrem no dia-a-dia no decorrer desse processo (Ferro e Amorim, 2007).

Quando algo corre mal e o bebé nasce antes do tempo, sendo hospitalizado, instala-se um momento de crise que, por vezes, leva o casal a culpar-se mutuamente, uma vez que está implícito na sociedade que aos pais é atribuído “o papel de quase completa responsabilidade sobre o bem-estar das crianças. A sociedade espera que todos os cuidados, desde os físicos e

alimentares até aos educativos, afectivos e psicológicos, sejam assumidos pelos pais” (Relvas, 2004: 79).

Diante da doença e da hospitalização do recém-nascido (RN), a família depara-se com duas tarefas: o cuidar do RN que se encontra doente e o lidar com emoções que emergem e que passam a transformar as relações entre os seus membros. As respostas da família a esses eventos dependerão do seu estado emocional, do meio em que está a decorrer o acontecimento, das suas vivências e da ligação afetiva com o RN doente, determinando assim a sua participação ou a sua fuga na situação emergente.

Como tal, a integridade do sistema familiar e o padrão das relações familiares possuem um valor terapêutico quando constituem um fator de proteção relativamente aos processos de doença dos seus membros, sendo essa uma das principais funções da família. Por outras palavras, a família ainda retém como função básica a protecção da saúde dos seus elementos e a prestação de cuidados quando estes necessitam, sendo no seu espaço interno que os seus membros se apropriam do conceito de saúde e doença e dos comportamentos de procura de saúde baseados na transmissão de valores, crenças e atitudes inculcados na própria família (Silva, 2010).

1.1 – FAMÍLIA NA SOCIEDADE MODERNA

O papel do pai ao longo dos tempos tem sofrido alterações, pois até ao Século XVIII, o modelo ocidental de família, centrava-se na autoridade do marido associada ao poder paternal, em que este detinha o sustento económico. Bach (1992: 34) apresenta um conceito de família mais adaptado às mudanças sociais contemporâneas, referindo que “o elo que une a verdadeira família não é de sangue, mas de respeito e alegria pela vida uns dos outros”. De facto, durante o século XX, o domínio da família nuclear sofreu uma erosão constante com uma atitude mais liberal e aberta em relação à sexualidade e um aumento da taxa de divórcios (Giddens, 2004, cit. por Barradas, 2008).

Apesar das instituições do casamento e da família ainda existirem e serem importantes, o seu carácter mudou radicalmente. Atualmente há uma diversidade de tipos de famílias e formas de agregados familiares. Hoje, homens e mulheres podem permanecer sós, viverem juntos em coabitação e formarem casais homossexuais. As pessoas casam menos e fazem-no mais tardiamente (Ferro e Amorim, 2007). Os níveis de segundos casamentos são bastante elevados e muitas delas dão origem a famílias reconstituídas (existem filhos de relacionamentos anteriores).

A industrialização acelerou a emancipação da mulher, dando-lhe direitos iguais e maior integração no mercado de trabalho, o que também veio alterar o papel da mãe e do pai na sociedade. Associado a estes fatores há também o fato da família alargada ser substituída pela família nuclear e a procura da felicidade e do amor passar a ser a principal razão na constituição da família.

Nos anos setenta, o pai começa a ser considerado como mais ativo e envolvido nos cuidados à família e é a partir daí que surge uma nova imagem do pai. As funções parentais relacionam o que é socialmente reconhecido de pai e de mãe e a responsabilidade na criação dos filhos. Nos dias de hoje, a definição da função está a mudar, uma vez que o estatuto social da mulher se encontra em mudança na sociedade. Esta modificação traduz necessariamente uma mudança na função complementar do homem (Relvas, 2004) associada à evolução verificada no papel da mulher.

Presentemente existe uma alteração nos direitos do pai e um crescente envolvimento deste no parto e na paternidade, podendo este assistir ao parto e até mesmo partilhar a licença de parto com a mãe do seu filho (DL n°89/2009 de 9 de abril).

Na família atual, não predomina o papel do pai sobre o da mãe ou vice-versa. Cada um mantém uma posição idêntica, apesar de o pai continuar a ser reconhecido como o chefe legal. A lei da parentalidade, visa contribuir para a conciliação da vida familiar com a vida profissional. Esta vem substituir o conceito de maternidade e paternidade pelo conceito de parentalidade, visando proporcionar assim uma maior responsabilização da mãe e do pai, em conjunto, para o desenvolvimento do seu filho, desde o seu nascimento (DL n° 91/2009 de 9 de abril).

Tendências recentes dão à mulher maior participação nas tarefas económicas fora de casa. As rotinas dos dias de hoje, impõe à mulher, independentemente da sua condição social, uma vida entre o trabalho e as responsabilidades familiares, não tendo muitas vezes a ajuda que necessita, nem do próprio marido, que por sua vez também está sujeito a pressões laborais, nem do resto da família, ou porque por questões estruturais do quotidiano não podem oferecer à mãe ou à mulher grávida o apoio que ela necessita (Ramos, 1990, cit. por Barradas, 2008).

Assim, o cansaço físico e psicológico que se acumula pode ser favorecedor de um aumento da ansiedade e stresse, podendo ou não contribuir para aumentar o risco de um parto prematuro, assim como a doença ou a hospitalização do seu filho, numa unidade de cuidados neonatais.

Alguns fatores, de acordo com Reis (2007) influenciam a transição para a função parental o fato de serem pais pela primeira vez, serem pais com experiência de outro filho, as

próprias características do RN podem significar fonte de stresse para a função parental e relações conjugais em crise.

O papel parental é definido pela CIPE (versão 1.0) como um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais.

1.2 – PARENTALIDADE

O nascimento de um filho, em especial do primeiro, provoca grande impacto, logo, o processo de transição para a parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades, podem implicar momentos de tensão familiar. Surge uma nova e importante fase do ciclo vital da família, havendo uma sequência previsível de transformações na organização familiar (Relvas, 2004).

Embora estas reorganizações internas sejam muitas vezes previsíveis, elas constituem sempre momentos de uma certa ansiedade, stresse tanto para a mãe como para o pai, e por vezes de crise.

Para Alarcão (2000) parentalidade é definida como um modelo de funcionamento que pressupõe o desempenho de funções executivas, como protecção, educação, integração na cultura familiar relativamente as gerações mais novas. Estas funções não são necessariamente desempenhadas pelos pais biológicos, podendo estar a cargo de outros familiares ou pessoas que não sejam da família.

Para Reis (2007), o papel parental pode ser desempenhado quer pelos pais ou alguém a quem foi dada a custódia da criança, seja ou não familiar.

O modo como a parentalidade se organiza na família resulta da articulação de modelos inerentes a esta função. Cada um dos elementos do casal traz consigo uma dupla definição que corresponde à representação dos modelos maternal e paternal aprendidos e triangulados, enquanto criança, na sua família de origem. Atualmente, ser pai ou mãe corresponde ao desempenho de um papel que está sujeito a um escrutínio interno e externo. Os pais procuram o mais possível, proporcionar aos seus filhos, a vida e as experiências que consideram mais adequadas e estimulantes, ou de que se sentiram eles próprios privados (Lima, Alarcão, Almeida, Brandão, Cruz, Gaspar e Ribeiro dos Santos, 2010).

De acordo com Pires (1990, cit. por Barradas, 2008), o comportamento parental é uma tarefa que se refere aos cuidados prestados às crianças. Este visa providenciar um ambiente

adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança, responder ao desconforto das crianças, às interações sociais e comportamentos disruptivos, resolver conflitos e dificuldades interpessoais.

A educação para a parentalidade, pode ser definida como o processo que tende a fornecer, aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias que ajudem a promover o desenvolvimento da criança (Brock et al., 1993 cit por. Lima, et al, 2010).

Lima, et al (2010) referem que embora podendo incluir diversos objetivos, conteúdos e métodos, os programas de educação para a parentalidade, apresentam geralmente os seguintes:

- Informar e orientar os pais sobre o desenvolvimento e a socialização da criança;
- Prevenir problemas de desenvolvimento da criança e promover as relações familiares;
- Capacitar os pais com estratégias relacionadas com o controlo do comportamento da criança;
- Estimular a participação dos pais na aprendizagem e experiência escolar da criança;
- Prestar apoios específicos a famílias de crianças com problemas de desenvolvimento;
- Proporcionar apoios sociais na comunidade.

Segundo Ferreira (2008), a perspetiva psicológica até ao séc. XX, no que refere às questões da parentalidade, apostou numa abordagem deficiente, tipo colagem ao modelo médico e promovendo uma postura culpabilizante que acentua as falhas da família. A mudança para um modelo sistémico traduz-se numa procura de competências, de forças familiares, onde as famílias e não só as crianças são objeto de intervenção.

Surge assim a terminologia parentalidade positiva, que integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na otimização do potencial do desenvolvimento das crianças (Council of Europe, 2008).

O relacionamento e carinho parental e o envolvimento parental positivo com a criança são variáveis essenciais na parentalidade positiva (Russel, 1997, cit. por Lopes; Catarino e

Dixie, 2010). Os pais percebem as qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstram sensibilidade, carinho, respeito, respondem positivamente às solicitações da criança e interagem nas atividades. Este processo envolve um complexo conjunto de responsabilidades em que os profissionais poderão ter um papel vital. A compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades.

Podemos referir, de acordo com a recomendação do Conselho da Europa (2006), que a educação parental é a chave para a preservação familiar. O pai e a mãe são a melhor fonte de proteção para as crianças e o recurso normal para cobrir as suas necessidades de qualquer tipo, necessitando para isso, de apoios formais e informais para levar a cabo a sua função.

Em termos práticos, o desempenho das funções parentais exige a possibilidade e a disponibilidade, para diariamente dedicar um período de tempo importante ao contato com o filho, a nível da prestação de cuidados, na sintonia com o que se passa no mundo interno da criança, para lhe responder com as iniciativas adequadas. Visa programar a própria vida de modo a incluir nela o filho e o respeito pelas exigências do seu desenvolvimento (Barradas, 2008).

Juntamente com o desejo de paternidade realizada e a alegria do nascimento do filho podem persistir sensações de impaciência e insegurança relativamente aos cuidados ao recém-nascido. As alterações introduzidas com a parentalidade resultam na necessidade de adaptações intra e interpessoais para as quais pai e mãe podem não se encontrar preparados, requerendo orientação e apoio por parte da equipa de saúde. De entre estes profissionais de saúde, o enfermeiro tem uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um dos focos de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermagem, 2006).

É neste sentido que, como enfermeiros, deveremos ser agentes dinamizadores de aprendizagens indo de encontro às motivações e necessidades individuais, familiares e a nível da comunidade através de programas de educação para a saúde.

1.3 – VINCULAÇÃO PAIS/FILHO

A qualidade da vida familiar pode avaliar-se através das relações existentes entre os indivíduos que a constituem. O desenvolvimento só se pode processar numa perspetiva de relação, daí a importância da díade mãe-filho (Jorge, 2004). A sobrevivência do bebé humano ao nascer depende dos cuidados da mãe (ou do seu substituto). A mãe que espera o bebé durante meses foi-se identificando com ele, consciente ou inconsciente, ficando especialmente orientada para as necessidades do filho (Bowlby, 1969, cit. por Jorge, 2004).

A vinculação a um recém-nascido alicerça-se em relações anteriores com um filho imaginário e com o feto em desenvolvimento, que faz parte do universo dos pais durante o período gestacional.

Bowlby (1990, cit. por Barradas, 2008) considera essencial à saúde da criança de pouca idade, o calor, a intimidade e a relação constante com a mãe (ou quem, em carácter permanente a substitui).

Para Brazelton (2007), todos os futuros pais tem três filhos: o filho imaginário dos seus sonhos e fantasias; o feto invisível mas real, com ritmos específicos e personalidade que se evidenciou durante nove meses; por último, o verdadeiro, o bebé recém-nascido, que eles podem ver, ouvir e acariciar."A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho..." (Sá, 1992: 34).

Mãe e filho, têm de ser encarados como uma só unidade, e a abordagem tem de ser transdisciplinar. Segundo Winnicott, citado por Brazelton e Cramer (2007: 9) “ nesta fase muito precoce, não é lógico pensarmos num só indivíduo”. Este refere ainda que se quiséssemos descrever um bebé chegaríamos à conclusão de que descrevíamos um bebé e mais alguém. Um bebé não pode existir sozinho, é parte de uma relação. Para ajudar uma criança a otimizar o seu desenvolvimento, os pais tem que ser integrados nesse processo.

Nalgumas mulheres, predomina o desejo de estarem completas, de sentirem que o seu corpo é poderoso, produtivo, capaz de gerar vida. A mãe começa a encarar o filho como uma extensão de si própria. Esta esperança mantém vivo um sentimento de imortalidade, um filho será um testemunho vivo da nossa existência que continua. O filho é encarado como o elo seguinte de uma cadeia que une o pai ou a mãe, aos seus progenitores e antepassados (Brazelton e Cramer, 2007).

Tal como acontece com as mulheres, a vinculação de um pai ao seu bebé inclui o desejo de ser perfeito e onnipotente, e corresponde à capacidade de se reproduzir, de preferência à própria imagem. Daí a maioria dos pais preferirem um rapaz, revelando a necessidade de se sentirem apoiados e confirmarem a sua identidade masculina. Para o pai, os rapazes são mais facilmente portadores das suas ambições do que as raparigas. Ele tende a preocupar-se com o sucesso do filho, com os seus progressos no domínio motor, das aptidões cognitivas e sucesso escolar. Tende a criar o filho ostentando sinais de uma futura virilidade (Brazelton e Cramer, 2007).

Será que existe alguma diferença entre vinculação do bebé ao pai e a vinculação do bebé à mãe? A oportunidade de contato precoce do bebé com o pai é também desejável e

vinculadora. Uma ligação afetiva forte entre o pai e o bebê torna-se cada vez mais importante à medida que o apoio da família alargada se vai tornando menos frequente (Jorge, 2004).

Atualmente considera-se que ambas as vinculações, ao pai ou à mãe, são idênticas. As crianças vinculam-se muito precocemente a ambos, embora essas vinculações detenham algumas características diferentes, nomeadamente na forma de brincar. As mães brincam de forma mais calma, são mais ternas, os pais têm brincadeiras mais vigorosas. O padrão geral é óbvio: a mãe é segurança e conforto, enquanto o pai é brincadeira (Cardeira, 2008 cit por Ferreira e Pinho, 2009).

Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contato precoce entre pais e bebê, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo. É “um momento único e mágico” (Brazelton, 1988).

A ligação afetiva é o vínculo que uma pessoa ou animal forma com outro indivíduo específico, sendo a formação das primeiras relações entre mãe e bebê o protótipo de todas as relações sociais futuras (Biaggio, 1996 cit. por Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira, 2005).

A natureza do relacionamento dos pais com o bebê é marcada pelo mundo mental das representações, pelo imaginário e subjetivo. Antes da existência do bebê real nos braços da mãe, existe o bebê imaginário. Esse é formado a partir das fantasias, dos sonhos, das brincadeiras de boneca e dos modelos de ser mãe (Stern, 1997 cit. por Thomaz, Lima; Tavares e Oliveira, 2005).

Winnicott cit. por Brazelton e Cramer (2007), refere que a construção saudável do sujeito dá-se a partir da relação “saudável” entre a mãe e o bebê.

Nas últimas décadas assistimos a uma utilização crescente da ultrassonografia no campo da medicina materno-fetal. Atualmente, os exames que as mulheres grávidas devem efetuar incluem a realização de exames ecográficos. A nível psicológico, ao permitir o reconhecimento do feto, a ecografia reduz a ansiedade dos pais. Assim, parece que a visualização do feto através da ecografia e a audição dos seus ruídos cardíacos podem suscitar emoções capazes de promover a vinculação pré natal, aproximando os pais ao seu bebê, que pela primeira vez o espreitam (Samorinha, Figueiredo e Cruz, 2009). Não podemos considerar a gravidez como um evento isolado pois uma das etapas importantes na formação da relação mãe/filho é a ocorrência de movimentos fetais. Para a mãe o feto está a comunicar com ela através da variedade dos seus movimentos.

Com a confirmação da gravidez, vários fatores podem perturbar inicialmente a mãe, gerando sentimentos de arrependimento e raiva, como dificuldades domésticas e financeiras e até problemas emocionais (Klaus e Kennell, 1993).

O parto é também um momento relevante para a formação do vínculo mãe – bebê. Os cuidados perinatais hospitalares influenciam essa relação. A ligação materno-infantil bem-sucedida tem sido descrita como a capacidade da criança para despertar e ser reativa ao comportamento de tomar conta da sua mãe. Segue-se, então, que o produto mais bem-sucedido de um parto é um recém-nascido desperto, alerta e reactivo e uma mãe na mesma condição (Sameroff, 1978, cit. por Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira, 2005).

Aquando do nascimento surge o confronto entre o bebê que foi idealizado e o bebê agora real. As discrepâncias verificam-se levando à necessidade de um processo de luto relativamente ao bebê idealizado e ao enamoramento para com o bebê real. A adaptação torna-se mais difícil com o nascimento de um bebê em risco. A preparação feita para receber o bebê idealizado, revela-se inútil, diminuindo as capacidades de prontidão e de atuação, especialmente da mãe. Se o RN nasceu prematuramente, e como todos os RNs necessitam dos pais, estes vêem-se obrigados a lidar com a situação. Lidar com esta realidade é difícil, doloroso e demora tempo para os pais. Por vezes ocorrem sentimentos de depressão, culpa, falta de valor próprio, falhanço e impotência. Contudo este processo a que chamamos de luto, é essencial para ultrapassar estes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e aceitação do bebê real (Guimarães, Tomé, Virella e Mimoso, 2007).

Depois do nascimento, os pais irão conhecer o seu bebê à medida que cuidam dele, e o bebê por sua vez, também responde aos estímulos dos pais. Esse intercâmbio é adquirido de diferentes modos e de forma altamente individualizada. O período de tempo para a formação do apego íntimo e recompensador varia de pais para filhos. O melhor recurso para adquirir o papel de pai ou mãe é a liberdade de conhecer a si mesmo, seguindo as próprias inclinações, e o bebê sinaliza se o caminho está certo ou não (Brazelton, 1988).

Ser mãe e pai e trazer ao mundo um novo ser envolve sempre um conjunto de sentimentos, reações, desafios e mudanças. No nascimento prematuro a família não se encontra emocionalmente preparada para tal fato, podendo gerar um momento de crise no seio familiar, um período de desequilíbrio que exige a busca de novos recursos externos e internos e um voltar lentamente ao equilíbrio. Os pais, muitas vezes, sentem-se inseguros quanto ao bebê, com medo da aproximação.

Segundo Oski *et al.* (1992), cit. por Barradas, (2008: 56), “define-se um recém-nascido prematuro como aquele nascido a uma idade gestacional estimada abaixo de 37 semanas.” Segundo a Organização Mundial de Saúde, “os bebês nascidos vivos antes de 37 semanas a contar do primeiro dia do último período menstrual são denominados prematuros”.

Prematuridade está também associada a imaturidade. O RN prematuro é um bebê imaturo pois nem todos os seus órgãos e sistemas estão completamente desenvolvidos,

havendo a necessidade de alguns cuidados especiais. Pedro (1995), cit. por Barradas (2008), refere que as 34 semanas de gestação constituem um marco a partir do qual o prognóstico é mais favorável.

A par das semanas de gestação, outro fator muito importante na classificação do recém-nascido prematuro é o seu peso ao nascer. A definição é diferente de baixo peso ao nascimento, que engloba recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas e inclui recém-nascidos prematuros apropriados para a idade gestacional e recém-nascidos prematuros e de termo pequenos para a idade gestacional. Dentro desta definição, os recém-nascidos podem ser descritos como de baixo peso ao nascimento (peso de 1501 a 2500 gramas) ou de muito baixo peso ao nascimento (peso até 1500 gramas). O recém-nascido pode ser também grande para a idade gestacional (Osiki *et al.*, 1992, cit. por Barradas, 2008).

A prematuridade foi responsável por 73% da mortalidade neonatal em 2005. Nesse ano nasceram em Portugal 109 399 nados vivos, dos quais 6,66% (7260) foram prematuros, 7,5% (8200) nasceram com peso inferior a 2500g independentemente da idade gestacional e cerca de 1% (1003) nasceram com muito baixo peso (inferior a 1500g). Embora seja uma pequena percentagem de RNs é responsável por 50% da mortalidade neonatal e 39% da mortalidade infantil (INE, 2007). Apesar dos progressos da reanimação, a taxa de mortalidade permanece inversamente proporcional ao peso do nascimento (Guimarães, H.; Tome, T.; Virella, D.; Mimoso, G. 2007).

Barradas (2008) afirma, quanto menor o peso ao nascer, maior tendem a ser as possibilidades de alterações no desenvolvimento posterior. O prognóstico a longo prazo considera a possibilidade de sequelas mais ou menos intensas, conseqüentes às dificuldades neonatais ou à doença responsável pela prematuridade.

Do ponto de vista do desenvolvimento global da criança, as relações afetivas entre mãe e bebé, possuem grande destaque nas pesquisas realizadas por vários autores que se dedicam ao estudo do binómio mãe-bebé. O afeto é essencial na infância, a sua importância é maior nessa idade que nos períodos posteriores. A atitude emocional da mãe e o seu afecto orientam o bebé, conferindo qualidade de vida à sua experiência, já que o seu aparelho perceptivo e discriminação sensorial não estão maduros (Spitz, 1996).

A referir que o parto prematuro, em geral, ocorre de forma urgente, privando a mãe da preparação psicológica do final da gravidez, causando um sentimento de ferida, de incapacidade, podendo levar a uma perturbação no seu fundamento narcisista de personalidade e identidade, ou seja, ela vive um contexto de prematuridade psicológica (Ajuriaguerra e Marcelli, 1991 cit. por Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira, 2005). Também ela

tende a sentir-se prematura como mãe, pois foi apanhada de surpresa, não se sentindo pronta para receber o bebé no mundo (Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira, 2005).

Assim, o bebé imaginado pelos pais durante a gravidez é subitamente substituído por um bebé pequeno e frágil, perante o qual esses se sentem incapazes e, muitas vezes, culpados, intensificando neles os temores comuns de não serem capazes de cuidar satisfatoriamente do filho. Quando o bebé corre risco de morte, os pais sentem medo de fazer ligação afetiva forte com o filho, porque ele pode não sobreviver (Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira, 2005).

A sobrevivência do bebé prematuro está relacionada com os avanços científicos e tecnológicos que permitem aumentar os limites de viabilidade e aperfeiçoar as técnicas de cuidados em relação a esse bebé. No início da hospitalização do recém-nascido, toda a situação está envolvida por alta tecnologia e precisão sendo esta um dos factores que mantêm vivo o bebé. Szejer (1999), cit. por Gomes, (2004) considera que perante o parto pré – termo, a mãe vê toda a sua dedicação cair no vazio, uma vez que não se sente capaz de proporcionar ao seu bebé os cuidados necessários à sua sobrevivência.

Num primeiro momento tanto os pais como o bebé encontram-se submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do bebé, o que dificulta o contacto. Gomes (2004) refere haver uma interrupção abrupta que suscita alguns conflitos com os quais os pais terão que lidar:

- Uma separação que se impõe logo ao nascimento;
- O bebé não consegue responder ao apelo de contacto em virtude da sua imaturidade e precariedade de condições de saúde;
- Os pais têm que partilhar o seu bebé com os muitos profissionais que o rodeiam e que detêm um saber em relação à sobrevivência do seu filho;
- Os pais têm que lidar com a possibilidade de perda do seu filho.

Diante desta situação, pais e bebé terão que (re)descobrir um caminho de aproximação e contacto, o que promoverá a constituição e desenvolvimento do bebé enquanto sujeito (Gomes, 2004).

No vínculo mãe/recém-nascido prematuro as intervenções da equipa multiprofissional serão muito importantes, no que diz respeito à aproximação e contacto da mãe em relação ao seu bebé.

Nos recém-nascidos podem estar presentes dificuldades de alimentação, ficando cansados, com cianose, o que contribui para a má progressão ponderal. É importante, todo o apoio e ensino dos profissionais de saúde em relação a este aspeto, pois tal como refere Waechter e Blake (1979), cit. por Barradas, (2008), “a administração e a receção do alimento

traduz a implicação de dar e receber amor ", a qual é de extrema importância entre pais e filhos.

A alimentação dá-se de forma bastante diferenciada para bebês prematuros. Inicialmente recebem nutrição parenteral, depois passam a leite por sonda e só posteriormente, poderão mamar ao seio materno. Segundo Quiniou (1999), cit. por Gomes, (2004), o bebê é muito mais nutrido que alimentado; todas as referências de relações iniciais mãe/bebê, ficam alteradas, o recém-nascido recebe alimentação de forma passiva, não havendo participação da mãe no ato de alimentar.

As mães de bebês prematuros vêem a prematuridade do seu filho como uma condição desfavorável, entre outras, para o sucesso na manutenção da lactação. Apercebem-se, ansiosas, da demora para iniciar a amamentação e justificam essa mesma ansiedade para a diminuição na produção de leite. O cansaço físico e emocional a que estão sujeitas são fatores contribuintes para agravar a lactação (Silva e Silva, 2009).

Assim, é legítimo afirmar que todo o processo de prematuridade de um filho tem como risco acrescido o distanciamento dos pais devido ao elevado sofrimento que estes experimentam, o que dificulta o estabelecimento da relação precoce pais/bebê.

Sabe-se que os bebês beneficiam significativamente, no seu desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo, da oportunidade de terem um contato humano estimulante (voz, toque agradável, massagem, etc.) e personalizado por um adulto com quem possam continuar a estabelecer uma relação única, ativando um conhecimento mútuo, e ninguém melhor que os pais para o fazer (Guimarães, Tomé, Virella, Mimoso, 2007).

Por todos estes motivos, não só o recém-nascido prematuro necessita de cuidados, como também os seus pais, tornando-se fundamental que a assistência prestada pelos profissionais de saúde se centre na família, isto é, recém-nascido prematuro e pais (Amaral, 2009).

2 - OS PAIS E A HOSPITALIZAÇÃO

A importância da não separação radical das figuras afetivas essenciais à criança, possibilitando-lhes uma maior presença junto do filho, é muito mais que uma questão de humanidade. É um princípio de saúde mental tão válido como os princípios de assepsia para a saúde física.

O século XX foi um período em que ocorreram diversas alterações no domínio dos direitos humanos. Assim, em 1959 foi aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, atribuindo-lhe, desta forma, uma maior atenção. Mais tarde, (1988), a carta de Leiden, preparada por várias associações europeias, relembra os Direitos da Criança Hospitalizada.

As directrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000 as prioridades para a saúde do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 que reafirma as estratégias centradas na família e no ciclo de vida, na gestão da doença ou enfermidades, para se obter mais ganhos em saúde e da Ordem dos Enfermeiros (OE), expressas na comemoração do Dia Internacional da Família 2011, enfatizam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e nos cuidados de saúde.

Fazendo nova referência à Carta da Criança Hospitalizada (1988), esta valoriza a importância do acompanhamento da criança doente, dia e noite, qualquer que seja a sua idade, bem como a participação dos pais nos cuidados a prestar.

O hospital e os próprios profissionais estão cada vez mais despertos para a participação dos pais nos cuidados, surgindo progressivamente algumas alterações tais como quarto para o acompanhante do bebé, o aumento do tempo de visitas, a permanência contínua de um acompanhante junto da criança (DL nº 106/2009, 14 de setembro), o fornecimento de alimentação grátis para o acompanhante (DL nº 26/87, 13 de janeiro) entre outras.

O sentimento cada vez mais comum é que a presença dos pais no acompanhamento hospitalar é de primordial importância. Contudo, as instituições desenvolvem-se na área da técnica, para proporcionarem melhores condições aos doentes e não levando muito em conta o cuidar dos pais e as suas necessidades (Barradas, 2008).

Referindo-se à legitimidade da presença dos pais nas unidades de pediatria e neonatais, Reis (2007) refere que a ansiedade que os pais apresentam durante a hospitalização do RN, diminui, porque acompanham a evolução da criança, presenciam e participam nos cuidados prestados e preparam-se para lhes dar continuidade após a alta. No entanto, apesar

de desejada, a presença dos pais não deve ser exigida, uma vez que deve ser respeitada a dificuldade que alguns pais manifestam em encarar a hospitalização do RN.

Jorge, (2004), refere que o sofrimento da família pode ser causado, para além da gravidade da doença, pela ansiedade em relação à prestação de cuidados e pela capacidade de lidar com as emoções provocadas pela hospitalização do seu filho. Vara (1996), cit. por Jorge, (2004) refere que a capacidade da família para enfrentar a hospitalização da criança, depende dos sistemas de suporte que dispõe, nomeadamente, as experiências anteriores em acontecimentos semelhantes, a coesão entre os membros e a capacidade de utilização de recursos externos ao núcleo familiar. Segundo a mesma autora, o comportamento de um membro da família afeta os outros elementos que constituem essa família. Assim, os pais de um recém-nascido hospitalizado, passam por sentimentos e perdas, porque por mais que os profissionais de saúde tenham conhecimentos ao nível do desenvolvimento infantil e proporcionem um ambiente de conforto, a hospitalização da criança constitui uma situação de crise.

Perante a doença, a família pode sentir-se desgastada, dividida e exausta, devido a algumas dificuldades económicas, deslocações constantes, e com a necessidade de dar atenção a outros familiares, incluindo outros filhos (Barradas, 2008). É importante que a equipa de saúde, tenha a sensibilidade necessária para incluir os familiares nos cuidados de saúde prestados. É fundamental não esquecer que a presença do familiar significativo não deve ser passiva. Estes devem ser envolvidos nos cuidados à criança tais como a higiene, alimentação ou em cuidados mais específicos de acordo com o desejo e a capacidade destes. Este envolvimento é benéfico porque os torna participantes (Barradas, 2008).

O profissional de saúde deverá ajudar a família a viver os processos de mudança de uma forma positiva e promover ou reforçar as forças daquela família, ajudando-a a ultrapassar as crises e as suas limitações (Jorge, 2004).

Como já referenciado, a família é a célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida. Se bem que de forma diversa, o contexto familiar organiza-se para receber novos membros no seu seio. Ao lidar com transições de saúde/doença, a família possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar.

Não sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e atores dessas mudanças,

proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivência (Reis, 2007).

2.1 – NECESSIDADES DOS PAIS FACE AO ACOMPANHAMENTO DO FILHO NO HOSPITAL

Como pessoas aprendemos a lidar com o mundo a nossa volta assim que nascemos e isso acontece desde que somos concebidos, nos primeiros meses de gestação. Continuamos a ouvir, a sentir e estes sentidos permitem-nos receber estímulos do meio tornando o nosso crescimento mais feliz ou mais triste, moldando-nos assim no que nos iremos tornar. Durante todo este crescimento vamos criando necessidades que precisam ser satisfeitas, para nos tornarmos pessoas saudáveis (Gomes, 2009).

Todos nós temos necessidades fundamentais e nos esforçamos para as satisfazer. Segundo Bolander (1998: 312), estas “necessidades podem ser físicas e psicológicas e, a importância de cada necessidade irá depender do indivíduo.” O autor refere ainda que, “o valor relativo de cada necessidade é influenciado por aspetos como expectativas pessoais, influências sociais e culturais, saúde física e nível de desenvolvimento psico-fisiológico”.

Segundo Horta (1979: 39), “as necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos, o que varia de um indivíduo para o outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-las ou atingi-las.” São vários os fatores que influenciam a sua manifestação e satisfação, tais como, a idade, o sexo, a cultura, os fatores socio-económicos, entre outros.

Murray (1938, cit por Nagera, Ibor, Ibor, Ochoa, Pinillos, Poveda e Rojas, 1995) descreveu dois tipos de necessidades: as necessidades primárias, fisiológicas, e as secundárias, aprendidas no decorrer da vida, de acordo com estruturas físicas, sociais e culturais do ambiente. As necessidades secundárias são definidas apenas pelo fim a que elas se direcionam e não por características superficiais do comportamento observável.

Para melhor definir necessidades, referimos a hierarquia de necessidades de Maslow, que é uma divisão hierárquica, em que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Cada um tem de escalar uma hierarquia de necessidades para atingir a sua auto-realização. Maslow define um conjunto de cinco necessidades descritas na pirâmide. Necessidades fisiológicas (básicas), tais como a fome, a sede, o sono, o sexo, a excreção, o abrigo; necessidades de segurança, que vão da simples necessidade de se sentir seguro dentro de uma casa, a formas mais elaboradas de segurança como um emprego estável, um plano de saúde ou um seguro de vida; necessidades sociais ou

de amor, afecto, afeição e sentimentos tais como os de pertença como seja de pertencer a um grupo ou fazer parte de um clube; necessidades de estima, que passam por duas vertentes, o reconhecimento das nossas capacidades pessoais e o reconhecimento dos outros face à nossa capacidade de adequação às funções que desempenhamos; e por fim as necessidades de auto-realização, em que o indivíduo procura tornar-se aquilo que ele pode ser (Lindolfo, 2010).

Definir sentimentos resulta numa tarefa difícil. Ao longo da história muitos foram os que tentaram. Descartes definiu sentimentos como ações e efeitos do sentir. Já Scheinder afirmava que sentimentos seriam estados do “eu”, passivos e vividos diretamente como agradáveis ou desagradáveis. Para melhor os classificar distinguiu os sentimentos entre sentimentos corporais (onde inclui os sentimentos dolorosos, os arrepios, a sede...entre outros) e sentimentos anímicos, estes estariam mais relacionados com a vertente psicológica da pessoa (Nagera, Ibor,Ibor, Ochoa, Pinillos, Poveda e Rojas, 1995).

Os sentimentos são a maneira como nos percebemos. São a nossa reação ao mundo que nos circunda; portanto, compreender esses sentimentos é compreender a nossa relação com o mundo. É entender a nossa vida emocional e afetiva como fonte de equilíbrio ou desequilíbrio, de saúde ou de doença. Quando perdemos o contato com os nossos sentimentos, perdemos o contato com as nossas qualidades mais humanas, perdemos saúde (Lindolfo, 2010).

Os sentimentos podem ser disfarçados, negados, racionalizados, mas um sentimento doloroso não se retirará enquanto não tiver percorrido a sua trajetória natural. Já os sentimentos mais duradouros, como a afetividade por exemplo, significam que uma pessoa está implicada com algo ou alguém e este fato pode constituir desde emoções simples até sentimentos mais complexos que caracterizam a própria personalidade do indivíduo (Flora, 2012).

As emoções têm uma forte expressão corporal, uma base fisiológica inata. São sentimentos passageiros, pressionados pelos acontecimentos e pelas ansiedades que se acumulam durante o transcorrer da convivência em sociedade. Requerem um constante esvaziamento ou expressão. Podem desencadear desestruturação ou alívio. Assim, uma explosão emocional como o choro pode criar alívio passageiro, porém, mais tarde, pode deixar um rasto de culpa pela sensação de ter manchado a imagem. Emoção e afeto são sentimentos que apenas se diferenciam em grau de intensidade, (Flora, 2012).

O impacto humano das causas e das emoções sejam elas subtis ou menos subtis, dependem dos sentimentos gerados por essas emoções (Nagera, Ibor,Ibor, Ochoa, Pinillos, Poveda e Rojas, 1995).

Conflitos emocionais fazem parte da natureza humana. Isso porque na condição de seres humanos temos que fazer escolhas e cada escolha implica ganhos e perdas. Como seres sociais temos de nos adaptar às solicitações internas e externas e quando isso não se torna possível, sentimos frustração, ansiedade, stresse ou sentimento de perda. Quando não conseguimos gerir estes acontecimentos, acumulamos estes conflitos e isso pode conduzir a uma crise emocional, alterando a vida quotidiana.

Por crise entende-se a perceção de um acontecimento ou situação como uma dificuldade intolerável que excede os recursos e mecanismos de confronto da pessoa (Kanel, 2002, cit. por Viana; Guimarães; Maia; Ramos e Mendes, 2005).

O conceito implica três dimensões para melhor compreensão: o acontecimento precipitante, uma perceção do acontecimento que provoca ansiedade e insucesso dos recursos e mecanismos de conforto de maneira a que a pessoa que vive o acontecimento funcione deficitariamente do ponto de vista psicológico, emocional e comportamental. Como na maioria das vezes não é possível alterar o acontecimento precipitante, pode-se contudo, modificar o modo como o sujeito interpreta a situação, ou o significado que ele dá à mesma (Viana, Guimarães; Maia; Ramos e Mendes, 2005).

A intervenção em crise implica trabalhar a perceção que o sujeito tem da situação. Kubler-Ross (1969, cit. por Viana, Guimarães; Maia; Ramos e Mendes, 2005) refere que, após o primeiro impacto do acontecimento precipitante, ao qual o sujeito reage com ansiedade e por vezes desorganização, sucede uma resposta de negação, raiva, desespero, sentimento de culpa e depressão. Se a situação for ultrapassada de modo positivo, e aqui a ajuda dos profissionais de saúde tem um papel determinante, seguir-se-á a aceitação e o confronto com as consequências.

Tamez e Silva (2002), cit. por Barradas, (2008: 68) referem a importância de “atender não só as necessidades dos recém-nascidos, mas também os aspetos psicossociais dos pais.”

Numa unidade neonatal, os recém-nascidos poderão ter de ficar hospitalizados imediatamente após o parto, dependendo do seu estado de saúde, não sendo sempre motivado pela prematuridade. O estado emocional das mães influencia a relação mãe/bebé, e esta relação afetiva (vinculação) pode sair prejudicada se a mãe não estiver junto ao RN ou se estiver presente e a sua interação não for positiva (Oliveira e Collet, 1999). Contudo, não basta manter a proximidade física entre mãe e recém-nascido. É necessário providenciar apoio emocional às mães, atendendo à angústia provocada pela hospitalização do seu filho. Isto porque, atendendo a que durante o internamento são frequentes os episódios críticos, a situação médica dos recém-nascidos evolui com surpresas, progressos e retrocessos, com

consequências psicológicas para os pais, por vezes com alterações da sua vida profissional e até no clima sócio-afetivo da própria família.

Durante a hospitalização, os pais, olham os profissionais na tentativa de obter informação, e clarificação da situação do seu filho. O facto de saberem o que se passa com o filho é fundamental na sua adaptação à situação, daí a necessidade de estabelecer uma comunicação entre pais e profissionais de saúde o mais satisfatória possível.

A comunicação é caracterizada, como algo fundamental para os sujeitos, sendo a base da sua socialização, bem como da sua formação, permitindo uma resposta à satisfação das necessidades humanas básicas (Barradas, 2008).

Para Potter (2005) a comunicação é um processo no qual, as pessoas se afetam umas às outras através da troca de informações e sentimentos. É uma troca de energia, de partilha, para estabelecer e manter relacionamentos com outras pessoas.

A comunicação é um dos instrumentos básicos do cuidado, considerada como parte da arte da enfermagem, uma vez que há o uso criativo e intencional de si próprio com base na habilidade e na experiência, para transmitir significado ao outro (Potter, 2005).

Uma boa comunicação constitui um processo dinâmico nas relações familiares. A família continua a ter o lugar privilegiado na comunicação nas relações humanas.

Tomlinson (1989), cit. por Barradas, (2008) salienta que, sem o estabelecimento de qualquer forma de comunicação, torna-se impossível interagir terapêuticamente, na assistência ao recém-nascido e família o que afeta claramente a qualidade do atendimento, nas unidades de saúde.

A comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e os pais tem como fundamento a troca de informações, a possibilidade de discutirem os seus sentimentos e tensões e de os encorajar a resolver os seus próprios problemas. A comunicação diz-se eficaz quando os profissionais de saúde respeitam os pais, têm em conta a sua cultura, as suas crenças, as suas necessidades de informação e a sua educação (Ramos, 2004).

Neste contexto,

Uma breve explicação do estado da criança, o tipo de equipamento a ser utilizado, pode ajudar a aliviar muitas preocupações dos pais antes de verem o filho (...) a função de cada peça do equipamento e dos procedimentos atenuarão o choque inicial (...) a apresentação do pessoal ajudará os pais a descontraírem-se e a sentirem-se mais em «casa»” Davies (1988:41).

Para Whaley e Wong (1999), a comunicação é considerada como um processo complexo, que representa a forma mais importante para estabelecer relacionamentos de confiança com pessoas. Assim, poder-se-á dizer que, a comunicação implica atitudes de

compreensão e ajuda, na satisfação das necessidades do recém-nascido/família, pelo que é fundamental o desenvolvimento de aptidões neste âmbito.

O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) reconhece a importância da relação de ajuda na profissão de enfermagem ao mencionar, na alínea 2 do seu artigo 5º, que os “Cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) estabelecerem um relação de ajuda com o utente (...)”. Para que a relação de ajuda seja eficaz é essencial que haja uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e o cliente.

A pouca comunicação dos profissionais de saúde referente aos procedimentos e rotinas hospitalares, geram fantasias e ansiedades na família, aumentando o sofrimento vivido e interferindo no processo de recuperação da criança, pois a ansiedade dos pais é transmitida ao recém-nascido, Ferro e Amorim (2007). Os mesmos autores citando Sabatés e Borba (2005) afirmam que apesar da importância da comunicação, os pais relatam que recebem poucas informações sobre a doença da criança e em relação ao papel que devem desempenhar no hospital. A falta de comunicação é um dos aspetos que mais preocupam os pais e lhes causa ansiedade.

Para Fernandes (2000, cit por Barradas, 2008) as necessidades dos pais, durante um período de hospitalização, são entre outras, verem que os filhos estão a receber cuidados globais competentes, compreenderem a situação clínica e tratamento, sentirem-se importantes para os seus filhos e poderem discutir os seus sentimentos sobre a sua hospitalização.

Segundo Snowdon e Kane (1995 cit por Ferro e Amorim, 2007), os pais expressam a necessidade de compreender informações muito complexas, sobre planos de tratamento, a medicação, o tipo e a gravidade da doença do recém-nascido, tempo esperado de hospitalização, o objetivo dos cuidados e procedimentos efetuados ao seu filho. Os mesmos autores referem que, quando os pais estão bem informados sobre a condição de saúde e tratamentos inerentes, estes sentem que têm uma função importante nos cuidados ao filho.

Percebe-se a dificuldade de conviver com a hospitalização de um RN. O adoecer da criança acompanha mudanças nas pessoas que a acompanham, nomeadamente na família. Uma família quando bem assistida, na doença ou no luto do seu filho, pode elaborar o seu sofrimento com mais facilidade, e isto é possível através de um trabalho que a considere como unidade de cuidado.

Se o bebé tem problemas de saúde, a ajuda à mãe ou figura maternal e família tem de ser especialmente atenta. Se os problemas de saúde do seu bebé interferem com capacidade de olhar, de agarrar, de mamar ou de chorar, os pais precisam de ser orientados e ajudados a manter o contacto com o seu filho (Jorge, 2004).

A hospitalização da criança pode gerar uma crise na família em decorrência do desequilíbrio provocado frente à situação inesperada. Se o desequilíbrio não for rapidamente restaurado, alguns familiares da criança podem apresentar alterações físicas que se revelam na alimentação (redução ou aumento na ingestão de alimentos); podem manifestar-se através do aumento do consumo de cigarros e ou de bebidas alcoólicas, ou ainda apresentar distúrbios no padrão do sono e repouso, dormem menos, com pior qualidade ou permanecem acordados horas a fio, ou ainda com dificuldade em adormecer, (Ferro e Amorim, 2007). O sono tem importância pois não se pode viver sem dormir nem sonhar. Nem todos necessitam de dormir o mesmo nº de horas, o que conta é a qualidade do sono, se é ou não reparador, ele serve para descarregar um bom número de tensões originadas durante a vigília (Nagera, Ibor,Ibor, Ochoa, Pinillos, Poveda e Rojas, 1995).

Simoton (1990) citado por Ferro e Amorim (2007) afirma que, o sono é vital na nossa vida e quando o seu padrão é interrompido de modo significativo, a pessoa pode vir a sentir dificuldades emocionais, como ansiedade e depressão. Refere ainda que as alterações no sono podem desencadear depressão ou podem também ser desencadeadas por ela, pois as perturbações do sono são um dos sintomas físicos que se fazem presentes na depressão.

Para Waechter e Blake (1979, cit. por Barradas, 2008), a maioria dos pais têm grande necessidade de falar com alguém que os ouça, pois sentem um aumento de ansiedade quando estão sozinhos. As mesmas autoras referem que parte dos pais encontram apoio emocional na fé, no apoio religioso, retirando dela coragem, significação e fé na “justiça” dos eventos futuros, seja para um prognóstico positivo ou negativo. Os costumes religiosos, os ensinamentos do padre, do rabino, ou do ministro, e as orações dos outros podem transmitir aos pais o sentimento que o seu pesar é compartilhado, que outros também cuidam e têm fé na sua capacidade de suportar a dor.

Os recém-nascidos prematuros necessitam na maioria dos casos, de hospitalizações prolongadas, o que implica necessidades aumentadas.

As sequelas da prematuridade despertam a atenção, pois são várias e afetam não apenas a criança como também os pais. O prematuro, em especial o de extremo baixo peso, apresenta um maior risco de alterações do crescimento e desenvolvimento. As sequelas neurosensoriais e neuromotoras, representadas pela paralisia cerebral, deficiências auditiva e visual, afetam sobretudo as crianças que nasceram com menos de 26 semanas de idade gestacional (Guimarães, Tomé, Virella e Mimoso, 2007).

Figueiredo (2007, cit por Amaral, 2009) refere que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil, em consequência das doenças crônicas que dela advêm. Alguns destes RNs poderão vir a apresentar atraso no seu

desenvolvimento, problemas de comportamento e baixo desempenho escolar. Por estes motivos, os pais têm mais dificuldades em manter interações com eles e de lhes prestar os cuidados adequados. Isto pode muitas vezes levar estes pais a desenvolver sintomatologia psicopatológica a nível clínico, como ansiedade ou depressão.

Baldini (2001) refere que, as reacções mais frequentes citadas pelos pais no início da hospitalização do filho na neonatologia foram de desespero e tristeza, citando as necessidades de apoio psicológico como das necessidades mais importantes. Os sentimentos mais importantes relatados durante o internamento foram de preocupação, ansiedade, medo e tristeza, bem como de susto pela aparência do seu filho.

Segundo Kubler-Rosse (1993, cit por Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009), os familiares das crianças hospitalizadas experimentam uma sequência de sentimentos comuns a todos os seres humanos, quando confrontados com situações complicadas, tais como o choque inicial e a negação (que se caracteriza por uma recusa ou incapacidade de evitar a situação), sentimentos de raiva, fúria, depressão, desespero e vontade de adiar o inevitável, e gradualmente, a raiva vai dar lugar à tristeza e eventual aceitação, que envolve uma redução da angústia e um ajustamento das expectativas à realidade.

Jorge (2004), refere que os pais sentem a hospitalização do seu RN como uma separação, uma quebra na organização do seu quotidiano e é acompanhada por sentimentos que vão desde o medo de perder o filho, a impotência e a culpa. A culpa é uma resposta quase universal para os pais.

A contrastar com estes sentimentos temos a confiança nos profissionais de saúde, que foi apontada pelos pais como sendo um fator de segurança, dando-lhes alguma tranquilidade. Percebe-se que alguns deles, com o decorrer do tempo caminham para a aceitação (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

As atitudes dos vários profissionais envolvidos nos cuidados à família, são relevantes para que a experiência da hospitalização decorra da melhor maneira possível. Os enfermeiros são os profissionais que deverão estar melhor preparados para identificar os sentimentos vividos pelos pais e intervir de forma a ajudá-los a lidar com estes sentimentos (Gomes, 2004).

Para ajudar a minimizar estes sentimentos, os pais adotam estratégias para ultrapassar as necessidades sentidas, de procurando uma adaptação à nova realidade. O apoio efetivamente recebido é extremamente importante na saúde de cada família, embora não seja por si só, suficiente.

Na opinião de Gomes, Trindade e Fidalgo (2009), o cônjuge é referido como a pessoa de quem mais esperam apoio incondicional, nesta fase, sendo as expectativas de apoio

também elevadas em relação à família mais próxima e amigos, bem como por parte dos profissionais de saúde destes, quer no momento do acolhimento na unidade, quer durante a própria hospitalização.

Outra forma de apoio refere-se ao apoio religioso e espiritual, pelo que a presença de uma capela perto das unidades neonatais facilitaria as suas expressões religiosas (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Ramos (2004) distingue dois tipos proporcionadores de suporte social: suporte social formal que inclui os técnicos e os serviços (sociais, hospitalares...) que são organizados para proporcionarem apoio formal e assistência; e o suporte social informal que inclui os amigos, vizinhos, familiares, grupos sociais (clubes e associações, igreja, grupos de apoio) que proporcionam apoio emocional, suporte na vida e nas dificuldades diárias.

Os trabalhos em grupo são excelentes instrumentos para a transmissão de informações. Neles deve haver pelo menos um membro de cada categoria profissional, nomeadamente médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, de forma a poder discutir temas relacionados com a doença e a hospitalização da criança, (Ferro e Amorim 2007).

Através do grupo a família partilha sentimentos com pessoas que vivem ou viveram a mesma situação; aprende novos meios de adaptação; sente-se apoiada percebendo que não está só e consegue obter uma melhor compreensão da doença e dos cuidados a prestar à criança hospitalizada. Os grupos de apoio permitem a troca de experiências e a partilha de dificuldades (Ferro e Amorim, 2007).

2.2 – O RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO EM UNIDADES NEONATAIS

A Neonatologia, é uma área da medicina que abrange os primeiros 28 dias de vida do bebé, sendo o recém-nascido prematuro um dos clientes mais frequentes numa unidade de neonatologia. As bases teóricas da neonatologia surgem do trabalho de Pierre Budin. Este foi o primeiro a escrever um livro em 1892 sobre latentes nascidos de parto prematuro e classificou as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional. Pierre Budin defendia a importância do prematuro permanecer junto da mãe durante o seu internamento no hospital, sob o risco de se conseguir salvar o bebé, mas de se perder, eventualmente, a mãe. Posteriormente, com o contributo da engenharia à medicina, surge todo um apoio tecnológico, essencial à sobrevivência do prematuro, nomeadamente a incubadora, a monitorização cardiorespiratória e o apoio ventilatório, entre outros (Amaral, 2009).

O avanço nas unidades de terapia intensiva pediátrica na década de 60 e os avanços tecnológicos tornaram possível a recuperação de crianças em situação crítica. Nos anos 70, o surgimento das unidades de cuidados neonatais possibilitou a sobrevivência de recém-nascidos anteriormente inviáveis. Desde então, muito se tem feito para a recuperação física destes bebês. Contudo as pesquisas para o seu desenvolvimento emocional, ainda são escassas, contraditórias e pouco sistematizadas. Sabe-se que o atendimento médico integral ao paciente de baixa faixa etária pediátrica não envolve sómente os cuidados físicos. É necessário a integração de aspectos biopsicossociais, incluindo os seus pais, por serem na maioria das vezes, os principais cuidadores e responsáveis pelo apoio emocional essencial para a recuperação das crianças e retomada do desenvolvimento interrompido pelo surgimento da doença e da hospitalização (Baldini, 2001).

Os avanços tecnológicos na área de atenção ao recém-nascido prematuro vieram contribuir para uma maior sobrevivência destes bebês. Assim, a crescente implementação de estratégias tecnológicas e a atualização dos recursos profissionais contribuem para a promoção do crescimento e do desenvolvimento adequados destes pequenos pacientes (Couto e Praça, 2009).

A maior taxa da mortalidade neonatal ocorre nas primeiras horas e dias após o nascimento, melhorando o prognóstico com o aumento da sobrevida pós-natal. A existência de pelo menos um fator de risco neonatal leva a uma receção cuidada do recém-nascido na sala de partos e admissão do recém-nascido em unidade de neonatologia, para observação contínua. Esta vigilância poderá ser prolongada em função do risco (Barradas, 2008).

Dessa maneira, é evidente a necessidade de organização e de implementação de recursos para atender a crescente procura das unidades de neonatologia. Por outro lado, a avaliação deste cenário mostra que, além do atendimento ao recém-nascido, existe outra dimensão assistencial que deve ser enfocada, os seus familiares. Neste momento, e regra geral, os pais encontram-se extremamente vulneráveis e fragilizados, necessitando de apoio e sem condições de auxiliar o filho.

Mittag e Wall (2004) referem que na assistência neonatal é necessário ter em mente que o nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também a sua mãe e toda a família. Por isso o foco do cuidado deve ser centrado também na família e não ficar limitado apenas ao recém-nascido. Sebastiani, (1995 cit por Calvetti, Silva e Gauer, 2008) refere que além do sofrimento do paciente, existe uma família que tende a estar angustiada, necessitando também de auxílio e acolhimento dos profissionais de saúde. Os familiares são uma potente força afetiva que pode favorecer na recuperação do RN, sendo representantes principais dos seus vínculos com a vida e fontes de motivação para enfrentarem o sofrimento.

Devido às condições clínicas do recém-nascido, muitas vezes, há necessidade de permanência hospitalar prolongada, o que gera importantes repercussões no contexto familiar da criança, podendo afetar o vínculo entre o recém-nascido e os seus pais (Couto, 2009).

Para que o recém-nascido prematuro se possa adaptar antecipadamente à vida extra-uterina, necessita de numerosos cuidados diferenciados, de forma a superar as dificuldades provenientes da sua prematuridade. Todos estes cuidados são efectuados na unidade neonatal, onde ele permanecerá durante um longo período de tempo. O recém-nascido prematuro requer cuidados específicos, necessitando de profissionais experientes e de um ambiente adequado (Argote e Valverde, 2002; Rolim e Cardoso, 2006, cit por Amaral, 2009).

Neste ambiente ele vai aprender como responder às pessoas, o que sente quando falam com ele, quando lhe tocam, lhe pegam, o acalmam ou quando o deixam sozinho. Os pais são a peça primordial desse ambiente e do envolvimento social mesmo que não possam permanecer junto ao bebé durante muito tempo (Amaral, 2009).

De um modo geral as unidades de Neonatologia são locais de muito trabalho, marcados pela tecnologia, onde os profissionais atarefados dividem o espaço com os recém-nascidos e com todos os materiais e equipamentos necessários para o seu cuidar diário e suporte da vida (Barradas, 2008). O ambiente físico do hospital, por si só é uma fonte de stresse. Por um lado os pais sentem-se constrangidos pelas técnicas invasivas e equipamentos existentes na unidade, por outro, o barulho característico deste serviço, o equipamento sofisticado, a falta de privacidade e ausência de rotina normal, contribuem para agravar o stresse e a ansiedade dos pais. Também as experiências passadas numa unidade neonatal, os conflitos e perdas têm importância na boa resposta da família ao stresse, provocado pela hospitalização do seu filho. Surge assim o ambiente como fator condicionante na vivência da hospitalização pelos pais dos RNs (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Os recém-nascidos prematuros são separados dos pais imediatamente após o nascimento, dificultando assim a ligação e a interação pais/filho. Nestas unidades permanecem por um período mais ou menos longo, num ambiente que embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe apoia eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade de procedimentos a que é submetido, como pela privação afetiva a que é sujeito. Pode-se considerar que um dos principais problemas relacionados com a hospitalização no recém-nascido diz respeito à vinculação. A hospitalização impede as fases iniciais de um saudável relacionamento pais/filho. Dessa forma, perdem-se as fases iniciais do desenvolvimento de confiança (Brunner e Suddarth, 1985 cit. por Barradas, 2008).

O sentimento dos pais a respeito das máquinas salvadoras pode ser ambivalente; por um lado, expectativa quase mágica em relação a elas, graças às quais a sua criança sobrevive e

os obriga a uma missão completa; por outro lado, coexiste um sentimento de repúdio devido à distância que essas máquinas interpõem entre eles e a criança e, conseqüentemente sentem-se excluídos (Thomaz, Lima; Tavares e Oliveira, 2005). Não é de admirar que uma mãe nessa situação queira fugir ou proteger-se sob a depressão para não cuidar do bebê. Essas respostas não podem ser consideradas anormais e sim respostas previsíveis. O surpreendente é que os pais que conseguem superar esses sentimentos, começam tudo novamente, criando um vínculo com o bebê. Para tanto, eles passam por etapas à medida que formam o apego ao bebê prematuro (Thomaz; Lima; Tavares e Oliveira, 2005).

Este afastamento pais/filho vai privar a tríade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação entre os mesmos. Os profissionais de saúde devem estar atentos e evitar esses afastamentos, facilitando a comunicação entre recém-nascido, a família e eles próprios. Manter e incentivar a continuidade do vínculo da criança com os seus pais e sua família, ajudará a preservar o ambiente do afeto necessário ao seu desenvolvimento harmonioso.

“ A ansiedade e o stresse dos pais, pode ser transferido para as crianças”, tal como Skipper e Leonard em 1968, primeiramente descreveram como a hipótese de “*contágio emocional*” (Curley, Bloedel e Moloney, 1996). As crianças podem ser extremamente sensíveis aos sentimentos dos pais, e isso poderá ser transmitido alterando o seu comportamento.

Existem três principais áreas de stresse psicológico das famílias de recém-nascidos hospitalizados em Neonatologia:

A primeira é resultado da ruptura da interação familiar. A segunda é a preocupação com a possível morte. A terceira é a incerteza quanto à capacidade de controlar o ambiente, provido de alta tecnologia, o qual não é familiar. (Lazarus, cit. por Curry, 1995: 26)

Também Barradas (2008) citando Miles e Carter (1996), menciona duas categorias de stresse nos pais devido à hospitalização do recém-nascido. A primeira está relacionada com os aspetos físicos do ambiente da unidade. A segunda diz respeito aos aspetos psicológicos que incluem as relações pais/técnicos de saúde e pais/bebê, alterações no papel dos pais e, conseqüentemente, ruptura na relação pais/filho.

No que respeita ao cuidar o recém-nascido prematuro internado, e como forma de reduzir os níveis de stresse a que este está sujeito, é importante fazer referência à Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (ICNH). Esta surge como complemento ao movimento Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o qual promove a amamentação e conseqüentemente a permanência contínua do bebê junto de sua mãe durante o internamento na maternidade, promovendo, deste modo, a relação precoce. A IHAC é, atualmente, uma

estratégia mundial apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef (Amaral, 2009).

Bebês prematuros, pais prematuros. Muitas vezes os pais interrogam-se se será que fizeram alguma coisa ou será que deixaram de fazer alguma coisa que desencadeasse a prematuridade do seu filho. É uma reação muito comum. Com o parto prematuro existem sentimentos e medos físicos e psicológicos: culpa, medo da morte materna, medo da morte do bebê, ansiedade, internamento inesperado, angústia, mudança de planos e adaptação familiar e financeira (Barradas, 2008).

Olhar, tocar, sentir o bebê no momento do nascimento, do filho realizado ao filho real, em que os pais revelam, mesmo sendo curto o tempo de aproximação entre eles e o filho, confirmam a relevância desta ação. É o momento de se sentirem pertencentes um do outro, de se identificarem de partilharem e transmitirem ao recém-nascido segurança e afeição, ainda que por um pequeno lapso de tempo (Guimarães, 2007). Os pais e filhos prematuros são privados das primeiras sensações agradáveis, nomeadamente o toque da pele, sentir o cheiro, ouvir a voz e o reconhecimento como pais e filho (Barradas, 2008).

Segundo Gibbon (1988), cit. por Barradas (2008) com a hospitalização, os familiares têm de renunciar habitualmente ao seu papel de dar assistência, e devido à situação crítica do seu filho, são muitas vezes desencorajados a prestar-lhe cuidados, desencadeando sentimentos de insuficiência e impotência nos familiares, que se podem expressar em atitudes críticas aos funcionários do hospital e à própria instituição hospitalar.

De acordo com Guimarães (2007) e Amaral (2009), os profissionais de enfermagem, em relação à família, atuam considerando a família como elemento central na equipa de atendimento à criança e como individualidade com necessidades específicas.

Além do bebê, é importante fazer-se um acolhimento aos pais e à família na Neonatologia, pois todos se encontram fragilizados e a necessitar de apoio.

Quando o estado da mãe o permite é importante que a mãe veja o seu bebê e o toque. A maioria das vezes é o pai o primeiro a visitar o seu bebê na Neonatologia, devendo receber a mesma atenção e suporte por parte da equipa. É essencial que os profissionais de saúde respondam às dúvidas dos pais, salientem também os aspectos positivos do bebê e ouçam as preocupações e necessidades do casal.

O desconhecido dá margens a fantasias e temores muitas vezes infundados. Daí a importância da apresentação do ambiente e da sua funcionalidade, contribuindo para a diminuição do fator stresse (Baldini, 2001). Os pais, no momento da primeira visita têm uma sensação de ambiente novo, desconhecido e assustador, a equipa mostra-se atarefada e o seu bebê é diferente do bebê imaginado. Para atenuar todo este processo, os pais devem ser

acompanhados pelo profissional de saúde, disponível para responder a dúvidas e questões e que os integrará gradualmente na unidade e no seu funcionamento. Para isso contribui o guia de acolhimento, onde as informações mais pertinentes sobre o funcionamento da unidade (horários de visitas, das refeições, apoios hospitalares disponíveis, entre outras) se encontram inseridas. Ferreira e Costa (2010), afirmam que o processo de acolhimento dos pais na unidade de neonatologia, requer não só a colheita de informação sobre o bebê e sua família, como também a demonstração da unidade e fornecimento de informação relativa a todo o processo de internamento.

A distância entre a especificidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, pelos profissionais, e as necessidades de aproximação dos pais para com seu bebê aos poucos vai sendo minimizada nas unidades neonatais, onde os pais, lentamente, são inseridos no cuidado. Tal situação traz o favorecimento de vínculo e a promoção do apego entre os familiares e o bebê (Barradas, 2008).

Consciente disto, a equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados ao bebê, deverá integrar os pais na prestação de cuidados ao mesmo. Assim, o enfermeiro, mais direto e próximo do RN, é o elemento da equipa que se encontra privilegiadamente melhor preparado e posicionado para agir como promotor do processo de aproximação e interação pais/bebê, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho. Isto, para que possam, segundo Klaus e Kennell (1993) e Ferreira e Costa (2010), continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar. No entanto, a prática da partilha dos cuidados à criança com os pais é relativamente recente na nossa realidade, sobretudo numa neonatologia em que o modelo biomédico ainda tem forte expressão, em que o pensamento é mais centrado nos parâmetros fisiológicos e os campos de ação da medicina e da enfermagem têm as suas fronteiras mal delimitadas.

A neonatologia é o destino de bebês de alto risco, e exige de toda a equipe uma preparação que sustente a complexidade das atividades desenvolvidas. Contudo, o fato de não ficar de imediato junto à mãe não implica a quebra da relação vinculativa. Pelo contrário, a vinculação é mantida e até fortalecida entre o bebê e os seus pais. É essencial que a família acompanhe o seu filho durante esta fase, participando dos cuidados. A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança – Cuidar em Parceria (Ferreira e Costa, 2010). Segundo Casey (1988, cit. por Ferreira, 2010), para preservar o crescimento e desenvolvimento do bebê, os cuidados prestados a este, devem ser em forma de proteção, estímulo e amor. Assim, ninguém melhor que os pais para os prestar.

Anne Casey desenvolveu em 1988 um modelo de parceria de cuidados a ser implementado aquando da prestação de cuidados pediátricos. De acordo com este modelo, os pais não são visitas, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar. Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos: na criança internada e na família. O seu modelo de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico. Embora fosse inicialmente criado para ser utilizado em Pediatria, é facilmente adaptado à unidade de Neonatologia. Quando aplicado à Neonatologia, compreende-se que os cuidados sejam inicialmente prestados pelos enfermeiros devido à situação de fragilidade do bebé prematuro, sendo os pais gradualmente englobados nos cuidados de higiene e conforto, seguidos dos de alimentação e outros (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006, cit por Amaral, 2009). Há uma passagem gradual dos cuidados prestados pelo enfermeiro para os prestados pela família com o evoluir do internamento e da situação de saúde do bebé. Todo o processo de cuidar propriamente dito, pelos pais ao seu bebé, tem início com um simples olhar, seguido de um toque envergonhado que lentamente se torna mais seguro e prolongado, e eventualmente de uma voz suave e carinhosa (Amaral, 2009).

Os pais, quando são informados sobre a participação dos cuidados, por vezes ficam confusos e inseguros em relação ao que é esperado deles, e/ou o que lhes é permitido fazer, durante a sua permanência no hospital. Ocasionalmente, os pais, iniciam o processo de participação nos cuidados ao seu RN, porque vêem os outros pais fazerem (Reis, 2007).

Muitas vezes, a exaustão física dos pais pode estar associada à dificuldade da sua participação nos cuidados. Esta é influenciada por fatores como a personalidade, o estado emocional e a disponibilidade. Perceber o estado emocional é importante e significativo, em virtude de que, percebendo as necessidades dos pais, podem-se redefinir papéis (Reis, 2007).

Torna-se, pois, urgente, no melhor interesse da criança, que os enfermeiros consigam orientar a sua prática segundo um modelo que se insira num paradigma, que para além da manutenção da vida, defenda como valor fundamental a qualidade de vida da criança, que depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a sua família.

Uma mulher deve desenvolver o laço emocional com o filho de modo a prover os cuidados apropriados à criança para o bem-sucedido desenvolvimento da sua identidade de mãe. Nada melhor que o contacto pele com pele, também conhecido como o método mãe – canguru. Este contacto pele com pele é um método em que o recém-nascido, após o nascimento, é colocado pele a pele com a mãe, em posição vertical na região torácica entre os seios. Este contacto direto com o corpo oferece-lhe estímulo e afeto, privilegia o aleitamento materno e favorece o estabelecimento precoce do vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho

(Rodrigues, 2009). O método contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser feito de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, (Guimarães, 2007). O pai pode e deve ser envolvido no método canguru. O enfermeiro deverá auxiliar e apoiar os pais na realização dos cuidados ao seu filho.

Segundo Pedro (1997), numa unidade de cuidados intensivos, um bebê de risco pode permanecer horas, dias ou semanas e é necessário que ele tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o seu instinto de sobrevivência, em sensação de que vale a pena viver e lutar pela própria vida.

Assim, quando essa criança é um recém-nascido, para além da valorização do papel da família como principal cuidador, a parceria nos cuidados, permitirá o estabelecimento e desenvolvimento da vinculação, matriz sobre a qual se vão reeditar as expressões interativas posteriores.

É hoje reconhecido, que a qualidade dos cuidados fornecidos ao bebê recém-nascido, sobretudo doente, passa pela proteção “do vínculo com alguém que é ou poderá passar a ser o alguém significativo para a criança” (Pedro, 1997: 70).

Em todo o processo de hospitalização do RN há lugar para a troca de informações e esclarecimento de dúvidas dos pais, bem como para o apoio psicológico, o qual é tão necessário. Há também um grande investimento no ensino aos pais sobre a melhor forma de cuidar do bebê, valorizando a suas crenças e adequando os cuidados a prestar. Visa, como qualquer outro processo, a preparação para a autonomia dos pais nos cuidados do seu filho, que formalmente é traduzido pela alta (Franco e Matos, 1999; Mano, 2002 cit por Amaral, 2009).

2.3- TRANSIÇÃO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO

Com o desenvolvimento dos recursos tecnológicos, a principal preocupação dos profissionais de saúde da Neonatologia é a de manter vivos os recém-nascidos cada vez mais prematuros e para isso prioriza a qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar, por meio de profissionais competentes e equipamentos de última geração (Couto e Praça, 2009). Numa fase posterior os pais são envolvidos na prestação de cuidados ao RN. Segue-se a avaliação dos cuidados prestados, com eventual mudança de estratégias quando necessário, de forma a tornar os pais o mais independentes possível nos cuidados prestados. Deste modo, está-se a promover a relação precoce e a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebê, no momento e

posteriormente em casa, garantindo a continuidade domiciliária de cuidados eficazes (Ferreira e Costa, 2010), essencial para a qualidade de vida do RN. Gradativamente, o sucesso das intervenções ao RN deverá ser mantido e continuado, mesmo quando o RN tem alta clínica, o que amplia a necessidade de cuidado no domicílio, o qual passa a ser desempenhado pelos cuidadores principais: os pais e familiares (Couto e Praça, 2009).

O tempo de permanência da mãe na unidade contribui para o estabelecimento do vínculo afetivo, além de favorecer a participação nos cuidados, pois permite desenvolver as suas habilidades e competências, esclarecendo possíveis dúvidas na alta hospitalar (Rebelo, Chaves, Cardoso e Sherlock, 2007).

Durante semanas e por vezes meses, os pais sentiam-se seguros de que o seu filho estava a ser cuidado por pessoas com prática, que poderiam detetar e resolver algum problema. Chegado o momento da alta hospitalar, os pais sentem uma ambiguidade de sentimentos: felicidade e alegria por finalmente levarem o seu bebé para junto deles, mas por outro lado sentem uma fonte geradora de stresse e ansiedade porque a partir daí são apenas eles os únicos cuidadores do seu filho prematuro (Barradas, 2008).

A ansiedade e a vontade que o filho fique bem e atinja o peso necessário para a alta, são esperadas pelos pais desde que o filho nasce. Com os dias de internamento, esse desejo e as expectativas aumentam. Quando a notícia chega, vem acompanhada de sentimentos de insegurança em relação ao seu desempenho no âmbito domiciliar (Guimarães, 2007).

Garantir e assegurar a continuidade de cuidados adequados no domicílio a um RN que nasceu prematuramente, passa por reconhecer nos pais a capacidade de adaptação e de reajuste das suas funções, como a capacidade de interiorização e processamento de novas e variadas informações relativamente ao seu filho. Assim, é importante conhecer e identificar as necessidades que estas famílias apresentam, com o objectivo de as ultrapassar adequadamente, tendo em vista os ganhos em saúde (Silva, 2010).

Os pais ficam muito apreensivos e exaltados à medida que se aproxima o momento da alta. Devemos fornecer o tempo suficiente para que a família assimile as informações e aprenda a reconhecer as necessidades básicas dos cuidados (Whaley e Wong, 1999). É importante fortalecer os laços afetivos entre a mãe, o bebé e a família além de preparar o binómio para a alta hospitalar.

O ajustamento à maternidade e paternidade com vista à integração da parentalidade traduz-se pela aquisição de competências cuidativas do bebé, contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento harmonioso (Mendes, 2007).

Os recém-nascidos prematuros são os que requerem cuidados mais intensos por serem os que apresentam maiores riscos, fazendo com que os pais ocupem mais tempo com estes

bebés. Levar um bebê para casa origina várias vezes, agitação entre as irmãs e irmãos mais velhos. Das reações mais comuns são as reações exageradas e o pedido constante de atenção dos pais ou então alguns comportamentos negativos como as birras (Sá, 1997).

O planeamento da alta permite que os pais participem ativamente nos cuidados ao recém-nascido durante o processo de hospitalização possibilitando planificar melhor a ida para o domicílio, facilitando todo o processo de transição. Porém, deve ter-se em atenção alguns pontos como refere Driscoll (2000), cit. por Barradas (2008), a perceção da informação por parte dos cuidadores, e se ela é suficiente. Quanto ao primeiro ponto é importante a realização de um planeamento de alta adequado a cada situação específica e de acordo com as necessidades sentidas. No que diz respeito ao segundo ponto é imprescindível que os cuidadores recebam informação suficiente para que se diminua a ansiedade e a probabilidade de complicações domiciliárias.

De acordo com Tamez e Silva (2002, cit. por Barradas, 2008) é durante o internamento do recém-nascido que os pais devem receber ações educativas, para que se sintam seguros e sejam capazes de cuidar do filho após a alta hospitalar. Os profissionais de saúde devem identificar dúvidas e dificuldades dos pais em desempenharem o seu papel parental. Devem dar orientações sobre os cuidados básicos ao seu recém-nascido, fortalecer a implementação e estimular a prática do aleitamento materno.

A alta do RN de uma unidade de neonatologia, é um complexo processo para os profissionais, para o sistema social e para a família. Hummel e Cronin (2004) reforçam que é necessária a construção de um plano de alta que envolva os profissionais e os familiares responsáveis pelo bebê, para que, no domicílio, estes saibam atender as suas necessidades, tanto no uso de oxigénio quanto na alimentação por sondas, ou qualquer outro tipo de procedimentos. Os mesmos autores realçam a necessidade de a instituição manter um profissional de enfermagem habilitado para fornecer suporte aos pais. Rabelo, Chaves, Cardoso e Sherlock (2007), afirmam a necessidade de preparar os pais para cuidar do seu filho com segurança, no ambiente domiciliar. A linguagem e a instrução devem ser consideradas nos planos de ensino. Instruir as famílias sobre como cuidar do seu RN requer uma abordagem bem estruturada e documentada. Desta organização e planeamento fazem parte a comunicação verbal e não-verbal, como a demonstração de alguns procedimentos, que porventura devam ser realizados pela família no seu lar, o fornecimento de manuais ou folhetos informativos, utilizando uma comunicação pictural, linguagem simples e desenhos ou figuras de fácil assimilação. Os materiais didáticos utilizados na educação em saúde estimulam a participação dos pais no processo de aprendizagem.

O suporte e as orientações fornecidas pelos profissionais de enfermagem devem ser executados com uma linguagem simples e clara. Deverá abordar temas pertinentes como a amamentação, focando as vantagens do leite materno, a melhor técnica para dar de mamar, a frequência das mamadas, referenciar os cuidados a ter com o banho do bebê, cuidados com a higiene e conforto do RN, a massagem como e quando deve ser feita ao RN, quando vacinar, e outros temas pertinentes de como cuidar o bebê em casa (Mendes, 2007).

Os profissionais de saúde devem facilitar e incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, promovendo este relacionamento de modo a que os pais se sintam parte integrante na recuperação e no cuidar do seu filho.

No entanto, para que toda esta estrutura funcione, é necessário o comprometimento de uma equipe multidisciplinar que assegure assistência de qualidade direcionada às necessidades da família e do recém-nascido. Além desses profissionais, os pais devem contar com uma rede de apoio não formal de assistência, constituída por outros familiares e vizinhos (Hummel e Cronin, 2004).

O planejamento da alta é extremamente importante e deve ser aplicado a ambos os pais, no intuito de os capacitar para o cuidar no domicílio. A ocasião mais propícia à aprendizagem é quando os pais mostram motivação e disponibilidade para aprender. Deverá ser facultada aprendizagem teórica e prática, para que os pais possam superar as dificuldades vivenciadas, com o nascimento do seu filho. Aquando da alta, os pais deverão ser acompanhados pela carta de enfermagem, que facilitará a assistência ao RN, pois resumirá a história da hospitalização do mesmo e orienta para a prestação de cuidados no domicílio. Relvas (2004), afirma que a nossa sociedade espera que todos os cuidados aos filhos sejam assumidos pelos pais, atribuindo-lhes o papel de quase completa responsabilidade sobre a saúde e bem-estar do seu filho, sendo de extrema importância que eles tenham e sintam competências para o fazerem em casa.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1– METODOLOGIA

A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (Fortin, 2009).

Através da revisão bibliográfica efectuada no âmbito da problemática em estudo, foi possível construir um quadro metodológico de forma a relacionar conteúdos pertinentes com o problema. Esta fase é assim considerada por Fortin (2009), como uma etapa essencial à exploração do domínio de investigação, que permite estruturar o problema, estabelecer ligações e clarificar conceitos.

O capítulo encontra-se estruturado da seguinte forma: tipo de estudo, questões de investigação, variáveis do estudo com a respectiva operacionalização, metodologia de colheita de dados, determinação da população, da amostra e do contexto do estudo, considerações éticas e tratamento estatístico dos dados.

1.1 – FINALIDADE E TIPO DE ESTUDO

O objetivo de um estudo patenteia o propósito desse mesmo estudo, o que segundo Fortin (2009) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.

O estudo escolhido utiliza uma abordagem metodológica descritiva, transversal e não experimental, porque não tem o objetivo de controlar fenómenos, mas sim recolher dados observáveis e quantificáveis, que exploram e determinam a existência de relação entre variáveis, com vista à sua descrição.

Fez-se uma abordagem metodológica quantitativa, porque é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Contudo recorreu-se à análise de conteúdo para melhor interpretar determinados resultados.

Nos estudos quantitativos o pesquisador decide isolar as características de interesse, eliminando ou controlando variáveis que talvez interfiram nas variáveis que estão a ser estudadas. Os dados são sólidos e repetíveis, generalizáveis, assumindo a realidade como estável (Carmo e Ferreira, 1998, referido por Tuckman, 2005). Os autores referem ainda que, o método de investigação quantitativo se traduz por um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação

de hipóteses explicativas, o controlo de variáveis, a seleção de uma amostragem aleatória, a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, sujeitos a uma análise estatística.

Segundo Fortin (2009) o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao estudo. A metodologia descritiva justifica-se pelo fato de proporcionar a caracterização da sua ocorrência e a sua natureza. Neste estudo o propósito é o de observar, descrever e explorar aspetos relacionados com a opinião dos pais dos RNs hospitalizados na neonatologia face à satisfação das suas necessidades.

Um estudo não experimental serve para descrever, explorar ou explicar um fenómeno complexo ou para verificar proposições teóricas a partir de uma análise em profundidade dos diferentes elementos do fenómeno (Fortin, 2009).

É transversal porque é efetuado durante um período/corte de tempo, num determinado período/momento, (Fortin, 2009).

Com o estudo pretende-se entender e perceber o que os pais pensam e sentem, a forma como reagem durante a hospitalização do seu bebé, desejando provocar o mínimo de perturbação possível à população estudada, a manipulação não é desejada, pelo que se recai num estudo não experimental. Assim, delinearam-se os seguintes objetivos:

- Analisar as necessidades dos pais de recém-nascidos no exercício da sua parentalidade quando os filhos estão hospitalizados na neonatologia;
- Analisar as estratégias de atuação dos pais de recém-nascidos para satisfazer as suas necessidades emocionais durante a hospitalização dos filhos na Neonatologia;
- Compreender se o serviço de Neonatologia responde de forma eficaz às necessidades dos pais de RNs, durante a sua hospitalização.

1.2– QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (Fortin, 2009).

Uma questão de investigação é, desta forma, um enunciado interrogativo claro e não equívoco, que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009). O mesmo autor refere, ainda que, a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que constitui habitualmente

uma ou duas variáveis e a população a estudar. Estas devem ser mais precisas que os objetivos de onde decorrem.

O interesse por esta temática, relaciona-se com a preocupação da gestão das emoções e sentimentos que os pais sentem durante a hospitalização do recém-nascido e perceber de que modo as gerem e se precepcionam falhas no apoio a essas necessidades, isto é se, os apoios prestados durante a hospitalização na unidade de neonatologia são suficientes para o bem-estar dos pais. Surge assim a questão central da nossa investigação: Qual a perceção dos pais de recém-nascidos hospitalizados em Neonatologia, face à satisfação das suas necessidades?

A questão é atual, apropriada ao momento presente, em virtude de se sentir falhas na gestão das emoções dos pais, apesar do apoio que as unidades dão, parecem ser insuficientes.

Paralelamente outras questões se impõem nomeadamente:

- As características dos pais têm influência nas necessidades por eles sentidas durante a hospitalização do seu RN?
- As características que os recém-nascidos possuem influenciam as necessidades dos pais?
- Quais as estratégias de *coping* a que os pais recorrem para melhor enfrentar / ultrapassar as dificuldades sentidas?
- Qual a importância do apoio prestado pelos profissionais de saúde relativamente às necessidades sentidas pelos pais durante a hospitalização do RN?

Depois de formulado o problema, com a certeza de ser cientificamente válido propõem-se uma resposta, ou seja, propõem-se a elaboração de uma hipótese.

Para Fortin (2009), a hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. A hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo.

Assim, problemas e hipóteses são enunciados de relações entre variáveis. Deste modo, consideram-se como hipóteses (H) neste estudo:

- H1** – Existe relação entre as características dos pais e as necessidades por estes sentidas durante hospitalização em neonatologia.
- H2** – Existe relação entre as características dos recém-nascidos e as necessidades sentidas pelos pais durante a hospitalização em neonatologia.
- H3** – Existe relação entre o apoio dado pelos profissionais do serviço e as necessidades dos pais durante a hospitalização em neonatologia.
- H4** – Existe relação entre as estratégias de *coping* dos pais e as necessidades por eles sentidas durante a hospitalização em neonatologia.

1.3 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

No sentido de ser possível observar e avaliar um conceito o investigador deverá clarificar as variáveis em estudo, ou seja, quando um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de variável, sendo que as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação e podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças (Fortin, 2009).

Uma variável é, então, toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente (Polit e Hungler, 1995). Posto isto e tendo em conta as questões orientadoras, neste estudo foram utilizadas dois tipos de variáveis: a variável dependente e as variáveis independentes.

A variável independente ou explicativa é aquela de que se pretende medir os efeitos, isto é, é a variável que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2009). Neste estudo surgem como variáveis independentes as seguintes:

- Características dos pais de RN;
- Características dos RN;
- Características da hospitalização do RN;
- Estratégias de *coping* dos pais.

As variáveis dependentes também chamadas de «variáveis críticas» ou «variáveis explicadas» são aquelas que sofrem o efeito esperado da variável independente é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 2009). Isto é, a variável dependente é aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever. Desta forma, neste estudo a variável dependente: as necessidades sentidas pelos pais durante a hospitalização do RN em neonatologia, nomeadamente necessidades emocionais, necessidades de apoio, necessidades relativas a recursos físicos e as necessidades de suporte e orientação.

Nesta perspectiva, de seguida, serão apresentadas as variáveis utilizadas neste estudo, com a respetiva identificação e operacionalização.

- Variáveis independentes

Como já identificado anteriormente as variáveis independentes são as características dos pais dos RNs, as características dos RN, as características do internamento e as estratégias de coping.

CARACTERÍSTICAS DOS PAIS DOS RNs

As características dos pais dos RNs deste estudo dizem respeito: à idade, ao parentesco, às habilitações literárias, ao estado civil, à situação profissional, situação familiar, ao número de filhos, à área de residência e à experiência com prematuridade.

De seguida, é realizada a identificação de cada de forma a permitir um adequado tratamento estatístico.

Idade – intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos (INE).

Parentesco – relação que une duas ou mais pessoas por vínculos de sangue ou sociais.

Habilitações literárias – grau de instrução do indivíduo obtido através do estudo; é o grau académico.

Estado civil – qualidade definidora do estado pessoal que consta de forma legal no registo civil ou de forma não legal através da união de facto (INE).

Situação profissional – representa a condição em que o indivíduo desempenha a sua atividade profissional na sociedade. A classificação da situação profissional apresentada tem por base a classificação portuguesa das profissões, 2010, segundo o INE. Esta classificação divide as profissões em 10 grandes grupos, nomeadamente: Profissões das forças armadas; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Técnicos e profissões de nível intermedio; Pessoal administrativo; Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Trabalhadores qualificados da industria, construção e artificies; operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem; trabalhadores não qualificados. Na situação profissional foi também considerada a situação de “estudante” e o “desemprego” visto ser um número significativo da população. Segundo o INE a taxa de desemprego (taxa que permite definir o peso da população desempregada sobre o total da população ativa), no 1º trimestre de 2012 é de 15,1%.

Tipo de família – define a estrutura e a dinâmica familiar. Família nuclear é aquela em que há uma só união entre adultos e um só nível de descendência, pais e seu (s) filho (s); Na família alargada ou extensa, coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além os progenitores e filho (s); Família monoparental, família constituída por um progenitor que coabita com o (s) descendente (s) (Caniço, Bairrada, Rodriguez e Carvalho, 2010).

Número de filhos – número de descendentes existentes no agregado familiar.

Area de residência – local onde residem, tendo em conta se é uma área rural (nomeadamente aldeias circundantes da cidade, distancia igual ou superior a 30 quilómetros) ou área urbana (zona citadina que engloba o hospital onde o bebé esteve internado e está a ser acompanhado).

Tipo de gravidez – sendo a gravidez o estado resultante da fecundação de um óvulo pelo espermatozoide com o conseqüente desenvolvimento do feto gerado no utero durante os 9 meses até ao seu nascimento. Gravidez de risco segundo o manual Merck é aquela em que o risco de doença ou de morte antes ou depois do parto é maior que o habitual, tanto para a mãe como para o bebé, isto é, pode ser assim denominada devido a causa materna (problemas de saúde da mãe) ou de risco com causa fetal.

Hospitalizações anteriores em neonatologia – hospitalizações com este ou outro filho, numa unidade neonatal, referindo o nome da mesma.

Cada uma destas características foi operacionalizada de forma a tornar-se numa variável possível de estudar. No quadro seguinte pode ser visualizada a operacionalização de cada uma destas variáveis, com a respetiva identificação da questão do questionário.

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis características dos pais dos RNs

Variável	Questão nº	Operacionalização
Idade	1	Menos de 20 anos 20- 25 anos 26- 30 anos 31- 35 anos 36- 40 anos Mais de 40 anos
Grau de Parentesco	2	Mãe Pai
Habilitações literárias	3	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e escrever mas não tem 4º ano Primeiro ciclo Segundo ciclo Terceiro ciclo Secundário Ensino superior
Estado civil	4	Solteiro/a Casado/a União de facto Divorciado/a Viúvo/a
Situação Profissional	5	Empregado (atividade profissional) Desempregado/a Estudante
Tipo de família	6	Nuclear (pai e mãe) Monoparental (ou pai ou mãe e filhos) Alargada (pais, filhos e outros familiares) Outra
Número de filhos	7	Um filho (este) Dois filhos (este e outro) Três filhos Mais de 3 filhos
Área de residência	8	Rural Urbana
Tipo de gravidez	9	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gravidez gemelar ○ Diabetes ○ Hipertensão Arterial (pré-eclampsia) ○ Hidrâmnios ○ Outro
Hospitalizações anteriores em neonatologia	15	Nenhuma Uma Duas Mais de duas
Hospitalizações anteriores em neonatologia	16	Com este Com outro filho

CARACTERÍSTICAS DOS RNs

Assim, dentro das variáveis independentes definiu-se as que tem a ver com as características do recém-nascido, nomeadamente, sexo do bebé, idade gestacional e peso de nascimento, sendo de seguida efetuada a sua enunciação, com o objetivo de permitir um adequado tratamento estatístico.

Sexo do bebê, não é valorizado o ser feminino ou masculino, mas sim saber se era ou não o desejado pelos pais.

Idade gestacional – período de tempo, medido em semanas completas, que vai do primeiro dia do último período menstrual normal até à data do parto (INE). O que é de extrema importância uma vez que os riscos da prematuridade são inversamente proporcionais à idade gestacional.

Peso do bebê – o primeiro peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento. Esta pesagem deve ser feita de preferência à primeira hora de vida.

O quadro 2 permite visualizar a operacionalização destas variáveis e qual a questão a que cada uma corresponde no questionário.

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis características dos RNs

Variável	Questão nº	Operacionalização
Sexo do RN	10	Sim Não Indiferente
Idade gestacional	11	De 24 a 28 semanas De 29 a 32 semanas De 33 a 36 semanas Maior ou igual a 37 semanas
Peso do RN	12	Menos de 1000 gramas De 1000 a 1500gramas De 1501 a 2000 gramas Mais de 2000 gramas

CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO DO RN

A duração da hospitalização e o acolhimento são as características consideradas para caracterizar a hospitalização do RN na unidade de neonatologia.

Duração da hospitalização – tempo expresso em dias que o RN esteve hospitalizado.

Acolhimento – refere-se à experiência vivenciada pelos pais no momento da receção à unidade de neonatologia, se foi ou não bem acolhido pelos profissionais de saúde da unidade.

De seguida, estas variáveis podem ser observadas no quadro 3 onde é identificada a questão do questionário à qual corresponde cada uma, e a sua operacionalização.

Quadro 3 – Operacionalização das variáveis características da hospitalização do RN

Variável	Questão	Operacionalização
Duração do internamento	13	De 2 a 5 dias De 6 a 9 dias De 10 a 15 dias De 16 a 20 dias Mais de 21 dias
Acolhimento	17	Sim Não

ESTRATÉGIAS DE *COPING*

O conceito de *coping*, segundo Antoniazzi, dell’Aglío e Bandeira (1998), descreve o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes. Lazarius e Folkman (1984, cit por Antoniazzi, dell’Aglío e Bandeira, 1998) referem que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental iniciada em resposta a um stressor.

Esta variável vai permitir identificar as estratégias a que os pais recorrem face à hospitalização do RN.

Quadro 4 – Operacionalização da variável estratégias de *coping* dos pais

Variável	Questão	Operacionalização
Estratégias de <i> coping</i>	Quais os aspetos que o ajudaram a aceitar a hospitalização do seu filho (questão n°26)	Contacto com pais em situação idêntica Participação nos cuidados Ir a casa Rezar Ter a visita da família Outra...

Variável dependente – Necessidades sentidas pelos pais durante a hospitalização do RN

Apresenta-se uma breve definição de necessidades e sentimentos passíveis de encontrar referidos pelos pais dos RNs hospitalizados em neonatologia.

Segurança – pode-se afirmar que este conceito, que deriva do latim *securitas*, se refere à qualidade daquilo que é seguro, ou seja, o que está ao abrigo de quaisquer perigos, danos ou riscos. Quando se diz que algo é seguro, significa que é algo certo, firme/estável e indubitável. A segurança é portanto uma certeza.

Confiança – esperança firme em alguém, em alguma coisa: ter confiança no futuro.

Ansiedade – definida como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos degradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebida e por aumento da atividade do sistema nervoso autónomo (Baldini, 2001).

Culpa – sentimento obtido após reavaliação de um comportamento passado tido como reprovável por si mesmo.

Medo – reação obtida a partir do contato com algum estímulo físico ou mental (interpretação, imaginação ou crença) que gera uma resposta de alerta no organismo.

Tristeza – sentimento que expressa desânimo ou frustração em relação a alguém ou a algo. Pode causar reações físicas como depressão nervosa, choro, insónias, falta de apetite, e reações emocionais como o arrependimento.

Depressão – caracteriza-se por tristeza mais marcada ou prolongada. Este sentimento é comum sobretudo após experiências ou situações que afetam de forma negativa.

Revolta – grande transformação, mudança sensível de qualquer natureza, seja de modo progressivo, contínuo, seja de maneira repentina.

Choque – um abalo, uma comoção.

Sensação de perda/separação - sensação de desamparo, corte na carência afetiva. Dor que se sente, conforme o grau de afeição com a pessoa que forçosamente é separada.

Apoio – os pais necessitam de sentir segurança, algum apoio, que lhes facilite a sua reorganização emocional.

Informação – Traduz o interesse, a importância e a satisfação dos pais quanto às diferentes formas de obter informação nas várias vertentes que envolve a hospitalização do seu RN.

Recursos físicos e humanos, a que os pais poderão recorrer durante o processo de hospitalização e que se encontram disponíveis no hospital e na família.

O suporte e a orientação traduzem a formação, a indicação que os pais possam carecer no sentido de se sentirem mais seguros e confiantes no exercício de uma parentalidade autónoma.

As questões foram agrupadas em categorias temáticas, nomeadamente: necessidades emocionais dos pais, necessidades de apoio, necessidades de informação, necessidades de relativas a recursos físicos e necessidades de suporte e orientação, que por sua vez foram classificadas em subcategorias segundo determinados indicadores (Silva, 2010; Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009; Barradas, 2008), como demonstrado no quadro seguinte.

Quadro 5 – Operacionalização da variável dependente

VARIÁVEL	QUESTÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Necessidades emocionais	<i>Perante a doença e a hospitalização</i> (questão nº18)	Aceitação/esperança Segurança/confiança Choque/surpresa Incredibilidade/negação Desespero/impotência Ansiedade/pânico Revolta Tristeza Culpa Medo Sensação de perda/separação Outros...
Necessidades de apoio	<i>Apoio efetivo</i> (questão nº19)	Sim Não
	(questão nº23)	Sim Não
Necessidades de apoio	<i>Apoio fornecido</i> (questão nº20)	O cônjuge A família Médico Enfermeiro Guia espiritual Outro
	<i>Importância do apoio</i> (questão nº25)	Fundamental Insuficiente Transmitiu-lhe tranquilidade e conforto Forneceu-lhe ajuda Sentiu-se acompanhado e orientado Favoreceu a união familiar
Necessidades de informação	<i>Esclarecimento de dúvidas</i> (questão nº21)	Pediatra Enfermeiro Assistente social Secretária Guia espiritual
	<i>Informação clínica</i> (questão nº22)	Adequada Clara e esclarecedora Atempada Tardia Inadequada
Necessidades relativas a recursos físicos	<i>Apoios físicos (in)disponíveis</i> (questão nº24)	Instalação para os pais Fornecimento das refeições Sala de convívio (televisão) Capela Outra
Necessidades de suporte e orientação	<i>Informação e orientação</i> (questão nº27)	Cuidados de higiene Alimentação Sono e repouso Vigilância de saúde Segurança Problemas mais frequentes
	(questão nº28)	Sim Não

1.5– MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

Para que um problema de investigação seja tratado, precisa ser elaborado algum método para observação e mensuração das variáveis da pesquisa da maneira mais precisa

possível. Regra geral, o pesquisador inicia este processo pela definição criteriosa das variáveis, de forma a esclarecer, com exactidão, o significado de cada uma delas. De seguida, necessita seleccionar ou planear um método adequado de apreensão das variáveis, ou seja, um método de colheita de dados, para o que existe uma variedade de métodos (Silva, 2010).

O instrumento de colheita de dados, para Quivy e Campenhoudt (2005 cit por Silva, 2010) é um instrumento capaz de produzir todas as informações adequadas e necessárias para testar as hipóteses. Contudo, para que este instrumento seja capaz de produzir informação adequada deverá abarcar perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos e formulá-las com o máximo de precisão.

Para Fortin (2009), é o tipo de problema a investigar que determina qual o tipo de método de colheita de dados, tendo em conta os objectivos do estudo, as variáveis e a sua operacionalização.

Sendo a metodologia de investigação uma abordagem quantitativa optamos pelo questionário como instrumento de colheita de dados. Foi seleccionado o questionário uma vez que, para além de ser um instrumento pouco dispendioso, requer menos experiência na sua aplicação e tratamento (Fortin, 2009).

A elaboração do questionário teve por base investigações anteriores de autores nomeadamente Barradas, (2008) e Gomes, Trindade e Fidalgo, (2009), tendo sofrido algumas reestruturações, e para o qual foi solicitada autorização para a sua utilização neste projeto (Anexo I). A escolha das perguntas está condicionada a diversos fatores e a sua formulação relaciona-se diretamente com o conteúdo da resposta a obter. Assim, construíram-se algumas perguntas fechadas, outras fechadas com resposta dicotómica, perguntas abertas e perguntas mistas. Foi efetuado o pré teste em 7 pais de RNs na Neonatologia, de forma aleatória, com a finalidade de aferir a sua precisão quanto à sua estrutura formal e de conteúdo de modo a proceder à sua validação. A opinião foi unânime de que as frases eram de fácil compreensão, de construção semântica clara e que os questionários eram de fácil preenchimento.

Quanto à administração, um questionário pode ser de administração indirecta quando é o próprio inquiridor a preenche-lo a partir das respostas que lhe são dadas pelo inquirido, e de administração directa quando é o próprio inquirido a preenche-lo (Quivy e Campenhoudt, 2008 cit por Silva, 2010). Neste estudo o questionário foi utilizado sob a forma de administração directa, uma vez que foi aplicado aos pais do RN e foram os próprios a preenche-lo.

O exemplar deste instrumento constará em anexo (Anexo II). É um questionário que inclui, as características sócio-demográficas e as características sócio-económicas do agregado familiar, história familiar de hospitalizações anteriores em neonatologia,

sentimentos que estão a viver na relação com o bebé, apoio dado por profissionais de saúde, estratégias por eles utilizadas que os ajudaram a aceitar melhor a hospitalização do seu filho, entre outras.

A cada questionário foi atribuído um nome de um animal. Sempre que citado o questionário é referido como o exemplo, os pais do RN leão: Desta forma conseguiu-se uma melhor organização mental do trabalho.

O fato de o investigador ser enfermeiro numa das unidades onde aplicou os questionários e por isso conhecer os pais, facilitou a expressão de sentimentos e emoções por parte dos pais.

Organização das questões abertas

As questões abertas permitem aos inquiridos desenvolver as suas ideias e opiniões sobre determinado assunto (Silva, 2010). No questionário foram incluídas cinco questões abertas, que permitem aos pais acrescentar alguma observação ao questionário e alguma ideia da forma como se poderá ir de encontro às suas necessidades.

- O que mais o preocupou quando o informaram que o seu filho ficava hospitalizado na unidade de neonatologia?
- Quais as informações de que sentiram necessidade e que não foram fornecidas?
- O que acha que a unidade de neonatologia poderia mudar de maneira dar resposta às suas necessidades emocionais?
- Como viveu a hospitalização do seu filho?
- O que mais o preocupa neste momento?

Para analisar estas questões optou-se pelo método de análise de conteúdo proposta por Bardin, que considera a análise de conteúdo como (Bardin, 2009:33) “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*” que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens.

Para a operacionalização devem ser seguidas algumas regras de base, por meio das quais se parte de uma literatura de primeiro plano, para se atingir um nível mais aprofundado. Nesse sentido, a análise de conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas, psicológicas, (significados) dos enunciados (Minayo, 2000). Para Bardin (2009), não se trata de atravessar os significantes para atingir significados, como se faz na leitura normal, mas de, por meio de dos significantes e dos significados (manipulados), se procurarem diferentes significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica entre outros.

Seguindo esta linha de ideias, foi feita inicialmente a leitura integral de todas as respostas obtidas, transcrevendo-as na íntegra para um quadro onde se visualizaram num todo, obtendo uma visão global do conjunto de respostas.

Ultrapassada esta fase, iniciou-se a análise da leitura orientada para os objetivos do trabalho, começando a emergir as categorias, que Bardin (2009) considera como rubricas ou categorias, que reúnem um grupo de elementos – as unidades de registo. Desta forma, neste estudo, foi considerada como unidade de registo cada frase, palavra, proposição com significado sobre o assunto.

1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para que se possa realizar uma investigação é importante fazer escolhas relativamente à população em estudo. Por população entende-se um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas previamente por determinados critérios, com vista a obter informações relacionadas com o fenómeno que se pretende estudar. (Fortin, 2009).

A população alvo a estudar é definida de forma precisa face aos elementos que a compõem. É constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção estabelecidos, sendo esta a que é submetida o estudo. A população acessível apresenta diferenças no que diz respeito a uma ou várias características, sendo constituída por uma porção da população alvo que é acessível ao investigador, (Fortin, 2009).

As amostras podem ser amostras probabilísticas ou não-probabilísticas, sendo que as primeiras utilizam algumas formas de selecção aleatória para a escolha das unidades da amostra e são as mais respeitadas, porque se pode ter maior confiança na sua representatividade; as segundas, acontece que a totalidade dos elementos não possui uma oportunidade de inclusão, não existe uma forma de estimar a probabilidade de cada elemento ser incluído numa amostra (Polit e Hungler, 1995).

Desta forma, a população alvo para a qual se dirige este estudo são os pais de RNs que estiveram internados nas unidades de neonatologia do CHCB e da ULS da Guarda.

Contextualização do local do estudo

De acordo com Gil (1998), é necessário assegurar que o fenómeno ocorra numa forma suficientemente pura ou notável para que se torne exequível a pesquisa. Isto exige, naturalmente, apreciável conhecimento do ambiente.

Neste âmbito, o local de estudo selecionado, teve em conta a experiência profissional assim como o conhecimento do ambiente.

Caraterização da unidade local de saúde (ULS) da Guarda

O Concelho da Guarda fica localizado na província da Beira Alta. Trata-se de um concelho composto por 52 freguesias rurais e três urbanas, com 42 541 habitantes, inserida no concelho com 712,11 km² de área.

A ULS integrou o Hospital Sousa Martins (Guarda), o Hospital Nossa Senhora da Assunção (Seia) e doze centros de saúde do distrito. A taxa de natalidade bruta do distrito de Guarda, segundo o INE foi no ano de 2010 de 6,8%.

A unidade de neonatologia encontra-se incorporada no serviço de pediatria do Hospital da Guarda, situada na ala direita do 1º andar do edifício principal do ex-sanatório.

Recebe recém-nascidos com menos de um mês de vida, portadores de patologia variada. Esta unidade tem lotação para 7 leitos (4 berços e 3 incubadoras).

O serviço conta ainda com uma equipa de 19 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe, sendo 7 deles especialistas na área de saúde infantil e pediátrica. Esta equipa, além de trabalhar na pediatria e na neonatologia, dá ainda apoio a consulta externa e à cirurgia de ambulatório. A equipa multidisciplinar é ainda composta por 6 assistentes operacionais, um pedopsiquiatra, 2 psicólogas, uma assistente social, uma educadora de infância, uma professora do 1º ciclo do ensino básico e 2 funcionários administrativos.

Dando resposta às indicações que a Carta da Criança Hospitalizada recomenda, bem como a lei n.º 106/2009, o serviço de neonatologia permite o acompanhamento de todas as crianças por um familiar, regra geral a mãe ou o pai, durante as 24 horas do dia. Durante este acompanhamento os familiares são integrados no ambiente hospitalar, informados sobre o motivo do internamento e incentivados a participar ativamente nos cuidados prestados ao RN.

Durante o período de hospitalização do recém-nascido, o familiar que o acompanha nas 24 horas tem direito a três refeições diárias, que são tomadas em horário próprio, no refeitório do hospital.

O horário das visitas é idêntico às outras unidades de internamento do hospital, das 14.30 às 16 h e das 18 às 19.30 h.

A equipa de saúde está sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida relativamente à hospitalização do recém-nascido.

Caracterização do Centro Hospitalar Cova da Beira

A cidade de Covilhã pertence ao distrito de Castelo Branco. O concelho tem uma área de mais de 550 Km² e a sua população estimada em 54 000 506 habitantes. Formada por 31 freguesias.

O Centro Hospitalar Cova da Beira, situa-se na cidade da Covilhã, inaugurado em 17 de Janeiro de 2000. Nos termos do Decreto-lei nº 426/99, de 21 de Outubro, foi construído com serviços de dimensão e diferenciação técnica adequados à população abrangida: concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte. A nível de internamento, este Centro Hospitalar está dotada com 378 camas distribuídas por 18 valências sendo uma delas a Neonatologia. Segundo o INE em 2010 a taxa bruta de natalidade neste centro hospitalar foi de 7,7%.

O serviço de neonatologia, situa-se no 2º piso do Centro Hospitalar Cova da Beira. Este serviço de acordo com o protagonizado tem a seu cargo recém-nascidos de pré termo, termo e pós termo até aos 28 dias de vida. Os recém-nascidos são distribuídos pelas incubadoras/berços de acordo com a sua imaturidade e patologia. Da unidade de neonatologia qual fazem parte 6 unidades (constituídas por seis berços/incubadoras), e a sala de estabilização (pronta para atender desde o RN a crianças até aos 18 anos menos um dia de idade, cujo estado de saúde, devido ao diagnóstico, acarrete alguns riscos e necessite de ser hemo dinamicamente estabilizada antes de ser encaminhada para o serviço de pediatria ou transferida para outra unidade hospitalar). Da área de apoio a destacar a Sala de extração e armazenamento de leite materno, onde também são preparados, em condições de assepsia, todos os leites para satisfazer as necessidades nutricionais dos RNs. É um local sossegado em que a mãe pode extrair o seu leite de forma tranquila, se fizer questão até ter a companhia de alguém para se não sentir só. Ainda a nível físico, a sala dos pais equipada com TV, permitindo aos pais terem alguma distração, ocupando o tempo livre de forma variada.

A nível humano comporta uma equipa multidisciplinar, formada por 12 enfermeiras em horário rotativo, uma especialista e responsável da unidade, pelos 7 pediatras que exercem funções no serviço, 5 assistentes operacionais e uma secretária de unidade, comum à pediatria. As fisioterapeutas, terapeutas da fala e audiologistas, deslocam-se ao serviço sempre que solicitadas pela equipa.

Ambos os pais podem acompanhar o recém-nascido durante o internamento podendo permanecer no serviço no horário das 08h30m às 23h45m. A partir das 23h45m o pai terá de sair do hospital, por encerramento das portas externas do mesmo, ficando apenas a urgência geral aberta ao exterior. A mãe se quiser, poderá usufruir das instalações para mães, 2 quartos atribuídos à neonatologia, cada um com duas camas, partilhado por duas mães e com telefone

interno, situados na parte final do serviço da pediatria. Fora portanto da unidade de neonatologia, mas no mesmo piso.

Os irmãos do recém-nascido podem visitá-lo, podendo entrar no serviço a partir das 14 horas, uma visita diária e curta. Aos avós são apenas permitidas duas visitas semanais, não são permitidas visitas de outros familiares, de modo a evitar, a entrada de mais pessoas na unidade devido ao espaço físico restrito e de forma a promover o mínimo de risco de infecção neonatal.

Neste serviço e no intuito de se promover e incentivar a relação dos pais com os filhos pratica-se a Técnica de Método Canguru que proporciona uma maior aproximação dos recém-nascidos com os pais, bem como a relação precoce e a vinculação. Os pais são orientados e incentivados a participar na prestação dos cuidados ao seu filho.

Neste serviço são prestados cuidados de urgência/emergência, cuidados intermédios e *after-care*. O internamento pode também ser devido ao fato de as crianças serem consideradas casos sociais e aguardarem resolução para o seu caso, quer pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco ou Assistente Social.

Os recém-nascidos internados nesta unidade provêm do bloco de partos, berçário, urgência pediátrica e consulta externa do hospital e ainda de unidades de neonatologia/cuidados intensivos neonatais de outras instituições hospitalares.

A média de dias de internamento é de aproximadamente 4-5 dias.

Na neonatologia os recém-nascidos podem ter alta clínica ou serem transferidos para o berçário ou pediatria do hospital.

A amostra foi selecionada do conjunto total de possibilidades, por todos os pais dos recém-nascidos com internamento em neonatologia no período compreendido entre novembro de 2011 e março de 2012 que aceitaram de forma voluntária fazer parte deste estudo, após explicação e objetivos do mesmo, após assinatura do consentimento informado.

Critérios de inclusão: foram incluídos no estudo os pais de RN hospitalizados no serviço de neonatologia com período de hospitalização superior a 48 horas, cujo período de permanência no serviço de internamento junto ao seu filho, fosse superior a 6 horas, que aceitaram participar após esclarecimento e assinatura do termo de consentimento informado (Anexo III) e ainda que dominem a língua portuguesa.

Critérios de exclusão: Foram excluídos os pais cujo filho permaneceu hospitalizado por um período inferior às 48 horas, cuja permanência junto ao seu filho inferior a 6 horas diárias, que não falassem a Língua Portuguesa e que não soubessem ler nem escrever.

A amostra foi então constituída por 45 pais.

Aspetos éticos e formais

Segundo Ribeiro (1999), os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que defina limites e refira os espaços da investigação, é a própria investigação que fica em causa.

Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos. Os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade e a justiça.

Tuckman (2005) refere que as condições éticas que o investigador deve ter em conta, ao definir um plano de investigação, de modo a não atentar contra os direitos humanos são:

- O direito à privacidade ou à não participação;
- O direito a permanecer no anonimato;
- O direito à confidencialidade;
- O direito a contar com o sentido de responsabilidade do investigador.

No REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) abordam-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No nº 1 do artigo 8º pode ler-se: “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

No decorrer do nosso estudo e aquando da aplicação dos questionários tivemos em consideração os aspetos éticos acima referidos, reforçando que os pais foram esclarecidos sobre a pesquisa, quais os objetivos que se pretendia com o estudo e obtida autorização para o tratamento dos dados através da assinatura do termo de consentimento informado.

O protocolo para a elaboração deste trabalho foi aprovado pela comissão de ética do Centro Hospitalar Cova da Beira (Anexo IV) e da ULS a Guarda, Hospital Sousa Martins (Anexo V). Obtendo autorização para a realização do estudo pelos conselhos de administração das unidades envolvidas.

1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a colheita de dados é necessário organizar a informação obtida. Segundo Fortin (1999), esta fase define-se como uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados.

Os dados colhidos num estudo são passíveis de análise. Logo, esses dados devem passar por um processo de codificação, isto é, por um “processo de tradução dos dados verbais em categorias ou formas numéricas” (Polit e Hungler, 1995:35). Podem, ainda, os dados colhidos serem analisados por computador, num processo cada vez mais utilizado, que é a transferência de informação da pesquisa de documentos escritos para arquivos de computadores (Polit e Hungler, 1995).

Após a recolha, parte dos dados foram tratados estatisticamente através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*), versão 20 e utilizando métodos estatísticos e inferenciais, com recurso a testes não paramétricos, nomeadamente o teste de independência do Qui quadrado que é aquele que permite verificar se existe relação entre as variáveis. O restante material obtido nas questões abertas, foi tratado seguindo-se as etapas da análise do conteúdo clássica, utilizando o método de Bardin.

2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para Silva (2010), citando Quivy e Campenhoudt (2008), a análise dos dados compreende múltiplas operações, mas três delas constituem passagem obrigatória: a descrição e a preparação dos dados necessários para testar as hipóteses; a análise das relações entre as variáveis; e por último, a comparação dos resultados observados com os resultados esperados a partir da hipótese.

Na análise descritiva, cada variável será estudada isoladamente, usando a apresentação por frequências e percentagens e utilizando-se gráficos e/ou tabelas para a sua representação. Na análise inferencial será utilizada a estatística analítica, procurando responder às questões de investigação.

As opções que foram tomadas acerca da metodologia utilizada neste estudo, implica que se tenha a noção que este estudo de carácter quantitativo, não permite nenhuma generalização de resultados, mas sim a identificação de alguns temas que poderão servir de base para outras investigações sobre a mesma temática.

Estruturalmente este capítulo foi organizado da seguinte forma: caracterização da amostra por apuramento das *Características dos Pais dos RN Hospitalizados*, *Características dos RN*, *Características do Internamento* e *Estratégias de Coping* apresentadas pelos pais face à hospitalização e, ainda a estatística descritiva das cinco categorias das diferentes necessidades dos pais face ao internamento: *Necessidades Emocionais* face a doença e a hospitalização, *Necessidades de Apoio* face a expectativa, ao apoio efetivo recebido e à importância dada ao mesmo; *Necessidades Relativas a Recursos Físicos* (Apoios físicos disponíveis), *Necessidades de Suporte e Orientação* face à informação recebida). Análise das respostas às questões abertas e, por ultimo a análise das relações entre variáveis independentes e dependente.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Características dos pais do RN hospitalizados em neonatologia

Para a caracterização dos pais dos RNs foram analisadas variáveis demográficas como a idade (Q1), o grau de parentesco (Q2), as habilitações literárias (Q3), o estado civil (Q4), a situação profissional (Q5), tipo de família (Q6), número de filhos (Q7), área de residência

familiar (Q8), tipo de gravidez (Q9), experiências anteriores em neonatologia (Q15 e Q16). Estes dados poderão ser visualizados nas tabelas e gráficos seguintes.

Relativamente ao *grau de parentesco*, dos 45 inquiridos que compõem a amostra, os resultados revelaram 62,2% mães (N=28) e 37,8% pais (N= 17) como se pode observar no gráfico 1.

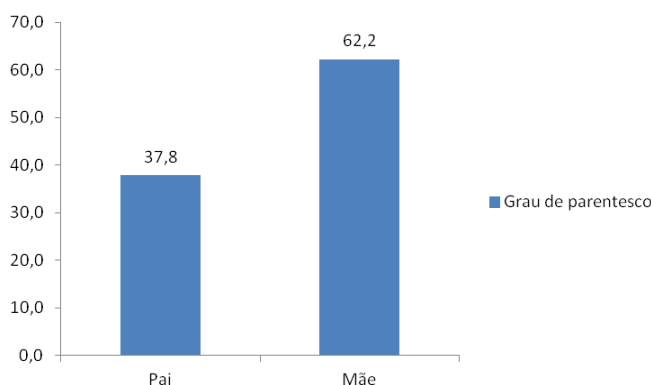


Gráfico 1 - Grau de parentesco

Quanto ao *estado civil*, este repartiu-se em 73,3% (N=33) de pais casados, 11,1% (N=5) em regime de união de facto, 11,1% (N=5) solteiros (não vivendo em regime de coabitação) e apenas 4,4% (N=2) dos pais estavam divorciados. Não se obteve registo de nenhum(a) viúvo(a) (tabela 1).

Tabela 1 – Estado civil dos pais dos RNs

Grau Parentesco	Frequência	%
Solteiro	5	11,1
Casado	33	73,3
União de facto	5	11,1
Divorciado	2	4,4
Total	45	100,0

Calculada a *idade* por grupos etários, verificou-se ser o grupo dos 31 aos 35 anos a apresentar maior número de pais: 42,2% (N, seguido do grupo dos 26 aos 30 anos com 24,4% dos pais (N=). Entre os 36 e os 40 anos foram 17,8% dos pais e, 15,6% com idades entre 20 e os 25 anos. Não se obteve registo de pais com idades inferiores a 20 anos nem superiores a 40 anos (gráfico 2). A Média de idades dos pais da amostra situou-se nos 31 anos, a Moda nos 35, a Mediana nos 33 anos e desvio padrão 5,04.

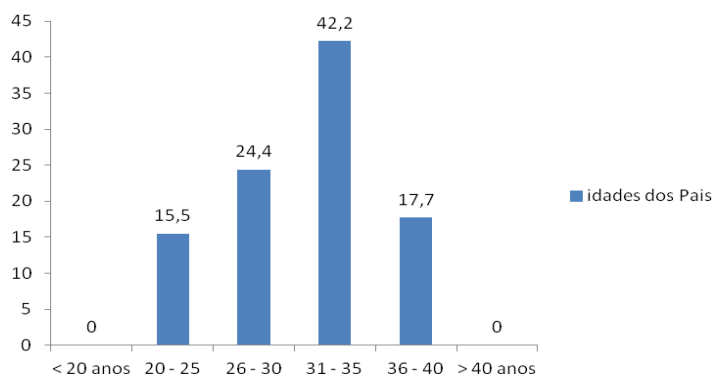


Gráfico 2- Idade dos pais

Se cruzada a idade dos pais por grau de parentesco observa-se que quer a maioria dos pais e das mães da amostra se situam no grupo etário entre os 31 e os 35 anos (gráfico 3).

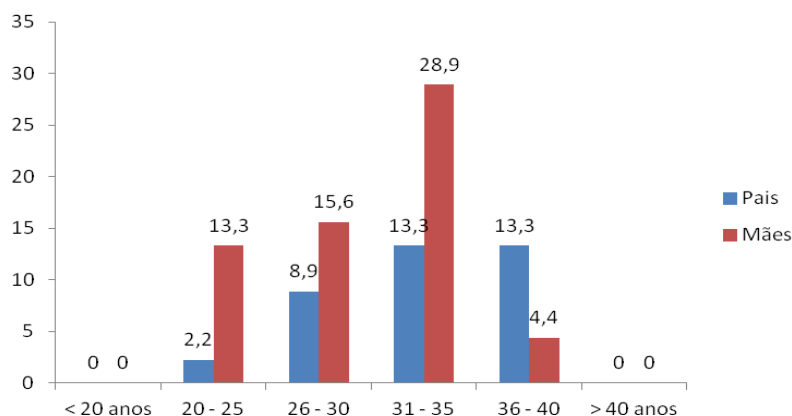


Gráfico 3- Idade dos pais por grau parentesco

Relativamente às habilitações literárias, 37,8% dos pais (N=17) frequentou a escola até ao 12º ano de escolaridade (secundário), logo seguido de 33,3% (N=15) com ensino superior, 17,8% dos pais (N=8) referiram ter o 3º ciclo, 8,9% (N=4) com o 2º ciclo e com o 1º ciclo 2,2% (N=1). Nenhum pai da amostra referiu não saber ler nem escrever, nem tão pouco que não tivesse concluído o 4º ano de escolaridade (tabela 2).

Tabela 2 - Habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	%
1º ciclo	1	2,2
2º ciclo	4	8,9
3º ciclo	8	17,8
Secundário	17	37,8
Ensino superior	15	33,3
Total	45	100,0

Quanto à situação profissional dos pais, 26,7% exercem a sua profissão dentro da categoria de especialistas das atividades intelectuais, seguidos de 15,6% na categoria de

trabalhadores dos serviços pessoais, proteção e segurança e vendedores: 13,3%, seguem-se os técnicos e profissões de nível intermédio, trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices: 6,7%, bem como os operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem (6,7%); com percentagens menos significativas as categorias de trabalhadores qualificados da agricultura pescas e florestas e de não qualificados, ambas com 2,2% dos pais. 20,0% dos pais apresentam-se em situação de desempregados e, como estudantes 4,4% (tabela 3).

Tabela 3 - Situação profissional dos pais dos RNs

Profissão	Frequência	%
Especialista das atividades intelectuais	12	26,7
Técnicos e profissões de nível intermédio	6	13,3
Pessoal administrativo	1	2,2
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	7	15,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	2,2
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3	6,7
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	3	6,7
Trabalhadores não qualificados	1	2,2
Desempregado	9	20,0
Estudante	2	4,4
Total	45	100,0

Ao analisarmos o tipo de família, obteve-se 82,2% dos pais vivendo em famílias tipo nuclear, 11,1% em família alargada e 6,7% em família monoparental como apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Tipo de família dos pais dos RNs

Tipo de família	Frequência	%
Nuclear	37	82,2
Monoparental	3	6,7
Alargada	5	11,1
Total	45	100,0

Dos 45 pais inquiridos, 57,8% referem ter apenas este filho; 33,3% além deste filho tem mais um, 6,7% tem mais dois e, 2,2% têm no seu agregado familiar mais 3 filhos (tabela 5).

Tabela 5 – Número de filhos

Nº de filhos	Frequência	%
Um	15	33,3
Dois	3	6,7
Três	1	2,2
Sem outros filhos	26	57,8
Total	45	100,0

Distribuindo-se os resultados obtidos por *proveniência geográfica* obtivemos 75,6% da amostra a residir em área urbana, e, 24,4% em área considerada rural (tabela 6).

Tabela 6- Área de residência

Area de Residência	Frequência	%
Urbana	34	75,6
Rural	11	24,4
Total	45	100,0

Relativamente ao *tipo de gravidez*, a nossa amostra referiu ter sido uma gravidez normal em 46,7% dos casos, isto significa que 53,3% da amostra referiu uma gravidez de risco. Dentro do risco nomeado pela amostra 15,6% referiu “outros riscos” (os riscos apontados foram placenta prévia,doença polar, prematuridade...) 13,3% referiu diabetes, 11,1% hipertensão arterial, a gravidez gemelar foi 8,9% e 4,4% referiram ter apresentado durante a gravidez diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 7- Tipo de gravidez

Tipo de gravidez	Frequência	%
Normal	21	46,7
Risco		
Gravidez gemelar	4	8,9
Diabetes	6	13,3
Hipertensão arterial	5	11,1
Outra	7	15,6
Diabetes e hipertensão arterial	2	4,4
Total	45	100,0

Como se pode observar pelos resultados obtidos, mais de 50% das gravidezes foi de risco, facto que pode de ter alguma relação com a hospitalização do RN na Neonatologia. Uma gravidez de risco produz um conjunto de sentimento nos pais diferentes dos resultantes duma gravidez normal, facto que pode de alguma forma preparar a pessoa para um nascimento associado a problemas, de certa forma poderá criar alguma resiliência nos pais.

Tentámos apurar a *Existência de Hospitalizações anteriores em Neonatologia*. Nesta amostra 84,4% dos pais (N= 38) referem ter tido apenas esta experiência, ou seja, não passaram por nenhuma outra experiência anterior, 15,6% já ter tiveram experiências anteriores e em 8,9% dos casos com este filho (N=4) e 6,7% dos casos (N=3) com outro filho (tabela 8).

Tabela 8 – Experiência de hospitalizações anteriores em neonatologia

Hospitalizações anteriores	Frequência	%
Nenhuma	38	84,4
Uma		
Com este filho	4	8,9
Com outro filho	7	6,7
Total	45	100,0

Em síntese e relativamente à amostra das características mais prevalentes nos pais os resultados revelam as mães como a figura mais presente durante a hospitalização, destacam-se as idades de ambos os pais entre os 31 e os 35 anos, apresentando maioritariamente o estado civil de casados, vivendo a maioria em família nuclear, frequentaram o ensino secundário, a sua gravidez foi normal, têm apenas este filho, a sua atividade profissional insere-se nas atividades intelectuais, a experiência em neonatologia foi com este filho, e vivem a curta distância do hospital.

Características dos RNs

Na caracterização dos RNs desta amostra analisou-se o sexo do RN (Q10) a idade gestacional (Q11) e o peso do RN (12).

Relativamente ao sexo do RN foi colocada a questão se era ou não o sexo desejado pelos pais e, em 57,8% (N=26) dos inquiridos verificou-se que lhes era indiferente ser rapaz ou rapariga, 37,8% (N=17) respondeu que sim que foi o desejado, nos restantes 4,4% (N=2), o sexo do bebé não foi o desejado (tabela 9).

Tabela 9 - Sexo do RN (ser ou não o desejado)

Sexo	Frequência	%
Sim	17	37,8
Não	2	4,4
Indiferente	26	57,8
Total	45	100,0

Da análise à *idade gestacional* dos RN hospitalizados, 48,9% dos pais (N=22) referiu a idade gestacional do seu filho a situar-se entre as 33 e as 36 semanas de gestação, para 37,8% (N=17) o seu filho nasceu com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, e 13,3% (N=6) dos pais referiram que o seu RN nasceu com idade gestacional entre as 29 e as 32 semanas (tabela 10).

Tabela 10 - Idade gestacional

Idade gestacional	Frequência	%
29 a 32 sem	6	13,3
33 a 36 sem	22	48,9
Igual ou superior a 37	17	37,8
Total	45	100,0

Quanto ao *peso* do RN, a amostra revela-nos que 73,3 % (N=33) dos RNs nasceram com peso superior a 2000g, 17,8% (N=8) entre 1500g e 2000g, 4,4% (N=2) dos RNs apresentaram peso entre 1000/1500g e inferior a 1000g como se observa pela tabela 11.

Tabela 11- Peso do RN

Peso	Frequência	%
Menor de 1000g	2	4,4
De 1000g a 1500g	2	4,4
De 1500g a 2000g	8	17,8
Maior de 2000g	33	73,3
Total	45	100,0

Em síntese: como se foi verificando ao longo da análise de dados relativamente às *características dos RNs*, o ser rapaz ou rapariga (sexo) revelou-se indiferente, cerca de metade nasceu com idade gestacional entre as 33 e as 36 semanas de gestação e na grande maioria os RN apresentaram um peso ao nascer superior a 2000g.

Características da hospitalização do RN

A duração da hospitalização (Q13) e a satisfação do acolhimento (Q17) são as características da hospitalização do RN consideradas neste estudo. De referir que a amostra recaiu sobre duas unidades de neonatologia, a do CHCB e da ULS da Guarda. Contudo os dados obtidos não foram analisados separadamente por a amostra da neonatologia do CHCB ser de 75,6% dos inquiridos (N=34) e a ULS da Guarda apresentar 24,4% (N=11), e não ser pertinente para o estudo a sua diferenciação, numa amostra total como a nossa (N=45).

Ao analisar o *tempo de hospitalização* verificou-se que 46,7% (N=21) dos pais referiram um período entre 6 a 9 dias, 26,7% entre 2 a 5 dias (N=12), 22,2% (N=10) com um período superior a 21 dias e, 2,2% (N=1) referiram período temporal de 10 a 15 dias e de 16 a 20 dias como apresentado pela tabela 12.

Tabela 12 - Duração da hospitalização do RN

Tempo de hospitalização	Frequência	%
2 a 5 dias	12	26,7
6 a 9 dias	21	46,7
10 a 15 dias	1	2,2
16 a 20	1	2,2
Mais de 21 dias	10	22,2
Total	45	100,0

Ao analisarmos o *Acolhimento*, 97,8% (N=44) dos pais referiu que se sentiu bem acolhido pelos profissionais de saúde da unidade de neonatologia, apenas 2,2% (N=1) apresentou como negativa a forma como foi acolhido (tabela 13).

Tabela 13- Satisfação do acolhimento

	Frequência	%
Bem acolhido	44	97,8
Mal acolhido	1	2,2
Total	45	100,0

Síntese: Os pais da nossa amostra, de forma a caracterizar a hospitalização do seu RN, referiram que o período de hospitalização na neonatologia se situou entre 6 a 9 dias e o nível de acolhimento foi bom 97,8% (N=44).

Estes resultados vão ao encontro do que Baldini (2001) concluiu, quando refere a importância da apresentação do ambiente e da sua funcionalidade, contribuindo para a diminuição do fator stresse manifestado pelos pais. Ferreira e Costa (2010) e Baldini (2001), afirmam que durante o processo de acolhimento dos pais, o profissional de saúde deverá estar disponível para responder a dúvidas e questões que lhes permitirá a sua integração gradual na unidade e no seu funcionamento. Os nossos resultados demonstram o agrado dos pais face ao acolhimento efetuado pelos profissionais das unidades neonataias referidas no estudo, ao demonstrarem um nível de satisfação perto dos 98%.

2.2 – ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Ao analisarmos as estratégias de *coping* apresentadas pelos pais face ao internamento, 77,8% da nossa amostra (N=33) referiu que a *Participação nos Cuidados* prestados ao RN contribui positivamente de forma a facilitar a aceitação da hospitalização do seu RN, seguido do *Contacto com outros pais em situação igual ou semelhante* (N=17) 37,8%, a *Visita de Familiares* 20% (N=9), e *Rezar* 4,4% (N=2) foi outra das formas utilizadas pelos pais como

estratégia facilitadora face ao internamento e, houve um pai que referiu que estar com os amigos tinha para si sido facilitador (gráfico 4).

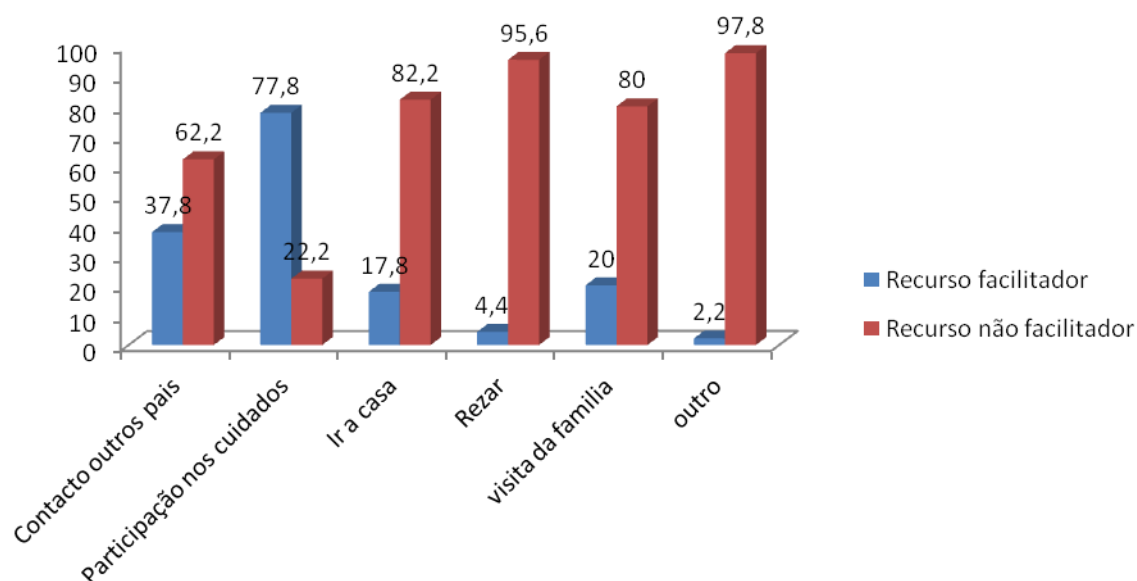


Gráfico 4 - Estratégias de *coping* observadas nos pais

Síntese: Podemos resumir que a *Participação nos cuidados a prestar ao seu RN* foi a estratégia de *coping* mais usada pelos pais 77,8% (N=33).

Os dados obtidos vêm ao encontro do que Barradas (2008) concluiu, ao afirmar que a presença do familiar significativo não deve ser passiva. Estes devem ser envolvidos nos cuidados à criança tais como a higiene, alimentação ou em cuidados mais específicos de acordo com o desejo e a capacidade destes. Este envolvimento é benéfico porque os torna participantes.

Os resultados também refletem a recorrência à visita da família como meio de minimizar os efeitos da hospitalização do seu filho (apesar de apenas 20% dos pais o referirem), acordando com as conclusões do autor Ramos (2004) quando este se refere ao suporte informal que inclui os amigos, vizinhos, e familiares que proporcionam apoio emocional, suporte na vida e nas dificuldades diárias.

Pelo contrário, a busca de apoio na religião não foi um dos recursos mais usados pelos pais para melhorar a aceitação da hospitalização do seu RN como demonstram os resultados, o que de certa forma contraria as conclusões dos autores Waechter e Blake (1979, cit. por Barradas, 2008) ao afirmarem que a maioria dos pais encontram apoio emocional na fé, no apoio religioso, retirando dela coragem, significação e fé na “justiça” dos eventos futuros, seja para um prognóstico positivo ou negativo.

2.3 – NECESSIDADES DOS PAIS

A nossa variável dependente foi agrupada em categorias temáticas, nomeadamente, necessidades emocionais dos pais (Q18 e Q30); necessidades de apoio (Q19, Q20, Q23, Q25.); necessidades de informação (Q21, Q22); necessidades relativas a recursos físicos (Q24) e necessidades de suporte e orientação (Q27, Q28).

2.3.1 – Necessidade emocionais

Na análise às necessidades emocionais dos pais da nossa amostra perante a hospitalização, 73,3% (N= 33) referiu o sentimento de *Aceitação*, logo seguido do sentimento de *Segurança* 62,2% (N=28), a *Ansiedade* foi referida por 35,6% (N= 6) dos pais, o *Medo* 31,1% (N=14), o sentimento de *Perda/Separação* 13,3% (N=6) e o *Desespero/Impotência* com 13,3% (N=6). O *Choque* foi sentido por 8,9% dos pais (N=4), com a mesma percentagem seguiram-se sentimentos como a *Alegria* e a *Felicidade* 8,9% (N=4) e *Negação* com 4,4% (gráfico 5).

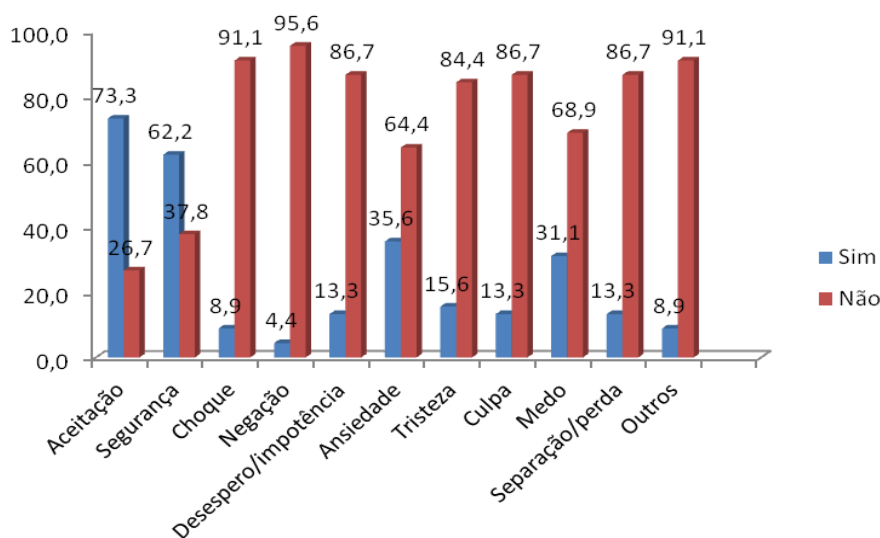


Gráfico 5- Necessidades emocionais e sentimentos dos pais

Estes dados parecem demonstrar os *sentimentos de aceitação* 73,3% (N=33) e de *segurança* 62,2% (N=28) como os mais sentidos pela nossa amostra; estes sentimentos têm um carácter positivo na forma como os pais reagiram à hospitalização do seu filho, tornando esta mais fácil de suportar. Esta atitude é demonstrada por Gomes, Trindade e Fidalgo (2009), quando referem que temos a confiança nos profissionais de saúde, que foi apontada pelos pais

como sendo um fator de segurança, dando-lhes alguma tranquilidade. Percebe-se que alguns deles, com o decorrer do tempo caminham para a aceitação. Relativamente à ansiedade e ao medo referidas pelos pais dos RNs ambos acima dos 30% vêm ao encontro de estudos feitos por outros autores como Baldini (2001), ao relatar que os sentimentos mais importantes referidos pelos pais durante o internamento foram de preocupação, ansiedade, medo e tristeza; Gomes, Trindade e Fidalgo, (2009 citando Kubler-Rosse, 1993) os familiares das crianças hospitalizadas experimentam sentimentos de raiva, fúria, depressão, desespero e vontade de adiar o inevitável, e gradualmente, a raiva vai dar lugar à tristeza e eventual aceitação, que envolve uma redução da angústia e um ajustamento das expectativas à realidade. Jorge (2004) refere que, os pais sentem a hospitalização do seu RN como uma separação, uma quebra na organização do seu quotidiano e é acompanhada por sentimentos que vão desde o medo de perder o filho, à impotência e à culpa. A culpa é uma resposta quase universal para os pais. Contudo na nossa amostra o sentimento de culpa verificou-se em 13,3% dos pais, o que poderá justificar-se pelo número reduzido da amostra e/ou pelos RNs hospitalizados terem na sua maioria peso superior a 2000g.

2.3.2 – Necessidades de apoio

No que respeita às *Necessidades de Apoio* sentidas pelos pais, quase a totalidade referiu a existência desse sentimento de apoio, já que 97,8% (N=44) referem ter-se sentido apoiado (tabela 14).

Tabela 14 - Necessidades de apoio

Apoio	Frequência	%
Sim	44	97,8
Não	1	2,2
Total	45	100,0

Relativamente ao *Apoio efectivo prestado* isto é a figura que para os pais mais se destacou na prestação desse apoio, o conjuge, bem como o profissional de enfermagem, ambos com 91,1% de respostas (N=41) parecem ter sido os mais importantes para os pais na satisfação desta necessidade. A família foi referida por 75,6% da nossa amostra (N=34) logo seguida pelo médico pediatra 53,3%, (N=24), os pais referiram também como prestadores de apoio (11,1%) os amigos, conhecidos e outros dos profissionais das equipas das neonatologias consideradas; e o guia espiritual foi referido por 2,2% dos pais (N=1) (gráfico 6).

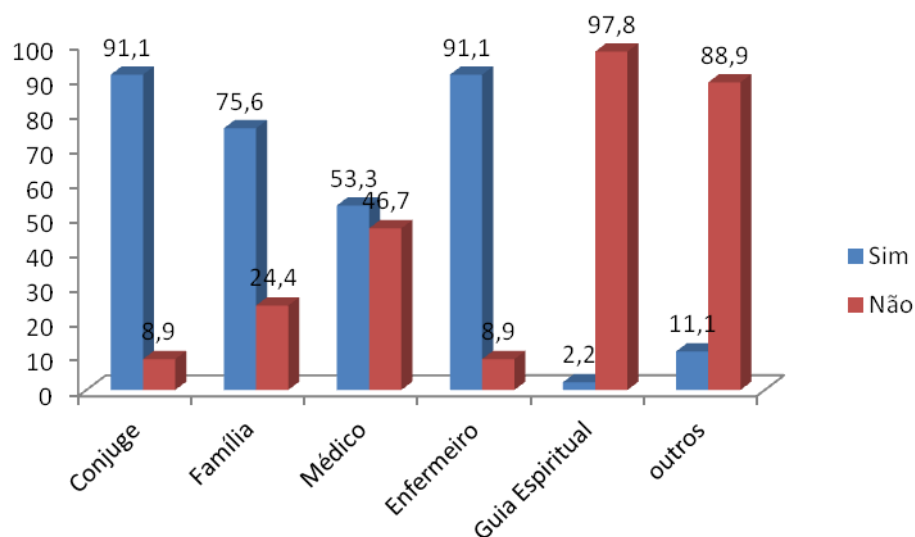


Gráfico 6 – Entidade que forneceu o apoio

Quando questionados se a visita e apoio da família foram facilitados, 84,4% dos pais (N= 38) referiram que sim, contudo 15,6% (N=7) ao responderem não ter tido esse tipo de apoio, justificaram essa falta pelo facto do periodo de visitas dos familiares ser curto, acrescentando que deveria ser prolongado e ser estendido a mais familiares (tabela 15).

Tabela 15 – Facilitada a visita e o apoio da família

	Frequência	%
Sim	38	84,4
Não	7	15,6
Total	45	100,0

Ao avaliar a *importância atribuída pelos pais aos diversos tipos de apoio recebidos*, e de que forma este contribuiu para facilitar a hospitalização do seu filho, 75,6% (N=34) referiu ter sido fundamental, 66,7% afirmou ter-lhe proporcionado tranquilidade e conforto (N=30), 62,2% sentiram-se acompanhados e orientados (N=28), 51,1% consideraram-no uma ajuda (N=23), 8,9% (N=4) afirmaram ter favorecido a união familiar, e, apenas 6,7% (N=3) consideraram o apoio prestado insuficiente (gráfico 7).

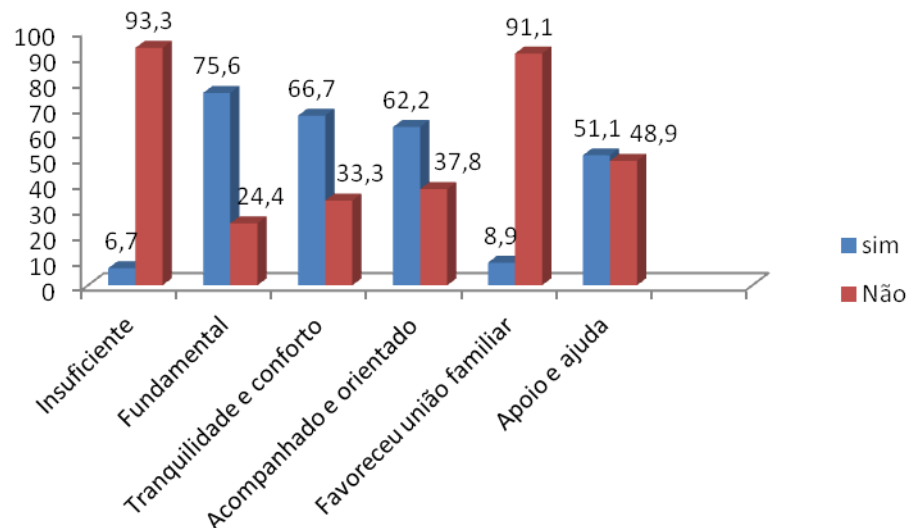


Gráfico 7 - Avaliação do apoio recebido

A resposta dada aos pais pela equipa de saúde, de modo a minimizar as suas necessidades emocionais satisfaz 73,3% dos pais inquiridos (N=33), contudo, 26,7% (N=12) dos pais não sentiram as suas necessidades emocionais adequadamente satisfeitas (tabela 16).

Tabela 16 – Satisfação do apoio fornecido pela equipa em resposta às necessidades emocionais dos pais

	Frequência	%
Sim	33	73,3
Não	12	26,7
Total	45	100,0

Síntese: Ao analisar a satisfação das necessidades de apoio reparamos que a maioria dos pais avaliou o apoio fornecido como facilitador na hospitalização do seu RN, apenas 6,7% (N=3) o consideraram insuficiente. Os restantes pais da amostra, encontraram tranquilidade e conforto, sentiram-se acompanhados e orientados, ou seja, de uma maneira ou outra o apoio foi fundamental, forneceu ajuda e foi facilitador da hospitalização do seu filho. Os pais dos RNs destacaram os respetivos conjuges e o profissional de enfermagem, como as entidades que maior apoio lhes forneceu (percentagens de apoio superiores a 90%). Também Amaral (2009) refere que não é só o recém-nascido prematuro que necessita de cuidados, mas também os seus pais, tornando-se fundamental que a assistência prestada pelos profissionais de saúde se centre na família, isto é, recém-nascido e pais. A observação dos nossos resultados é disso confirmatório, pois a análise desta variável demonstra essa mesma importância relativamente às necessidades emocionais dos pais durante este difícil período.

2.3.3 – Necessidades de informação

Em relação à *Informação transmitida*, os pais referiram ser os profissionais da equipa de saúde quem mais contribuiu para o esclarecimento das suas dúvidas nomeadamente os enfermeiros com 97,8% das respostas (N=44), seguidos do pediatra 51,1% (N=23) e 4,4% a assistente social (N=2) (gráfico 8).

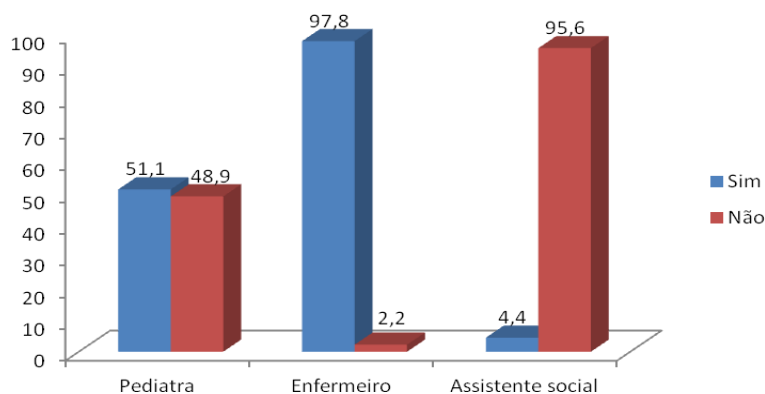


Gráfico 8- Profissionais de saúde que contribuíram para o esclarecimento de dúvidas

A forma como a informação foi transmitida pelos profissionais de saúde aos pais, segundo estes foi clara 66,7% (N=30) e adequada 48,9% (N=22); 4,4% (N=2) dos pais referiram ter sido tardia 2,2% (N=1) e inadequada 2,2% (N=1) (gráfico 8).

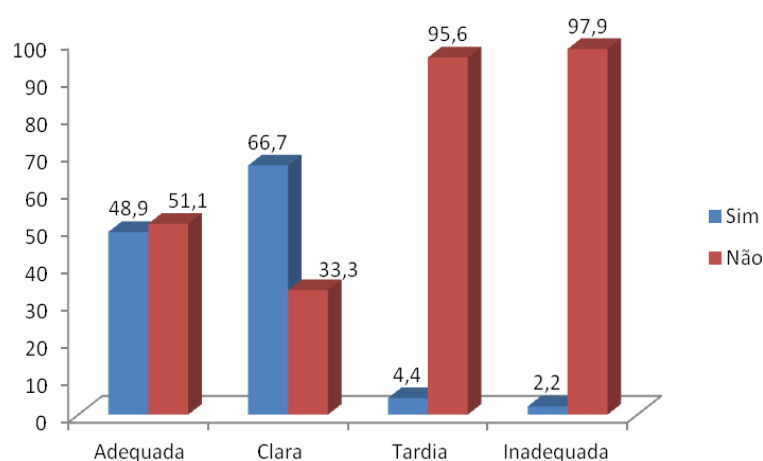


Gráfico 9- Avaliação da informação clínica recebida

Resumindo, a informação recebida foi fornecida na sua maioria pelos profissionais de enfermagem (97,8%) (N=44), e de forma clara (66,7%).

As informações foram claras e transmitidas na sua maioria pelos enfermeiros, o que contraria os estudos feitos por Ferro e Amorim (2007) citando Sabatés e Borba (2005), ao afirmarem que apesar da importância da comunicação, os pais relatam que recebem poucas informações sobre a doença da criança.

2.3.4 – Necessidades relativas a recursos físicos

Da análise aos apoios através de recursos físicos que os hospitais têm disponíveis e que se esperam facilitem a hospitalização do RN (gráfico 10), avaliada a satisfação das necessidades dos pais verificou-se que 82,2% (N=37) dos pais referiram as instalações para pais como de maior importância, seguida das refeições grátis fornecidas pelos hospitais: 62,2% (N=28). A sala de convívio foi referida em 11,1% dos casos (N=5) e apenas 2,2% referiu ter usado a capela (N=1).

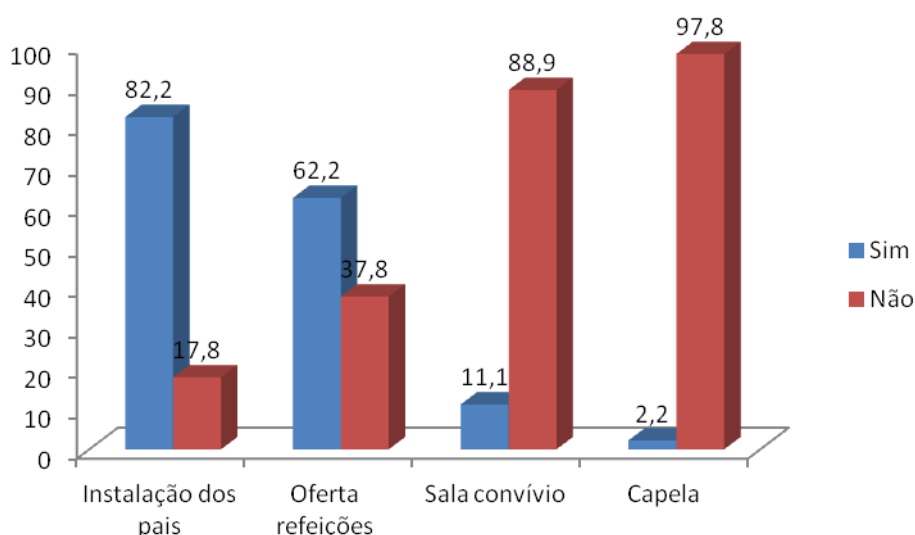


Gráfico 10 – Avaliação da importância dos recursos físicos hospitalares

A análise destes resultados permite-nos verificar que os pais valorizam as *instalações para pais* e as *refeições fornecidas* pelas unidades neonatais, como um apoio positivo para facilitar a hospitalização do seu filho, respectivamente 82,2% e 62,2%. Para os pais, ir a casa descansar ou alimentar-se pode ser um comportamento sentido como abandono dos filhos ao serviço, o que leva a um evitamento dessa resposta. Sendo estas respostas prestadas pelas unidades neonatais vêm de algum modo culmar essas necessidades e, ao mesmo tempo diminuir o sentimento de ambigüidade entre as emoções sentidas e as necessidades físicas de qualquer ser humano. Estas situações de desequilíbrio em que os pais dos RNs se encontram, foram igualmente referidas pelos autores Ferro e Amorim (2007), ao citarem que, alguns familiares podem apresentar alterações físicas que se revelam na alimentação (redução ou

aumento na ingestão de alimentos) ou ainda apresentar distúrbios no padrão do sono e repouso, dormem menos, com pior qualidade. Quanto ao valor atribuído à fé é referido por alguns autores como uma necessidade para os pais nestes períodos, não é contudo observado na nossa amostra a satisfação dessa necessidade pela procura da *Capela*, resultado que contradiz em parte o observado por Waechter e Blake (1979, cit. por Barradas, 2008), quando referem, que os costumes religiosos, os ensinamentos do padre, do rabino, ou do ministro, e as orações dos outros podem transmitir aos pais o sentimento que o seu pesar é compartilhado, que outros também cuidam e têm fé na sua capacidade de suportar a dor, facilitando o processo de hospitalização. Podemos colocar a possibilidade dos nossos pais não serem crentes, pois essa categoria não foi avaliada pelo nosso questionário, onde apenas um pai revelou a procura do guia espiritual como apoio nas suas necessidades e nas suas dúvidas.

2.3.5 – Necessidades de suporte e orientação

No que concerne às necessidades de suporte e orientação verificou-se que os pais valorizaram ao máximo estas necessidades, atingindo os 100% de respostas positivas quando questionados se as informações recebidas contribuíram para melhorar os cuidados a prestar ao seu filho (Tabela 17). Relativamente aos diferentes tipos de suporte e orientação proporcionados com o fim de educar e capacitar os pais em termos de manutenção da saúde do seu filho, verificámos que quase a totalidade dos pais 95,6% (N=43) consideraram da maior importância as informações sobre cuidados de higiene do RN. A importância dada às informações sobre alimentação (materna, artificial) rondou os 90% (N=40). Também os padrões de sono e repouso do RN foram sentidos como necessidade por 73,3% dos pais (N=33), assim como a vigilância da saúde (idas ao centro de saúde, manter consultas de desenvolvimento infantil) pois foi uma necessidade referida por 80% dos pais (N=36), as medidas de segurança e transporte dos RNs foram recebidas por 55,6% dos pais (N=25). Os problemas mais frequentes que podem aparecer nos RNs, foram, segundo os pais 57,8%, (N=26) apresentados no gráfico 11.

Tabela 17-Satisfação dos ensinamentos prestados

	Frequência	%
Sim	45	100,0

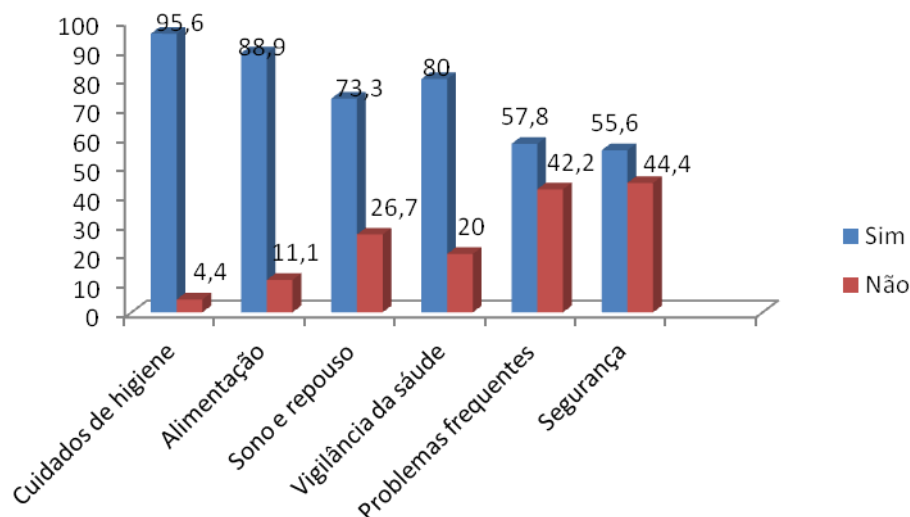


Gráfico 11 – Avaliação das informações prestadas pelos profissionais em educação para a saúde

Verificamos pelos resultados obtidos relativamente às necessidades relativas à saúde do seu filho que as informações e as orientações transmitidas aos pais da nossa amostra foram recebidas com total satisfação. Hummel e Cronin (2004) realçam a necessidade de a instituição manter um profissional de enfermagem habilitado para fornecer suporte aos pais.

Driscoll (2000) cit. por Barradas (2008), reforça a importância da percepção da informação por parte dos cuidadores, e se ela é suficiente. Hummel e Cronin (2004) acrescentam a necessidade de securisar os pais através da construção dum plano de alta que envolva os profissionais e os familiares responsáveis pelo bebé, para que, no domicílio, estes saibam atender as suas necessidades.

Há que focar a importância do papel que o enfermeiro desempenha durante a hospitalização do RN e no momento da alta clínica, isto porque uma intervenção apropriada às necessidades da família e da criança constitui uma estratégia preventiva de cuidados de saúde à criança e promove o seu crescimento e o seu desenvolvimento infantil.

2.4 – PREOCUPAÇÃO APÓS INFORMAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO DO RN EM NEONATOLOGIA

Da análise de conteúdo realizada à “Q14“ *O que mais o preocupou quando o informaram que o seu filho ficava hospitalizado na unidade de neonatologia?*” emergiu a classe temática “Hospitalização do RN na unidade de neonatologia” (quadro 6), onde as

justificativas para o que mais preocupava os pais após a informação da hospitalização do seu RN, tomaram forma e foram agrupadas em 2 categorias: na categoria **preocupação**, por sua vez subdividida em 5 sub categorias (problemas de saúde, separação, duração da hospitalização, sofrimento e dúvidas/ incertezas nas suas competências) e na categoria **aceitação/ conformismo**.

Na categoria *Aceitação/Conformismo*, 9,44% dos pais que confiaram de imediato no profissionalismo e na competência da equipe de saúde que tratou o seu bebê, durante a sua hospitalização. Dentro a categoria *Preocupação*, 50,94% dos pais inquiridos referem que ao receberem a informação da hospitalização do seu filho foi “o estado de saúde do seu RN” que que mais os preocupou, seguida do possível sofrimento do bebê (13,21%; as dúvidas e incertezas nas suas competências parentais manifestaram-se em 11,33% dos pais, e por último, de porma menos preocupante para os pais a “separação imediata” e a “duração do tempo de hospitalizaçã”o com a mesma percentagem: 7,54% (quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição percentual das preocupações sentidas pelos pais após informação da hospitalização do RN na unidade de neonatologia

Categoria	Subcategoria	Frequência (f)	(%)
Aceitação/ conformismo		5	9,44
Preocupação	Estado de saúde (doença)	27	50,94
	Sufrimento do bebê	7	13,21
	Dúvidas/incertezas nas suas competências	6	11,33
	Separação (Atraso na vinculação)	4	7,54
	Duração da hospitalização	4	7,54
	Total	53	100

Categoria Aceitação/Conformismo

Esta categoria reúne 5 unidades de enumeração (Anexo VI), apresentam-se algumas das afirmações dos pais: “*Um pouco preocupada, mas sabendo que é para o bem dele,*” mãe do RN corça; “*Já contava com o internamento devido à rutura prematura de membranas às 29 semanas*”, mãe do RN pica-pau; “*Não fiquei preocupada, confiei nos profissionais de saúde, estava em boas mãos*”, mãe do RN cigarra. Estas afirmações dos pais vêm ao encontro do estipulado pelo Concelho Internacional de Enfermagem (2006) quando referem que as

adaptações intra e interpessoais para as quais pai e mãe não se encontram preparados, requerem orientação e apoio por parte da equipa de saúde. De entre estes profissionais de saúde, o enfermeiro tem uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um dos focos de enfermagem.

Categoria Preocupação

Dentro desta categoria as unidades contextuais encontradas permitiram a sua organização em subcategorias, seguem-se algumas das citações dos pais adequadamente agrupadas em anexo (anexo VI).

- Problemas de saúde: Os pais dos RNs referem-se preocupados com a gravidade da doença e estado de saúde do seu filho. Esta sub categoria contém 27 unidades de registo, citando apenas algumas: “*A doença do meu filho devia ser muito grave,*” mãe do RN tigre. “*O estado de saúde dos meus filhos...pensei que tivessem alguma complicação clínica*”, pai do RN girafa. “*Se tinha algum tipo de infeção mais grave...*”, mãe do RN rouxinol.

- Separação: A separação precoce do RN da mãe, devido à hospitalização em neonatologia, foi uma das respostas referidas pelos pais, (4 unidades de registo), seguem-se alguns exemplos: “*Não ter o primeiro contacto com o bebé, nas primeiras horas...*” mãe do RN macaco. “*Separação, o ficar longe de mim*”, mãe do RN panda. “*O facto de não estar junto da mãe...ela ficou muito preocupada com isso,*” pai do RN gato.

- Duração da hospitalização: A preocupação com o período temporal que o RN necessita permanecer na unidade de neonatologia, até à sua recuperação, até à alta clínica, foi também obtido em respostas ao questionário aplicado (4 unidades e enumeração). Citamos apenas algumas unidades de registo: “*Duração do internamento...*”, pai do RN veado. “*...demora-se a curar...*”, mãe do RN rouxinol. “*Quanto tempo será necessário...*”, pai do RN lince.

- Sofrimento do RN: As atitudes terapêuticas mais ou menos agressivas mas que sejam potenciais de causar sofrimento ao RN durante a sua hospitalização em neonatologia, foram referidas pelos pais (7 unidades de registo) e originaram a sub categoria sofrimento: “*...que lhe irão fazer...*” mãe do RN leopardo. “*se ele estava a sofrer...*” mãe do RN crocodilo. “*Consequências que podem vir ... nível de infeccção que poderá ter...*” mãe do RN pinguim. “*preocupação...irão meter a sonda de alimentação,*” mãe do RN rola.

- Dúvidas/ incertezas nas suas competências: Dúvidas e incertezas sobre as próprias competências como pais, surgiram em nº de 6 respostas, pelo que foram agrupadas na sub categoria com o mesmo nome. *“Fiquei muito assustada, não me tinham preparado para tal...”* mãe do RN urso. *“Não estar psicologicamente preparado para o nascimento prematuro...receio lidar com a situação...”* pai do RN papagaio.

A análise de dados qualitativa apresentados no quadro 6 vem de certa forma ao encontro do apresentado por Barradas (2008) realçando que a distância entre a especificidade dos cuidados prestados ao recém-nascido pelos profissionais, e as necessidades de aproximação dos pais para com o seu bebé, aos poucos, vai sendo minimizada nas unidades de alto risco neonatal, onde os pais, lentamente, são inseridos no cuidado. Os resultados obtidos vêm igualmente confirmar o que Snowdon e Kane (1995) afirmaram, segundo eles, os pais expressam a necessidade de compreender informações muito complexas, sobre planos de tratamento, medicação, o tipo e gravidade da doença do RN, tempo esperado de hospitalização assim como o objetivo dos cuidados e procedimentos efetuados ao seu filho. Para Fernandes (2000) as necessidades dos pais, durante um período de hospitalização, são entre outras, sentir que os filhos estão a receber cuidados globais competentes, compreenderem a situação clínica e tratamento, sentirem-se importantes para os seus filhos e poderem discutir os seus sentimentos sobre a sua hospitalização.

O grau de participação, bem como a orientação e o ensino nos cuidados, segundo Pinto e Figueiredo (1995), cit. por Barradas, (2008), varia de família para família, pelo que, os profissionais de saúde devem ter a habilidade de a orientar e apoiar neste seu papel parental, numa atitude flexível e individualizada, dependendo das necessidades individuais de cada uma e do seu nível de compreensão.

Barradas (2008), citando Brunner e Suddarth (1985) no que concerne à separação referiu que os recém-nascidos prematuros são separados dos pais imediatamente após o nascimento, dificultando assim a ligação e a interação pais/filho, referindo ainda os autores que os RNs prematuros permanecem nestas unidades por um período mais ou menos longo, num ambiente que embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe apoia eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade de procedimentos a que é submetido.

2.5 - NECESSIDADE DE MAIS INFORMAÇÃO

A segunda pergunta aberta do questionário “Q29”, questionava os pais sobre quais *as informações de que sentiram necessidade e que não foram transmitidas pelos profissionais de*

saúde, questão que ficou em branco, sem qualquer resposta passível de tratamento, o que poderá dever-se a que a totalidade dos pais possam ter sentido as informações transmitidas como adequadas e suficientes, tendo respondido às suas necessidades e contribuído para melhorar os cuidados a prestar ao seu filho. Esta resposta em branco poderá ser explicada pelas respostas obtidas na Q28, na qual todos os pais (100%) reponderam “sim”: as informações contribuíram para melhorar os cuidados a prestar ao seu filho. Resultado que vem ao encontro dos de outros autores como Snowdon e Kane (1995) referindo que, quando os pais estão bem informados sobre a condição de saúde e tratamentos inerentes, estes sentem que têm uma função importante nos cuidados ao filho.

2.6 - NECESSIDADES EMOCIONAIS INSATISFEITAS

A terceira questão aberta “Q31” evidencia uma consciência do participante (pais) no que concerne às suas necessidades emocionais não satisfeitas pela equipa de neonatologia, referindo especificamente, o que a unidade neonatal poderia apresentar de forma a satisfazer essas mesmas necessidades.

Da análise às respostas obtidas na questão “*necessidades emocionais não satisfeitas* apenas 26,7% dos pais responderam à questão proposta (N=12), referindo necessidade de apoio emocional para alcançarem um bem-estar emocional. Os restantes 73,3% (N=33) não assinalaram qualquer resposta. Assim, da análise de conteúdo às respostas dadas surge a classe temático, agrupada na categoria “*apoio psicológico*” como forma de obter bem-estar emocional, pois na sua opinião melhoraria o processo de hospitalização vivido pelos próprios pais, como se pode confirmar pelas unidades de contextualização de algumas das respostas obtidas e que a seguir se transcrevem: “*Apesar do apoio, a presença e um psicólogo teria sido de mais-valia para mim*”, pai do RN veado. “*Apesar de todos terem sido excepcionais, a meu ver falta o apoio psicológico a nós*”, pai do RN foca. “*Para melhorar, o serviço deveria dispor de apoio psicológico para os pais, ao longo do internamento senti-me muito depressiva, principalmente ao final do dia*”, mãe do RN golfinho. “*Equipe ideal, e totalmente suficiente para dar apoio ao bebé, no entanto as necessidades dos pais foram descoradas*”, pai do RN papagaio (anexo VII).

Quadro 7- Distribuição percentual das necessidades emocionais insatisfeitas

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Apoio psicológico	Bem-estar emocional	12	26,7
Não assinalaram qualquer resposta		33	73,3
Total		45	100

Estes resultados encontram-se com os obtidos por Baldini (2001) quando apresenta como necessidades mais importantes citadas pelos pais no início da hospitalização do seu filho na neonatologia, as necessidades de apoio psicológico.

2.7 - VIVÊNCIAS DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DO RN

A análise de conteúdo para a quarta questão aberta: ”*como viveu a experiência da hospitalização do seu filho?*” ficou organizada agrupando os indicadores em 2 categorias, nomeadamente as *emoções negativas* e as *emoções positivas*, apresentadas pelos participantes. Que por sua vez foram reunidas em subcategorias.

A análise dos resultados revela como mais referidas as emoções negativas (Quadro 8): ansiedade 13,04% (N=11), preocupação: 11,9% (N=10), angústia/medo: 8,33% (N=7), stresse: 5,95% (N=5), Dor/sofrimento: 3,6% (N=3), solidão e impotência 2,38% (N=2) respetivamente, a culpa, a tristeza e a falta de preparação, cada uma respetivamente com 1,2% (N=1). Sendo que mais de metade dos inquiridos verbaliza sentimentos negativos: 51,18%(N=43), ou seja as restantes emoções sentidas pelos pais 48,82% (N=41) foram de carácter positivo. Nomeadamente o conforto e a tranquilidade, 11,8% (N=10), experiência enriquecedora 8,33% (N=7), a esperança e a confiança foram ambas sentidas por 7,14% dos pais (N=6), seguindo-se o alívio e a aceitação 5,95% (N=5), alegria e felicidade 3,6% e segurança e orgulho, cada uma com 2,38%.

Quadro 8- Distribuição percentual da vivência dos pais da hospitalização do RN

Categoria	Subcategoria	Frequência	(%)
Emoções negativas	Ansiedade	11	13,04
	Preocupação	10	11,9
	Angústia/medo	7	8,33
	Stresse	5	5,95
	Dor/Sofrimento	3	3,6
	Solidão	2	2,38
	Impotência	2	2,38
	Culpa	1	1,2
	Tristeza	1	1,2
	Falta de preparação	1	1,2
Emoções positivas	Conforto/ Tranquilidade	10	11,9
	Experiencia Nova/enriquecedora	7	8,33
	Esperança	6	7,14
	Confiança	6	7,14
	Alívio/aceitação	5	5,95
	Alegria/felicidade	3	3,6
	Segurança	2	2,38
	Orgulho	2	2,38
Total		84	100

Transcrevem-se seguidamente algumas unidades de contextualização referentes a algumas das subcategorias (AnexoVIII).

Ansiedade: “Muita ansiedade e nervosismo que foi passando à medida que as coisas foram evoluindo...”, mãe do RN leopardo. “Muita ansiedade inicialmente, que veio a

diminuir. Agradeço o apoio”, pai do RN lince. “Muito ansiosa...com vontade de ir para casa”, mãe do RN águia.

Preocupação: *“Com preocupação, mas com o tempo e informações melhorou...”, pai do RN leão. “Com bastante ansiedade e preocupação”, mãe do RN pinguim. “Mais ou menos preocupada...”, mãe do RN Zebra.*

Stresse: *“Muito complicada a nível emocional, stressante, porque foi uma gravidez tranquila, sem motivos para tudo o que está a acontecer”, mãe do RN gavião. “... foi com muito stresse e muita preocupação”, mãe do RN formiguinha*

Experiência positiva: *“...Com preocupação, mas com o tempo e informações, melhorou. Foi uma experiencia educativa e positiva,” referiu o pai do RN leão. “Experiencia facilitada pelo apoio da equipe, vivi com calma e aceitação”, mãe do RN pantera.*

Esperança: *“Com muitos altos e baixos emocionais...mas também com fé de que iria correr tudo da melhor forma”, mãe do RN rouxinol. “Com esperança de que iria correr tudo bem” mãe do RN macaco.*

Conforto/tranquilidade: *A mãe do RN cigarra refere que viveu a hospitalização do seu bebé: -”...de forma tranquila.”“... com tranquilidade, para a qual contribuíram as informações veiculadas pelos profissionais de saúde”, mãe do RN andorinha.*

Alegria/felicidade: *“...Com algum medo, inquietação, mas com alegria“, mãe do RN louva a deus.*

Alívio/aceitação: *“Um pouco preocupado, mas sosseguei ao aperceber-me do profissionalismo da equipa”, pai do RN foca. “No início com receio, mas ao longo do internamento foi-se minimizando, e aceitando de forma mais calma”, pai do RN pica-pau.*

Estas respostas vão ao encontro do afirmado por alguns autores já anteriormente referidos neste trabalho, para Baldini (2001) os sentimentos mais importantes relatados durante o internamento foram de preocupação, medo e tristeza e, paralelamente também foram sentidos por esses pais elevados graus de ansiedade. Kubler-Ross (1969), cit. por Viana, Guimarães; Maia; Ramos e Mendes (2005) referem que após o primeiro impacto do acontecimento precipitante, ao qual o sujeito reage com ansiedade e por vezes desorganização, sucede uma resposta de negação, raiva, desespero, sentimento de culpa e depressão. O mesmo autor acrescenta que se a situação for ultrapassada de modo positivo, e aqui a ajuda tem um papel determinante, seguir-se-á a aceitação e o confronto com as consequências. Estes sentimentos positivos vêm ao encontro dos resultados obtidos na

aplicação do nosso questionário (48,82% N=41). Este resultado pode dever-se ao facto da unidade de neonatologia do CHCB ser uma unidade de cuidados especializados e raramente recorrer a cuidados intensivos neonatais e, a acontecer será apenas durante o tempo de estabilização do RN até o INEM o vir recolher. A maioria dos RNs prematuros hospitalizados nesta unidade tem idade gestacional superior a 33 semanas de gestação. As unidades de cuidados intensivos cujos RNs tem idade gestacional inferior a 30 semanas, pesos inferiores a 2500g, obrigam a tempos de hospitalização prolongados, tempo suficiente para fomentar emoções negativas.

2.8 - PREOCUPAÇÃO DO MOMENTO

Da análise de conteúdo desta questão: *O que mais o preocupa neste momento?* verificou-se que todas as preocupação dos pais eram relacionadas com a *alta clínica*, pelo que se criou esta categoria (Quadro 9). Do conjunto de respostas obtidas criaram-se as seguintes subcategorias, nomeadamente, *preocupação com a manutenção da saúde, insegurança, competências e confiança/autonomia*.

Assim, os resultados apresentados pelo quadro 9 mostram mais de metade dos pais 60,79% (N=31) a revelarem preocupação em manter a saúde do seu filho após a alta clínica, agora que não tem mais o apoio dos profissionais de saúde. O medo da doença está presente, chegando a por em causa a sua *(in)competência parental* para cuidar do bebé, sentimento que se manifestou em 19,61% dos pais (N=10). A *insegurança* está igualmente inerente: 11,76% (N=6) e, em apenas 7,84% dos pais (N=4) parece existir *confiança em si próprios* para cuidar do seu RN em casa.

Quadro 9- Distribuição percentual do tema preocupação dos pais no momento

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Alta clínica	Preocupação com a manutenção da saúde	31	60,79
	(In)competências	10	19,61
	Insegurança	6	11,76
	Confiança/autonomia	4	7,84
Total		51	100

Para melhor demonstrar a classificação realizada transcrevem-se algumas unidades contextuais (anexo IX).

Preocupação com a manutenção da saúde: “... o estado de saúde do meu filho”, refere o pai do RN zebra. “A saúde futura do meu bebê”, mãe do RN foca.

Insegurança: “A insegurança na prestação dos cuidados mais adequados ao meu filho, foi gradualmente esbatida pela forma como me esclareceram e aconselharam nesta unidade”, mãe do RN andorinha. “...ele ser tão pequenino e saber como reagirá a todos nós”, mãe do RN águia.

Competências: “Levar o meu bebê para casa e cuidar dele”, mãe do RN corça. “... ao ir para casa, conseguir lidar com todas as necessidades do bebê”, mãe do RN macaco. “Conseguir gerir toda a minha vida à volta delas e estar à altura disso”, pai do RN veado.

Confiança/autonomia: “Nada me preocupa” mãe do RN coruja. “Se existe a possibilidade de voltar a adoecer, mas vou estar preparada para reagir de outra forma, com confiança”, mãe do RN pantera.

Apurados os resultados parecem cruzar-se com os obtidos por Relvas (2004), quando refere que a nossa sociedade espera que todos os cuidados prestados aos filhos sejam assumidos pelos pais, atribuindo-lhes o papel de quase completa responsabilidade sobre a saúde e bem-estar do seu filho. Barradas (2008), faz notar que chegado o momento da alta hospitalar, os pais sentem uma ambiguidade de sentimentos, *felicidade* e *alegria* por finalmente levarem o seu bebê para junto deles, mas por outro lado sentem uma fonte geradora de *stress* e *ansiedade* porque a partir daí são apenas eles os únicos cuidadores do seu filho.

2.9 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTE E INDEPENDENTE

Para a análise dos resultados e, no sentido de confirmar/desconfirmar as hipóteses, foram correlacionadas diferentes variáveis. Relativamente à possível existência de correlação entre as variáveis independentes e as necessidades dos pais durante a hospitalização. Apresentam-se a seguir apenas os resultados em que essa correlação apresentou um nível de significância aceitável (coeficiente de Pearson $<0,05$).

NECESSIDADES EMOCIONAIS DOS PAIS

Sentimento de incredibilidade e negação e o estado civil dos pais - O sentimento de incredibilidade e de negação apenas foi sentido por dois dos pais 4,4%. Nos restantes pais (95,6%) (N=43) este sentimento não foi observado, e destes, 73,3% eram casados. Quanto aos pais que apresentaram sentimento de incredibilidade e negação (4,4%) verificou-se serem 2,2% solteiros e 2,2% divorciados (tabela 18). A correlação entre o estado civil dos pais e o sentimento de incredibilidade e negação apresentou um valor de **significância (p) = 0,002**.

Tabela 18- Relação estatística entre o sentimento de incredibilidade e negação e o estado civil

Sentimento de incredibilidade/ negação		Estado Civil dos pais				Total
		Solteiro	Casado	União facto	Divorciado	
Sim	N	1	0	0	1	2
	%	2,20%	0,00%	0,00%	2,20%	4,40%
Não	N	4	33	5	1	43
	%	8,90%	73,30%	11,10%	2,20%	95,60%
	N	5	33	5	2	45
	% Total	11,10%	73,30%	11,10%	4,40%	100,00%

Podemos afirmar que este sentimento teve maior impacto nos pais sem apoio do cônjuge, enquanto os casados (73,3%) não apresentaram sentimento de incredibilidade e negação perante a hospitalização do seu RN. Esta conclusão vem ao encontro da opinião de Gomes, Trindade e Fidalgo (2009), quando afirmaram que o cônjuge é referido como a pessoa de quem os pais dos RNs mais esperam apoio incondicional.

Sentimento de culpa e o Grau de parentesco - A maioria dos pais não parece apresentar sentimentos de culpa (86,7%, este aparece referido em 13,3% (N=6) dos casos, e sempre referido pela mãe. Os pais não parecem sentir culpa na hospitalização do seu filho (tabela 19). Apresenta um valor $p= 0,04$ a correlação entre o grau de parentesco e o sentimento de culpa.

Tabela 19- Relação estatística entre o sentimento de culpa e o grau de parentesco

Sentimento de culpa		Parentesco		Total
		Pai	Mãe	
Sim	N	0	6	6
	%	0,00%	13,30%	13,30%
Não	N	17	22	39
	%	37,80%	48,90%	86,70%
Total	N	17	28	45
	% Total	37,80%	62,20%	100,00%

Estes resultados não contradizem o referido por Barradas (2008) ao afirmar que muitas vezes os pais interrogam-se se será que fizeram alguma coisa ou será que deixaram de fazer alguma coisa que desencadeasse a hospitalização do seu filho. Esta autora refere que com o parto prematuro existem sentimentos e medos físicos e psicológicos, e que o sentimento de culpa é uma reação muito comum.

Sentimento de culpa e o número de filhos - Os resultados obtidos revelaram não existir forte correlação entre sentimento de culpa e nº de filhos, sendo que em cerca de 86,7% este sentimento não foi sentido pelos pais, e mais de metade destes pais (48,9%) não tinha outros filhos. Este sentimento foi observado em apenas 13,3% dos casos que se distribuiu por pais com zero, dois e três filhos (tabela 20). A correlação entre o número de filhos e o sentimento de culpa apresentou um valor de $p = 0,023$.

Tabela 20- Relação estatística entre o sentimento de culpa e o número de filhos

Número de Filhos		Sentimento Culpa		Total
		Sim	Não	
Um	N	0	15	15
	%	0,0%	33,3%	33,3%
Dois	N	1	2	3
	%	2,2%	4,4%	6,7%
Três	N	1	0	1
	%	2,2%	0,0%	2,2%
Sem outros filhos	N	4	22	26
	%	8,9%	48,9%	57,8%
Total	N	6	39	45
	%	13,3%	86,7%	100,0%

Sentimento de aceitação e o Sexo do bebê - Tentamos apurar a relação entre o sexo do bebê, ser ou não o desejado pelos pais e o sentimento de aceitação da hospitalização do RN.

A aceitação da hospitalização revelou-se maior quando o sexo do bebê era o desejado (35,6%), ou, não sendo o desejado, era para os pais indiferente o seu filho ser rapaz ou rapariga (35,6%). Assim, o sentimento de aceitação da hospitalização foi de 73,6% (N=33), e destes apenas 2,2% dos pais revelaram aceitação quando o sexo da criança não era o esperado.

A não-aceitação da hospitalização revelou-se em 26,7% dos pais, e destes em 22,2% dos casos em que o sexo do bebê não era o desejado (tabela 21). Apresenta um valor $p = 0,046$ a correlação entre o sexo do RN e o sentimento de aceitação.

Tabela 21- Relação estatística entre o sentimento de aceitação e o sexo do RN

Sentimento de aceitação		Sexo do RN			Total
		Desejado	Não desejado	Indiferente	
Sim	N	16	1	16	33
	%	35,60%	2,20%	35,60%	73,30%
Não	N	1	1	10	12
	%	2,20%	2,20%	22,20%	26,70%
Total	N	17	2	26	45
	%	37,80%	4,40%	57,80%	100,00%

Isto reflete que quem melhor aceitou a hospitalização do seu filho, foram os pais que tiveram o filho do sexo desejado 37,8% (N=17) porque apenas um referiu sentimentos de não-aceitação. Dos pais que referiram ser-lhes indiferente o sexo 57,8% (N=26) em 35,6% (N=16) destes referiram sentimento de aceitação. Esta diferença poderá justificar-se pelas expetativas dos pais relativamente ao sexo do bebé que esperam. Quando as suas expetativas foram cumpridas parecem aceitar melhor a hospitalização, pelo contrário, a sua capacidade de aceitação parece diminuir quando se sentem desiludidos relativamente às expetativas pré-existentes.

Sentimento de tristeza e o Sexo do RN - Também o sexo do bebé foi significativo relativamente ao sentimento de tristeza. Nos 84,4% dos casos em que o sexo do bebé ou era o desejado (31,1%) para os pais, ou era indiferente (53,3%), não se verificou sentimentos de tristeza, estes verificaram-se apenas em 15,6% dos casos. (tabela 22). A correlação da variável sentimento de tristeza com o sexo do bebé apresentou um valor de $p = 0,002$.

Tabela 22- Relação estatística entre o sentimento de tristeza e o sexo do RN

Sentimento de tristeza		Sexo do RN			Total
		Desejado	Não desejado	Indiferente	
Sim	N	3	2	2	7
	%	6,70%	4,40%	4,40%	15,60%
Não	N	14	0	24	38
	%	31,10%	0,00%	53,30%	84,40%
Total	N	17	2	26	45
	%Total	37,80%	4,40%	57,80%	100,00%

Poderemos, perante este resultado obtido de 84,4% dos pais a não sentirem sentimentos de tristeza pela hospitalização do seu RN, quando o sexo é o desejado ou

indiferente, sugerir que, quando o sexo do bebê vem cumprir as expectativas dos pais não existiu esse sentimento de tristeza.

NECESSIDADES DE APOIO

O **apoio** foi outra das necessidades sentidas pelos pais.

Necessidade de apoio e hospitalizações anteriores em neonatologia - Ao questionar os pais sobre a necessidades de serem apoiados durante a hospitalização do seu RN, 97,8% (N=44) destes referiram que sim, e, destes, 82,2% (N=37) referem não terem tido qualquer experiência anterior em neonatologia, 15,6% (N=7) já haviam passado por experiências anteriores, 8,9% com este e 6,7% com outro filho. O valor de $p = 0,017$ entre estas duas variáveis, demonstra o grau de significância (tabela 23).

Tabela 23 - Relação estatística entre as necessidades de apoio e experiências anteriores em neonatologia

Experiencias anteriores		Necessidades de apoio		Total
		Sim	Não	
Não houve experiências	N	37	0	37
	%1	82,2%	0,0%	82,2%
Com este filho	N	4	1	5
	%	8,9%	2,2%	11,1%
Com outro filho	N	3	0	3
	%	6,7%	0,0%	6,7%
	N	44	1	45
	%	97,8%	2,2%	100,0%

Verifica-se que os pais que não tinham tido experiências anteriores em neonatologia, valorizaram o apoio efetuado (82,2%), relativamente aos que já contam com alguma experiência (17,8%). Isso pode eventualmente ser explicado devido ao desconhecimento do ambiente próprio que as neonatologias possuem, que os levou a absorver todo o apoio fornecido sobre o funcionamento da unidade. Vara (1996), cit. por Jorge, (2004) refere que a capacidade da família para enfrentar a hospitalização da criança, depende dos sistemas de suporte que dispõe, nomeadamente, as experiências anteriores em acontecimentos semelhantes. Gomes, Trindade e Fidalgo, (2009) referem que as experiências passadas numa unidade neonatal, os conflitos e perdas têm importância na boa resposta da família à hospitalização do seu filho.

Apoio efetivo prestado pelo conjuge e o número de filhos - Relativamente ao número de filhos e em quem os pais se apoiaram para ultrapassar o momento da hospitalização parece ter sido ser o conjuge quem mais apoiou neste período, correlação que revelou significância com $p=0,008$. Contudo os resultados revelaram que mesmo não havendo mais filhos no casal (55,6%) o conjuge foi o principal apoio, como se pode verificar pela (tabela 24).

Tabela 24- Relação estatística entre o apoio prestado pelo conjuge e o n° filhos

Número de Filhos		Apoio do Conjuge		Total
		Sim	Não	
Um	N	13	2	15
	%	28,9%	4,4%	33,3%
Dois	N	3	0	3
	%	6,7%	0,0%	6,7%
Três	N	0	1	1
	%	0,0%	2,2%	2,2%
Sem outros filhos	N	25	1	26
	%	55,6%	2,2%	57,8%
	N	41	4	45
	% Total	91,1%	8,9%	100,0%

Aqui realça-se a importância da família nuclear, uma vez que o reforço do suporte conjugal foi verificado em 91,1% dos casos, e, em 35,6% dos casos foi referida a existência de um ou mais filhos além do RN hospitalizado. Em apenas 8,9% dos casos não foi prestado apoio pelo conjuge.

Apoio efetivo prestado pelo conjuge e o tempo de Hospitalização - Os resultados demonstram que o apoio do conjuge esteve presente durante o tempo de hospitalização do filho, quer o período fosse mais ou menos longo, tendo sido muito significativo durante o tempo de hospitalização do RN, cerca de 90% dos pais referiram como tendo sido um bom apoio (tabela 25). A significancia entre as varáveis tempo de hospitalização e apoio prestado pelo conjuge é definida pelo valor $p=0,029$.

Tabela 25 - Relação estatística entre o apoio prestado pelo conjuge e o tempo de hospitalização

Tempo de hospitalização		Apoio prestado pelo conjuge		Total
		Sim	Não	
2 a 5 dias	N	11	1	12
	%	24,40%	2,20%	26,70%
6 a 9 dias	N	20	1	21
	%	44,40%	2,20%	46,70%
10 a 15 dias	N	0	1	1
	%	0,00%	2,20%	2,20%
16 a 20	N	1	0	1
	%	2,20%	0,00%	2,20%
Mais de 21 dias	N	9	1	10
	%	20,00%	2,20%	22,20%
	N	41	4	45
	% Total	91,10%	8,90%	100,00%

O que nos leva a considerar que o apoio dado por um dos pais do RN é importante para o outro pai no sentido deste sentir essa necessidade como satisfeita.

Apoio efetivo da família e área de residência - Ao analisar o apoio fornecido pela família verifica-se que a área de residência parece ter influência, uma vez que dos pais cuja residência referida foi a urbana, o que se verificou em 75,6% (N=34), destes, recorreram ao apoio da família cerca de 65% (N=29), em contraste com os pais residentes em área rural, cuja amostra de 24,4% (N=11) apenas 11,1% (N=5) referiram o apoio de familiares (tabela 26). A correlação entre a área de residência e o apoio da família apresentou um valor de $p = 0,014$.

Tabela 26 - Relação estatística entre o apoio prestado pela família e a área de residência

Área de Residência		Apoio família		Total
		Sim	Não	
Urbana	N	29	5	34
	%	64,4%	11,1%	75,6%
Rural	N	5	6	11
	%	11,1%	13,3%	24,4%
Total	N	34	11	45
	% Total	75,6%	24,4%	100,0%

Estes resultados levam-nos a concluir que a proximidade da residência dos pais com a área hospitalar é facilitadora na prestação de apoio aos pais do RN aquando da hospitalização. Família mais próxima apresenta maior facilidade em se deslocar ao hospital que família cuja residência seja rural (distância superior a 30 quilómetros). Sebastiani (1995 cit por Calvetti, Silva e Gauer, 2008), refere que os familiares são uma potente força afetiva que pode

favorecer na recuperação do RN, sendo representantes principais dos seus vínculos com a vida e fontes de motivação para enfrentarem o sofrimento. Mittag e Wall (2004) referem que na assistência neonatal é necessário ter em mente que o nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também a sua mãe e toda a família.

Apoio efetivo prestado pelo médico e o tempo de hospitalização - A necessidade de apoio médico apresentou uma correlação inversa relativamente ao tempo de hospitalização, isto é quanto menor o tempo de hospitalização, maior a necessidade de apoio médico, que se verificou em mais de 50% dos pais (53,3%) (N=24). Cerca de 47% dos pais não revelou necessidade desse apoio (tabela 27). A correlação entre o tempo de hospitalização e o apoio médico apresentou um valor de significância $p = 0,018$.

Tabela 27 - Relação estatística entre o apoio prestado pelo médico e o tempo de hospitalização

Tempo de hospitalização		Apoio prestado pelo médico		Total
		Sim	Não	
2 a 5 dias	N	8	4	12
	%	17,8%	8,9%	26,7%
6 a 9 dias	N	14	7	21
	%	31,1%	15,6%	46,7%
10 a 15 dias	N	1	0	1
	%	2,2%	0,0%	2,2%
16 a 20	N	0	1	1
	%	0,0%	2,2%	2,2%
Mais de 21 dias	N	1	9	10
	%	2,2%	20,0%	22,2%
	N	24	21	45
	%	53,3%	46,7%	100,0%
Total				

Estes resultados obtidos para a necessidade de apoio médico, expressa pelos pais, parece querer revelar que à medida que o tempo de hospitalização aumenta se verifica uma melhor aceitação da hospitalização e das dúvidas que ela encerra, ganhando-se uma melhor resposta de adaptação ao serviço.

Apoio efetivo prestado pelos enfermeiros e tempo de hospitalização - Quanto ao apoio prestado pelos profissionais de enfermagem, os pais referiram que esteve quase sempre presente (91,1%) (N=41) durante a hospitalização do seu RN (tabela). Enquanto o RN se manteve hospitalizado, o apoio de enfermagem esteve quase sempre presente, o que é demonstrado pelos resultados observáveis onde a pequena variação entre o tempo de hospitalização e o apoio de enfermagem tem diferença de 6,7%, nomeadamente quando referimos o intervalo de tempo entre os 6 e os 9 dias em que os pais apresentam necessidades de apoio na ordem dos 46,7% (N=21) e apenas foram satisfeitas pelos enfermeiros 40%

(N=18) (tabela28). O grau de significância de $p= 0,010$ demonstra a correlação entre o apoio prestado pelos profissionais de enfermagem e o tempo de hospitalização do RN.

Tabela 28- Relação estatística entre o apoio prestado pela enfermagem e o tempo de hospitalização

Tempo de hospitalização		Apoio de enfermagem		Total
		Sim	Não	
2 a 5 dias	N	12	0	12
	% Total	26,7%	0,0%	26,7%
6 a 9 dias	N	18	3	21
	% Total	40,0%	6,7%	46,7%
10 a 15 dias	N	0	1	1
	% Total	0,0%	2,2%	2,2%
16 a 20	N	1	0	1
	% Total	2,2%	0,0%	2,2%
Mais de 21 dias	N	10	0	10
	% Total	22,2%	0,0%	22,2%
Total	N	41	4	45
	% Total	91,1%	8,9%	100,0%

Importância do apoio fornecido e tipo gravidez - Ao analisar as respostas dadas pelos pais quando questionados sobre as características do apoio fornecido, verificamos que 75,6% (N=34) afirmaram ter sido fundamental. O apoio parece ter sido fundamental quando as mães durante a gravidez desenvolveram diabetes ou hipertensão arterial. Assim, as respostas obtidas parecem indicar que perante uma gravidez de risco, o que se verificou em 37,8% dos casos da amostra, cerca de 40% destes pais avaliaram o apoio como fundamental (tabela29). Da correlação entre o tipo de gravidez e o apoio fornecido como fundamental obteve-se significância através do valor de $p= 0,015$.

Tabela 29 - Relação estatística entre o apoio recebido avaliado como fundamental e o tipo de gravidez

Tipo de gravidez		Apoio fundamental		Total
		Sim	Não	
Normal	N	17	4	21
	%	37,8%	8,9%	46,7%
Risco	N	3	1	4
	%	6,7%	2,2%	8,9%
• Gravidez gemelar	N	6	0	6
	%	13,3%	0,0%	13,3%
• Diabetes	N	5	0	5
	%	11,1%	0,0%	11,1%
• Hipertensão arterial	N	3	4	7
	%	6,7%	8,9%	15,6%
• Outra	N	0	2	2
	%	0,0%	4,4%	4,4%
• Diabetes e hipertensão arterial	N	34	11	45
	%Total	75,6%	24,4%	100,0%

Importância do apoio e hospitalizações anteriores em neonatologia - Ao relacionarmos o apoio recebido pelos pais com hospitalizações anteriores em neonatologia os resultados obtidos orientam-nos para a afirmação de que quem não vivenciou experiências de hospitalização anteriores em neonatologia sentiu o apoio prestado como fundamental, o que se verificou em cerca de 67% dos pais (N=30); contudo, cerca de 9% dos pais, consideram igualmente o apoio como fundamental mesmo quando não houve experiências anteriores (tabela 30), o que é revelador da elevada importância do apoio. Da correlação entre o apoio avaliado como fundamental e as hospitalizações anteriores em neonatologia obteve-se significância através do valor de $p= 0,007$.

Tabela 30- Relação estatística entre o apoio recebido avaliado como fundamental e hospitalizações anteriores em neonatologia

Hospitalizações anteriores em neonatologia		Apoio avaliado como fundamental		Total
		Sim	Não	
Não houve hospitalizações	N	30	7	37
	%	66,7%	15,6%	82,2%
Com este filho	N	1	4	5
	%	2,2%	8,9%	11,1%
Com outro filho	N	3	0	3
	%	6,7%	0,0%	6,7%
Total	N	34	11	45
	% Total	75,6%	24,4%	100,0%

Importância do apoio e tipo de família - As respostas dadas pelos pais à questão colocada sobre a possibilidade do apoio prestado favorecer ou não a união familiar em cada um dos tipos de família (nuclear, monoparental e alargada) podemos observar pela tabela 31, que cerca de 90% dos pais não consideraram esse apoio como facilitador da união familiar. Apenas cerca de 9% distribuídos pelos diferentes tipos de família consideraram esse apoio facilitador de união familiar. Da correlação entre o apoio fornecido como favorecedor de união familiar e o tipo de família obteve-se significância através do valor de $p=0,007$.

Tabela 31- Relação estatística entre o apoio avaliado como facilitador da união familiar e o tipo de família

Tipo Família		Apoio facilitador da união familiar		Total
		Sim	Não	
Nuclear	N	1	36	37
	%	2,2%	80,0%	82,2%
Monoparental	N	1	2	3
	%	2,2%	4,4%	6,7%
Alargada	N	2	3	5
	%	4,4%	6,7%	11,1%
		4	41	45
% Total		8,9%	91,1%	100,0%

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

Esclarecimento de dúvida/ tipo de família - Tentou-se perceber relativamente aos diferentes tipos de família (Nuclear, Monoparental e Alargada) quem contribuiu para o esclarecimento de dúvidas. Ao analisarmos as respostas obtidas pelos tipos de família, no que respeita ao apoio, encontrou-se significância nos resultados obtidos sendo que para a quase totalidade dos pais (98%) quem lhes prestou esclarecimento adequado entre os restantes profissionais de saúde foi o profissional de enfermagem. A família nuclear referiu em 100% das respostas deste profissional (tabela 32) A correlação entre o esclarecimento de dúvidas pelos profissionais de enfermagem e o tipo de família deu um valor de $p= 0,017$.

Tabela 32- Relação estatística entre o esclarecimento de dúvidas pelo profissional de enfermagem e o tipo de família

Tipo de família		Esclarecimento dúvidas pelo profissional de enfermagem		Total
		Sim	Não	
Nuclear	N	37	0	37
	%	82,2%	0,0%	82,2%
Monoparental	N	3	0	3
	%	6,7%	0,0%	6,7%
Alargada	N	4	1	5
	%	8,9%	2,2%	11,1%
N		44	1	45
% Total		97,8%	2,2%	100,0%

Esclarecimento de dúvidas e o estado civil dos pais - Ao resultados obtidos por estado civil para o esclarecimento de dúvidas aos pais revelaram em quase 100% das respostas serem os profissionais de saúde (tabela33). Como apresentado na tabela não parece existir variabilidade na avaliação do apoio prestado pelos profissionais de enfermagem pelo tipo de estado civil, visto que em apenas um caso este profissional não foi mencionado como tendo prestado um bom esclarecimento de dúvidas.

Tabela 33- Relação estatística entre o esclarecimento de dúvidas pelo profissional de enfermagem e o estado civil dos pais

Estado Civil		Esclarecimento de dúvidas pelo profissional de enfermagem		Total
		Sim	Não	
Solteiro	N	4	1	5
	%	8,9%	2,2%	11,1%
Casado	N	33	0	33
	%	73,3%	0,0%	73,3%
União de facto	N	5	0	5
	%	11,1%	0,0%	11,1%
Divorciado	N	2	0	2
	%	4,4%	0,0%	4,4%
	N	44	1	45
	% Total	97,8%	2,2%	100,0%

Esclarecimento de dúvidas e o tipo de gravidez - No que se refere à informação clínica e a forma como foi transmitida aos pais dos RNs, estes referiram ter sido dada de forma adequada (48,9% N=22) (tabela34); quando relacionada com o tipo de gravidez, se foi de risco ou sem risco (normal) obtemos dados que nos orientam afirmar que houve pouca informação que satisfizesse os pais sobre a sua gravidez (dentro da gravidez de risco, quem referiu outro tipo não mencionado no questionário não obteve qualquer informação por parte dos profissionais de saúde, 0,0%). Contudo, estas informações em parte são fornecidas pelos profissionais de saúde do serviço de obstétrica, e não pelos profissionais da neonatologia. Grau de significância da correlação entre a informação clínica transmitida de forma clara e o tipo de gravidez é demonstrado pelo valor de $p = 0,046$.

Tabela 34- Relação estatística entre a transmissão da informação clínica feita de forma adequada e o tipo de gravidez

Tipo de Gravidez		Informação clínica adequada		Total
		Sim	Não	
Normal	N	12	9	21
	%	26,7%	20,0%	46,7%
Risco				
Gravidez gemelar	N	3	1	4
	%	6,7%	2,2%	8,9%
Diabetes	N	4	2	6
	%	8,9%	4,4%	13,3%
Hipertensão arterial	N	3	2	5
	%	6,7%	4,4%	11,1%
Outra	N	0	7	7
	%	0,0%	15,6%	15,6%
Diabetes e hipertensão arterial	N	0	2	2
	%	0,0%	4,4%	4,4%
Total	N	22	23	45
	% Total	48,9%	51,1%	100,0%

NECESSIDADES RELATIVAS A RECURSOS FÍSICOS

Fornecimento de refeições e a idade gestacional do RN - Os pais, dentro dos apoios que o hospital tem disponíveis, referiram que o fornecimento das refeições, contribui de forma a facilitar a hospitalização do seu filho 62,2% (N=28). Quando relacionado com a idade gestacional do RN os dados demonstram que a maioria dos pais com RN cujas idades gestacionais se situam abaixo das 37 semanas de gestação foram os que valorizaram o fornecimento das refeições de forma grátis, apresentando um valor de $p=0,004$ demonstrando o grau de significância entre estas variáveis (tabela 35).

Tabela 35- Relação estatística entre o fornecimento de refeições e a idade gestacional

Idade Gestacional		Fornecimento de refeições		Total
		Sim	Não	
De 29 a 32 sem	N	3	3	6
	%	6,7%	6,7%	13,3%
De 33 a 36 sem	N	19	3	22
	%	42,2%	6,7%	48,9%
Mais de 37 sem	N	6	11	17
	%	13,3%	24,4%	37,8%
Total	N	28	17	45
	% Total	62,2%	37,8%	100,0%

Poderemos sugerir que estes resultados apontam que os pais cujo RN tem idade gestacional inferior a 37 semanas, isto é, RN prematuro, valorizaram as refeições fornecidas pelo hospital, pois desta forma permaneciam na mesma instituição em que o seu filho se encontra hospitalizado, não havendo necessidade de se ausentar da mesma para satisfazer a sua necessidade de alimentação. Menos tempos perderiam ao se ausentarem e o converteriam em tempo valorizado junto do seu RN, pois a separação, por mais pequena que seja, é dolorosa para os pais.

NECESSIDADES DE SUPORTE E ORIENTAÇÃO

Necessidade de suporte e orientação – Relativamente a estes resultados o peso revelou significância na necessidade de orientação nos cuidados de higiene. Quase 96% dos pais consideraram de importância esta orientação, que se revelou mais necessária nos RN's com peso superior a 2000g, facto que pode ser explicado por este ser o peso mínimo para a possível alta clínica do bebé, o que aumenta a *necessidade de orientação dos pais relativamente aos cuidados de higiene* (tabela 36), valor de $p=0,015$. Os resultados são similares para as *necessidades de vigilância de saúde* (tabela 37), em que o valor de $p =0,022$ e para as *necessidades de educação sobre alimentação* dos RNs (tabela 38) cuja significância é demonstrada pelo valor de $p=0,05$, em virtude de ser o peso superior a 2000g que apresentou mais necessidade deste tipo de suporte e orientação.

Tabela 36-Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação nos cuidados de higiene e o peso o RN

Peso		Orientação nos cuidados de higiene		Total
		Sim	Não	
Menos de 1000g	N	2	0	2
	%	4,4%	0,0%	4,4%
1000g a 1500g	N	1	1	2
	%	2,2%	2,2%	4,4%
1500g a 2000g	N	8	0	8
	%	17,8%	0,0%	17,8%
Mais de 2000g	N	32	1	33
	%	71,1%	2,2%	73,3%
Total	N	43	2	45
	%	95,6%	4,4%	100,0%

Tabela 37- Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação e suporte nos ensinamentos de vigilância da saúde do RN e o seu peso

Peso		Ensinos de vigilância de saúde		Total
		Sim	Não	
Menos de 1000g	N	0	2	2
	%	0,0%	4,5%	4,5%
1000g a 1500g	N	1	1	2
	%	2,3%	2,3%	4,5%
1500g a 2000g	N	6	1	7
	%	13,6%	2,3%	15,9%
Mais de 2000g	N	28	5	33
	%	63,6%	11,4%	75,0%
Total	N	35	9	44
	% Total	79,5%	20,5%	100,0%

Tabela 38- Relação estatística entre a avaliação das necessidades de orientação e suporte sobre alimentação e o peso do RN

Peso		Orientação sobre alimentação		Total
		Sim	Não	
Menos de 1000g	N	1	1	2
	%	2,2%	2,2%	4,4%
1000g a 1500g	N	1	1	2
	%	2,2%	2,2%	4,4%
1500g a 2000g	N	8	0	8
	%	17,8%	0,0%	17,8%
Mais de 2000g	N	30	3	33
	%	66,7%	6,7%	73,3%
Total	N	40	5	45
	% Total	88,9%	11,1%	100,0%

Relativamente à necessidade de orientação e suporte sobre alimentação, esta revelou maior importância para as mães (60%) facto que não deixa de ser interessante, realçando destes resultados o instinto maternal (tabela 39). Grau de significância da correlação entre a avaliação das necessidades de suporte e orientação sobre alimentação e o grau de parentesco é demonstrado pelo valor de $p = 0,039$.

Tabela 39- Relação estatística entre avaliação das necessidades de suporte e orientação sobre alimentação e o grau de parentesco

Grau de Parentesco		Educação sobre alimentação		Total
		Sim	Não	
Pai	N	13	4	17
	%	28,9%	8,9%	37,8%
Mãe	N	27	1	28
	%	60,0%	2,2%	62,2%
Total	N	40	5	45
	% Total	88,9%	11,1%	100,0%

Conclui-se que são os mesmos pais que apresentam este tipo de necessidades ou seja , RN com peso superior a 1500g preocupam os pais no que concerne à orientação na alimentação, na vigilância da saúde e nos cuidados de higiene.

CONCLUSÕES

Muitas vezes os pais atravessam uma fase de adaptação na qual lhes é exigido o cumprimento adequado de um dos papéis mais importantes da sua vida, o de serem pais. O papel parental nasce, quando nasce um filho (Reis, 2007) e depende de uma multiplicidade de fatores como seja o nível de conhecimentos, de habilidades, de experiências próprias, de valores e crenças, do RN, da sua evolução clínica, do contexto social onde estão inseridos e da interrelação de todos estes fatores. A parentalidade materializa-se na troca dinâmica e recíproca entre pais e filho, dependendo diretamente das necessidades individuais e coletivas de cada um dos intervenientes. O desenvolvimento deste estudo permitiu construir uma base de informação sobre uma amostra tão característica como os pais de RNs hospitalizados em neonatologia e a percepção destes sobre se as necessidades foram ou não satisfeitas.

Relativamente ao primeiro dos objectivos traçado para este projecto, *analisar as necessidades dos pais no exercício da sua parentalidade quando da Hospitalização do seu RN* foram encontrados diversos tipos de necessidades.

Quanto às *necessidades emocionais* o *sentimento de aceitação* revelou-se de importância para 73,3% dos pais, o *sentimento de segurança* 62,2% a *ansiedade* 35,6 o *medo* 31,1%, quer o *sentimento de perda e separação* quer o de *desespero/impotência* revelaram-se ambos em 13,3% dos pais, choque, *Alegria/Felicidade* e *Negação* foram sentimentos menos significativos, sendo sentidos respectivamente por 8,9%, 8,9% e 4,4% dos pais.

Relativamente às *necessidades de informação* o esclarecimento de dúvidas geradas pela hospitalização em neonatologia, percebe-se o conjunto de questões e a necessidade e informações que pode suscitar nos pais, contudo, para 66,7% dos pais esses esclarecimentos foram claros e adequados (48,9%), apenas 6,8% dos pais não se sentiram atempadamente esclarecidos, pois que sentiram como tardia (4,4%) e inadequada 2,2%) a informação prestada. Face a estes resultados poderemos concluir que esta necessidade foi na sua maioria satisfeita pelo serviço de neonatologia, reafirmando ainda esta nossa conclusão, através dos valores obtidos na amostra relativamente aos profissionais de saúde que prestaram as informações, tendo 97,8% dos pais considerado que os enfermeiros foram importantes nos esclarecimentos necessitados; 51,1% dos pais consideraram igualmente importantes os esclarecimentos dos pediatras, e apenas 4,4% sentiram necessidade de esclarecimentos da assistente social.

No que diz respeito à *necessidade de apoio* os pais sentiram que quem lhes prestou mais apoio nestes momentos difíceis foram os enfermeiros (91,1%) e o conjuge (91,1%). Também a família se revelou um bom pilar para 75,6% dos pais; O apoio do pediatra foi valorizado por 53,3% dos pais. Para quase 76% dos pais estes diferentes tipos de apoio que foram disponibilizados revelaram-se fundamentais, em 66,7% tranquilizou-os, e, 62,2% referem tê-los feito sentir-se acompanhados e orientados no processo de internamento: 51,1% referiram que o apoio lhes transmitiu um sentimento de ajuda. Podemos considerar a *necessidade de apoio* e a *necessidade de informação* como necessidades sentidas pelos pais da nossa amostra e observadas nos resultados.

Outra das necessidades que os pais revelaram como facilitadoras neste período foram as relativas à disponibilidade hospitalar de alguns *recursos físicos*, as mais valorizadas foram especificamente as instalações para pais que 82,2% dos pais consideraram como importantes e as refeições grátis (62,2%).

As *Necessidades de Suporte e Orientação* foram talvez das necessidades a que os pais mais deram importância, pois que lhes transmitida elevada preocupação, mas também naquelas em que se sentiram mais satisfeitos, 100% da amostra revelou-se satisfeita com as respostas de orientação e suporte prestadas pela equipa, como se pode observar pela tabela 17, cuidados de higiene satisfaz quase a totalidade dos pais, informações sobre alimentação do bebé, padrões de sono, medidas de segurança entre outras apresentaram-se muito satisfatórias para a grande maioria dos pais.

De certa forma, o resultado obtido na avaliação às necessidades dos pais, responde a outro dos objetivos propostos para este trabalho que pretendeu compreender se o serviço de Neonatologia responde ou não de modo eficaz às necessidades mais visíveis apresentadas pelos pais dos RN. Percebeu-se pela análise anterior às respostas dadas que, a resposta da Neonatologia foi muito positiva

Outro dos objetivos a que nos propusemos foi analisar as estratégias de *coping* encontradas pelos pais, de forma a aceitar e ultrapassar melhor a hospitalização. Os resultados revelaram que a *participação nos cuidados* (77,8%), o *contacto com outros pais* (37,8%) e a *visita de familiares* (20%) foram para estes pais as estratégias que mais os ajudaram a ultrapassar o momento.

Quanto às hipóteses colocadas neste trabalho, verificou-se existir relação entre as *características dos pais*, as *características os RN's* e as *necessidades por estes sentidas*

durante a hospitalização, apresentam-se seguidamente algumas das relações mais significativas encontradas nos resultados que vêm confirmar estas hipóteses.

Características dos pais: o estado civil “*casados*” revelou-se um fator protetor para sentimentos como a *incredibilidade* e a *negação* perante a hospitalização, talvez por existir maior suporte e apoio entre os cônjuges quando vivem no estado de casados ou em união de facto. Por outro lado, independentemente do estado civil uma grande maioria dos pais revelou-se satisfeito com o esclarecimento de dúvidas pela equipa de enfermagem.

Correlacionando o *grau de parentesco dos pais* com o *sentimento de culpa* observa-se que este sentimento foi sentido na sua totalidade apenas por mães (13,3%). Este mesmo sentimento de culpa correlacionado com o *número de filhos* do casal parece revelar que o este sentimento se mantém seja qual for o número de filhos.

O *sexo do RN* (ser o desejado ou ser indiferente) parece ter sido facilitador na aceitação da hospitalização (tabela 22), mais de 70% dos pais revelou sentimentos de aceitação quando o sexo era o desejado ou, era para os pais indiferente. O sexo do RN (ser ou não o desejado) revelou-se igualmente facilitador relativamente aos *sentimentos de tristeza* em 84,4% dos pais.

A *existência de hospitalizações anteriores* diminuíu as *necessidades de apoio* que se revelaram mais necessárias quando não houve experiências anteriores de hospitalizações (82,2%).

Independentemente do *tempo de hospitalização* (mais longo ou mais curto) o apoio prestado pelo cônjuge revelou-se sempre presente, o que poderá ser revelador da importância deste tipo de apoio entre casais.

Os residentes em *área urbana* sentiram muito mais o *Apoio da família* (64,4%), a distância mais curta do hospital revela-se facilitadora neste tipo de apoio.

A necessidade de *apoio prestado pelo pediatra* revelou-se influente face ao aumento os dias *de hospitalização*. O mesmo se verificou relativamente ao apoio prestado pelos enfermeiros. Estas necessidades expressas pelos pais são facilmente percebidas, visto que um aumento no período de internamento parece revelar um problema mais complexo, sendo esta uma leitura quase automática e imediata feita pelos pais.

O *apoio fornecido* correlacionado com o *tipo de gravidez* mostrou que o apoio foi avaliado como fundamental na gravidez de risco. Também a existência de *hospitalizações anteriores* foi significativo face ao apoio recebido, pois 70% os pais consideraram

fundamental o apoio recebido nas situações em que não existiu experiências anteriores. Por outro lado o esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais por tipo de gravidez foi considerada inadequada em cerca de 50% tanto na gravidez de risco como na normal, como atrás referido pode dever-se ao facto das grávidas serem acompanhadas pela obstretricia, pelo que não podemos usar estes resultados para avaliar o serviço de Neonatologia.

O fornecimento de refeições pelo hospital parece ter satisfeito algumas das necessidades dos pais durante a hospitalização, nos casos em que os pais que mais valorizaram este recurso foram aqueles em que o RN apresentou uma idade gestacional abaixo das 37 semanas.

Conclui-se assim que existe relação entre as características dos pais, as características dos RNs, as estratégias de *coping* dos pais e o apoio prestado pelos profissionais do serviço de neonatologia.

Podemos ainda acrescentar, que após informação da hospitalização do seu RN, os pais revelaram preocupação com o estado de saúde do seu filho (51% aproximadamente), preocupação com o possível sofrimento a que o seu RN estaria exposto (13,2%), levando-os a ter dúvidas sobre as suas competências parentais. Outras das preocupações foi a separação a que a hospitalização obriga, bem como o período de duração da hospitalização. Apenas 9,5 % dos pais demonstraram conformismo e aceitação da hospitalização do seu filho.

Como referido anteriormente, as informações foram transmitidas pelos profissionais de saúde, na sua maioria de forma clara, suficiente e adequada, tendo contribuído para melhorar os cuidados prestados ao seu filho. Contudo verificou-se que as necessidades emocionais não foram satisfeitas para 26,7% dos pais, tendo estes sido unânimes no que concerne ao seu bem-estar emocional não ter sido alcançado, justificando que sentiram que não foram apoiadas por um psicólogo.

No que respeita à forma como foi vivenciada a hospitalização do RN, 51,8% dos pais verbalizaram sentimentos negativos, onde a angústia, a ansiedade, a preocupação, o stress e o sofrimento foram referidos. De carácter positivo, os pais nomearam o conforto, a tranquilidade, a esperança e a confiança, o alívio, a aceitação, a alegria, a felicidade a segurança e o orgulho em serem pais. Não descuidando que a alta clínica do seu bebé os leva novamente a um estado de preocupação em conseguirem manter a saúde do seu filho no domicílio (referido por 60,8% dos pais), sem a presença e a segurança que os profissionais de saúde lhes fornecia, levando alguns pais a questionar o seu papel parental e as suas competências recém- adquiridas. Poucos foram os que demonstraram confiança nas suas competências e autonomia (apenas 7,9%).

Em suma, compete ao profissional de enfermagem acompanhar e apoiar os pais dos RNs hospitalizados nos momentos de transição do ciclo de vida acionando todos os meios possíveis no sentido de responder às necessidades percebidas e permitir uma adequada adaptação, contribuindo assim para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Destes resultados surgiram respostas para um melhor conhecimento das vivências, necessidades e estratégias dos pais dos RNs hospitalizados e surgem dados para delinear algumas considerações:

Uma vez que a necessidade emocional dos pais não foi satisfeita por cerca de 24% dos pais inquiridos, propõe-se a aquisição de um psicólogo para a equipe multiprofissional da neonatologia.

Em virtude de o momento da alta clínica do RN suscitar tanta preocupação nos pais, sugerir a implementação de uma continuidade de cuidados domiciliários, a prestar pelos profissionais de enfermagem das neonatologias. Onde seria feita uma avaliação após uma semana do bebê em casa e com conseqüente acompanhamento de acordo com as necessidades identificadas.

Seria de algum interesse que no futuro, em conjunto com a equipa de saúde do serviço de obstetrícia, realizar uma pesquisa no sentido de perceber a caracterização dos riscos de uma gravidez que impliquem hospitalização em Neonatologia.

Por ultimo, e findo este percurso, não podemos deixar de registrar que este processo se mostrou gratificante para a investigadora que enriqueceu a todos os níveis com a partilha de saberes, experiências e emoções que em muito ultrapassam os saberes teóricos.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão Sistémica*. Coimbra: Editora quarteto.
- Amaral, N. M. F. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*; Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em Maio 22, 2012 em www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2
- Andrade, M. M. (1994). *Introdução à metodologia do trabalho científico* (5ª ed.). Lisboa: Editora Atlas.
- Antoniazzi, A. S.; Dell'Aglio, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*; Estudos de psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido em 24 Abril, 2011, em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26130206.pdf>
- Bach, R. (1992). *Ilusões* (5ª ed.). Edições Europa América.
- Baldini, S. M. (2001). *Avaliação das reacções dos pais à internação do filho em terapia intensiva e desenvolvimento de uma proposta de apoio psicológico*. Acedido em 1, Novembro, 2010 em Faculdade de Medicina de São Paulo: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde.../soniambaldini.pdf
- Barbieri, M. C.; Martins, M. M.; Figueiredo, M. H.; et al. (2009). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Edição Linha de Investigação de Enfermagem de Família; Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em 26 Maio, 2012 em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (5ªed.). Lisboa: Edições 70.

- Barradas, A. M. C. R. (2008). *Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*. Acedido em 21 Julho, 2010 em Universidade Aberta: <http://hdl.handle.net/10400.2/735>
- Bolander, V. (1998). *Saúde, doença e cuidados de saúde – Conceitos em mudança. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do Apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. e Cramer, B. G. (2007). *A Relação Mais Precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce* (5ª ed.). Lisboa: Terramar.
- Calvetti, P. U.; Silva, L. M.; Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(2), 229-234. Acedido em 26 Maio, 2012 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-7314200800020>
- Caníço, H.; Bairrada, P.; Rodriguez, E. e Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família*, Imprensa da Universidade de Coimbra. Acedido em 24 Abril 2012 em www.mgfamiliar.net/tipfamil.pdf
- Carta da Criança Hospitalizada. Acedido em 13 Setembro, 2011 em Sociedade Portuguesa de Pediatria em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=48>
- Conselho Internacional de Enfermagem, (2006). *Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0*. Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Costa, L. F. e Penso, M. A. (2005). *Pensando sobre famílias numa perspectiva sistémica*. Acedido em 13 Setembro, 2010 em: http://www.cefetpb.edu.br/redeviva/arquivos/palestras/Pensando_familias.pdf
- Council of Europe (2006). *Recommendation Rec (2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Acedido em 4 Janeiro, 2012, em: [URL://https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75)

Couto, F. e Praça, N. (2009). Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Revista de enfermagem da Escola Anna Nery*. Acedido em 07, Novembro 2010, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=

Curley, M.; Bloedel, S. e Moloney, H. (1996). *Critical care nursing of infants and children*. Philadelphia, WB Saunders. Acedido em 22, Agosto 2010 em: <http://www.hadassah-med.com/NR/rdonlyres/>

Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e dificuldades das famílias do doente em UCI. *Revista Nursing*. Nov. 26-30.

Davies, C. (1988). Ele não é mais o meu bebé: Cuidados a ter com a criança gravemente doente e o apoio à família. *Revista Nursing*. 1(4), 37-41.

Diário da República. Decreto-Lei nº 26/87 de 13 de janeiro. *Alimentação gratuita ao acompanhante da criança*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (10), 175-176

Diário da República. Decreto- lei nº 426/99, de 21 de outubro. *Criação do Centro Hospitalar Cova da Beira*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (246), 7052-7053.

Diário da República. Decreto-Lei nº12/2009 de 12 de Janeiro. *Criação da ULS da Guarda*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (7), 231.

Diário da República. Decreto- Lei nº 89/2009, de 9 de abril, *Regime da função pública, direitos de parentalidade*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (70), 2180-2187.

Diário da República. Decreto-Lei nº91/2009 de 9 de Abril. *Licença parental complementar alargada*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (70), 2194-2206.

Diário da República. Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*. Assembleia da República. Lisboa, 1ª série (178), 6254.

Diário da República. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo DLnº 104/98 de 21 de Abril. *Regulamento do exercício para a prática de enfermagem – REPE*. Assembleia da República. Lisboa.

Dias, F. N. (s.d.). *O Processo de Comunicação Autêntica na Relação Familiar: Contributos para uma perspectiva sistémica*. Acedido em 22, Agosto 2010, em: <http://www.sociuslogia.com>

Ferreira, F. e Pinho, P. (2009). *Psicanálise e teoria da Vinculação*. Acedido em 24 de Agosto de 2010 em www.psicologia.com.pt

Ferreira, L. C. (2008). *Co-Construir o tempo: avaliação de um curso de formação parental e parentalidade masculina e positiva em contexto de risco*. Acedido em Dezembro 16, 2011, em Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451//942/2/173355>

Ferreira, M. M. C. e Costa, M. G. F. A. (2010). *Cuidar em Parceria: Subsídio Para a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo*. Acedido em 20 Setembro, 2010, em Escola Superior de Enfermagem de Viseu em: [www.http://www.ipv.pt/](http://www.ipv.pt/)

Ferro, F. O. e Amorim, V. C. O. (2007). As emoções emergentes na hospitalização infantil. *Revista científica de psicologia*; ano I, número 1, Julho, Maceió, Alagoas, Brasil.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão as dimensões envolvidas no processo inicial e vinculação da mãe e do bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica Y de La Salud*, 3(3), 521-539.

Flora, M. (2012). *Vida afetiva e saúde*. Acedido em 15, Janeiro 2012 em: http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/alegria/vid_afe_sau.htm

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gil, A. C (1998). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas SA.

Gomes, A. (2004). *A relação mãe-bebé na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional*. Acedido em 27, Maio, 2010, em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=>

Gomes, C. G.; Trindade, G. P. G. e Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de Pais de Crianças Internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência*. II série, nº 11, Dez.

Grande Enciclopédia Universal (2004). vol.8. Lisboa: Durclub S.A.

Guimarães, G. P. e Monticelli, M. (2007). A formação do Apego Pais / recém-nascido pré termo e /ou de Baixo peso no método Mãe Canguru: Uma contribuição de Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Outubro-Dezembro, 16 (4), 626-635. Acedido em 01, Novembro 2010 em Universidade Federal de Santa Catarina, Florinópolis em: <http://redalyc.uaemex.mx>

Guimarães, H.; Tomé, T.; Virella, D. e Mimoso, G. (2007) - *Nascer Prematuro - Um manual para os Pais dos bebés prematuros*. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1ª ed.). Porto: Atelier Gráfico Lda.

Guimarães, H. e Tomé, T. (2009). *A Neonatologia Portuguesa cada vez mais na Europa*. Acedido em 18, Abril 2012, em Sociedade Portuguesa de Pediatria em: [www.spp.pt/userfiles/File/App/artigos/16/20091026164334_Noticia_Gimaraes%20h_40\(3\).pdf](http://www.spp.pt/userfiles/File/App/artigos/16/20091026164334_Noticia_Gimaraes%20h_40(3).pdf)

Hockenberry, M. e Wilson, J. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). Elsevier Editora Lda

Horta, W. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Hummel, P. e Cronin, J. (2004). *Home care of the high-risk infant*. *Adv Neonatal Care* Dec; 4(6):354-6 Acedido em 06 Novembro, 2010 em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

- Klaus, M. e Kennell, J. (1993). *Pais e Bebés: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança, (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lima, I. A.; Alarcão, M; Almeida, A. T.; et al. (2010), *Avaliação de Intervenções de Educação Parental: relatório 2007/2010*. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Universidade do Porto. Acedido em Maio 24, 2012 em http://www.cnpcrj.pt/preview_documentos.asp?r=3496&m=PDF
- Lindolfo, C. (2010). *Terapia transpessoal e a pirâmide das necessidades emocionais humanas*. Acedido em Novembro 09, 2010 em: <http://carlalindolfo.wordpress.com>
- Lopes, M. S. O. C., Catarino, H., Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e Enfermagem: Revisão sistématica da literatura. *Referência IIIª Série*, nº1. Acedido em 16, Dezembro, 2011 em: www.scielo.oces.metes.pt
- Machado, M. (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Artes Gráficas, Lda.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais nos pós parto*. Porto, Instituto Ciências. Acedido em Maio 29, 2012 em: <http://repositorio.up.pt/aberto/handle/10216/7250>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (7ªed.) São Paulo: Hucitec
- Mittag, B. F. e Wall, M. L. (2004). Pais com filhos internados na UTI Neonatal-Sentimentos e Percepções. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 6(2), 134-145. Acedido em Novembro 11, 2011 em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/8068>

- Molina, R. C. M.; Varela, P. L. R.; Castilho, S. A.; Bercini, L. O. e Marcon, S. S. (2007). Presença da Família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: Visão da Equipa Multidisciplinar. *Revista de Enfermagem da Escola AnnaNery*; 11(3), 437-444. Acedido em Novembro 12, 2011 em: www.scielo.br/
- Nagera, J. A.; Ibor, J. M. L.; Ibor, J. J. L.; Ochoa, E. F. L.; Pinillos, J. L.; Poveda, J. M. e Rojas, E. (1995). *Guia Practica de Psicologia*. (15ª ed.) Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S.A.
- Oliveira, B. R. G. e Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afectivo criança-família. *Revista latino americana de enfermagem*, 7(5), 95-102. Acedido em Novembro 11, 2011 em: <http://www.scielo.br/>
- Palminha, J. M. e Carrilho, E. M. (2002). *Orientação Diagnostica em Pediatria, dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial*. Lisboa: LIDEL, edições técnicas, Lda.
- Pedro, J. G. (1997). *Viver numa Unidade Especiais para Recém-Nascido – Um Risco, Uma Oportunidade*. I Seminário de Neonatologia Porto. Laboratórios Bial, Departamento de Pediatria e Medicina – Hospitais de S. João, 67-73.
- Pinto, M. J. N. (1993). Família é Notícia. *Servir*, 3:1.
- Polit, D. F. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Lda.
- Rabelo, M. Z. S.; Chaves, E. M. C.; Cardoso, M. V. L. M. L. e Sherlock, M. S. M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem* 20 (3), 333-7 Acedido em Maio 31, 2010, em http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf
- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família –Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), 195-216.
- Reis, G. M. R. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar. Acedido em Novembro, 18, 2011 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>

Relvas, A. P. (2004). *O Ciclo Vital da Família* (3ªed.). Porto: Edições Afrontamento.

Sá, E. (1997). *Maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Samorinha, C.; Figueiredo, B. e Cruz, J.M. (2009). *Vinculação pré natal e ansiedade em mães e pais: Impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação*. Psicologia, Saúde e Doenças, vol 10, nº1, Sociedade Portuguesa de Psicologia da saúde, Lisboa. Acedido em Março 22, 2012, em WWW.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36219059002

Shultz, L. F. (2007). *A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho*. Acedido em Maio 31, 2010, em Universidade Guarulhos, em: http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-01-28T104759Z-13/Publico/Lidiane%20Ferreira%20Schultz.pdf

Silva, C. A. M. (2010). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em 20 Fevereiro, 2012 em Universidade do Porto em: <http://repositório-aberto.up.pt>

Silva, R. V. e Silva, I. A. (2009). *A Vivência de Mães de Recém Nascidos Prematuros no Processo de Lactação e Amamentação*. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 13 (1), 108-115 Acedido em 20 Fevereiro, 2012 em www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15.pdf

Spitz, R. (1996). *O primeiro ano de vida* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.

Thomaz, A. C. P.; Lima, M. R. T.; Tavares, C. H. F. e Oliveira, C. G. (2005). *Relações Afectivas Entre Mães e Recém Nascidos A Termo e Pré termo: Variáveis sociais e perinatais*. Acedido em Maio 31, 2010 em Universidade Federal do Rio Grande do Norte em: <http://redalyc.uaemex.mx>

Tuckman, B.W. (2005). *Manual de Investigação em Educação* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Varela, A. (1993). *Direito da família*. (3ªed.). Livraria Petrony.

Viana, V.; Guimarães, H.; Maia, T.; Ramos, M. e Mendes, F. (2005). *Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia*. Acedido em 21 Julho, 2010 em Psicologia, Saúde e doenças em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645->

Whaley, L. e Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. (5ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Xxs- *Associação Portuguesa de Apoio ao bebé Prematuro*. Acedido em 27, Março, 2012, em Sociedade Portuguesa de Neonatologia em: www.xxs-prematuros.com/declara%E7%E30

www.dgtf.pt

www.hsmgarda.pai.pt/

www.min-saud.pt/portal/servicos/prestadoresV2

www.nascerprematuro.org

<http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia2011.aspx>

ANEXOS

ANEXO I

Solicitação e autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados

Pedido de autorização para uso do questionário da Tese de Mestrado em Ciências da Comunicação da Dr^a Alexandra Ramos Barradas, intitulada Parentalidade *na Relação com o Recém-nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*

Ex^a S^a D^a Alexandra Barradas

O meu nome é Ana Isabel Rabasquinho, Enfermeira a exercer funções no serviço de Neonatologia no Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, venho solicitar a sua autorização para utilizar o questionário que utilizou na sua tese de Mestrado, de forma adaptada às minhas necessidades (restruturado), para concretizar a minha tese “Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Unidade de Neonatologia”.

Desde já os meus agradecimentos.

Covilhã, 08 de Novembro de 2010

Ana Rabasquinho

Cara Ana Isabel

Congratulo-a pelo seu projecto e desde já os meus votos de sucesso para o mesmo, o qual me parece muito pertinente e válido no contexto das práticas de enfermagem.

Em resposta ao seu pedido de autorização para utilizar o Questionário, que foi elaborado para a realização da minha Tese de Mestrado – Parentalidade na Relação com o Recém-nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção, é com muito gosto que autorizo, com a certeza que irá desenvolver um excelente trabalho.

Atenciosamente,

Alexandra Maria Carapito Ramos Barradas

Enfermeira Especialista – N. Ordem Enfermeiros: 5-E-02002

ANEXO II

Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Parte I

1- Idade:

Pai _____ Anos (1)

Mãe _____ Anos (2)

2 - Grau de parentesco:

Pai..... (1)

Mãe..... (2)

3 - Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever..... (1)

Sabe ler e escrever mas, não tem o 4º ano de escolaridade.... (2)

Primeiro ciclo (1º ao 4º ano escolaridade)..... (3)

Segundo ciclo (5º e 6º ano escolaridade)..... (4)

Terceiro ciclo (7º ao 9º ano escolaridade) (5)

Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade) (6)

Ensino superior (politécnico ou universitário) (7)

4 - Estado civil:

Solteiro/a..... (1)

Casado/a..... (2)

União de facto (3)

Divorciado/a..... (4)

Viúvo/a..... (5)

5 -Profissão:

Pai _____

Mãe _____

6- Tipo de família:

Nuclear (pai/mãe)..... (1)

Monoparental (pai ou mãe e filhos) (2)

Alargada (Pais, filhos e outros familiares).. (3)

Outra (4) Qual? _____

7 – Número de filhos:

1..... (1)

2..... (2)

3..... (3)

+ de 3..... (4)

8 – Área de residência familiar

Urbana..... (1)

Rural..... (2)

9 - Tipo de Gravidez

Normal..... (1)

De risco..... (2)

Gravidez gemelar.....

Diabetes.....

Hipertensão Arterial (pré-eclampsia)

Hidrâmnios.....

Outra..... Qual? _____

10 –O Sexo do seu bebê era o desejado?

Sim (1)

Não..... (2)

Indiferente..... (3)

11 – Idade gestacional do Recém-Nascido

24 a 28 semanas..... (1)

29 a 32 semanas..... (2)

33 a 36 semanas..... (3)

≥ 37 semanas..... (4)

12 – Peso do bebê ao nascer:

Menos de 1000g..... (1)

1000g a 1500g..... (2)

1500g a 2000g..... (3)

Mais de 2000g..... (4)

13 – Tempo de hospitalização do seu bebê:

Dias _____

Parte II

14 – O que mais o preocupou quando o informaram que o seu filho ficava hospitalizado na unidade de Neonatologia?

15 – Experiências anteriores de hospitalização em unidade de neonatologia:

Nenhuma..... (1)

1..... (2)

2..... (3)

> 2..... (4)

16 – Se houve experiências anteriores de hospitalizações em unidade de neonatologia, estas foram:

Com este filho..... (1) Onde _____
Com outro filho... (2). Onde _____

17 – Sentiu-se bem acolhido pelos profissionais de saúde nesta unidade de Neonatologia?

Sim..... (1)

Não..... (2)

Se respondeu não, refira porquê _____

18 - Assinale o ou os sentimentos que está a viver na relação com o seu bebé:

Aceitação/esperança..... (1)

Segurança/confiança..... (2)

Choque/surpresa..... (3)

Incredibilidade / negação..... (4)

Desespero / impotência..... (5)

Ansiedade / pânico..... (6)

Revolta..... (7)

Tristeza..... (8)

Culpa..... (9)

Medo..... (10)

Sensação de perda / separação..... (11)

Outros..... (12) Quais? _____

19 – Durante o tempo de hospitalização do seu filho, sentiu-se apoiado?

Sim..... (1)

Não..... (2)

20 - Quem lhe prestou esse apoio?

O cônjuge..... (1)

A família..... (2)

Os profissionais de saúde:

Médico..... (3)

Enfermeiro..... (4)

Guia espiritual..... (5)

Outro..... (6) Quem? _____

21- Dos seguintes profissionais da equipe de saúde da unidade, qual ou quais os que melhor contribuíram para esclarecer as suas dúvidas?

Pediatra..... (1)

Enfermeiro..... (2)

Assistente social..... (3)

Assistente operacional..... (4)

Secretária..... (5)

Guia espiritual..... (6)

22 – A informação clínica sobre o seu bebê, durante a hospitalização, foi:

Adequada..... (1)

Clara e esclarecedora..... (2)

Atempada/tardia..... (3)

Inadequada..... (4)

23 – Sentiu que lhe foi facilitada a visita e o apoio de familiares?

Sim..... (1)

Não..... (2) se respondeu não justifique _____

24 – Dos seguintes apoios que o Hospital tem disponíveis, quais os que mais contribuíram de modo a facilitar a hospitalização do seu filho?

- Instalação para os pais..... (1)
Fornecimento das refeições..... (2)
Sala de convívio (sala de televisão) (3)
Capela..... (4)
Outro não mencionado..... (5) Qual? _____

25 – O apoio que tem recebido durante a hospitalização do seu filho:
(assinale a ou as opções que achar que melhor respondem à questão)

- Tem sido fundamental..... (1)
Tem sido insuficiente..... (2)
Transmitiu-lhe tranquilidade/conforto..... (3)
Forneceu-lhe ajuda..... (4)
Sentiu-se acompanhado e orientado..... (5)
Favoreceu a união familiar..... (6)

26 – Quais dos seguintes aspetos o ajudaram a aceitar melhor a hospitalização do seu filho?

- Contacto com pais em situação idêntica (1)
Participação nos cuidados..... (2)
Ir a casa..... (3)
Rezar..... (4)
Ter a visita da família..... (5)
Outra..... (6) Qual? _____

27 – Durante o período de hospitalização do seu filho foram-lhe fornecidas informações/orientações de como colaborar?

- Cuidados de Higiene..... (1)
Alimentação..... (2)
Sono e repouso..... (3)
Vigilância de saúde..... (4)
Segurança..... (5)
Problemas mais frequentes... (6)

28 – Sentiu que estas informações contribuíram para melhorar os cuidados a prestar ao seu filho?

Sim..... (1)

Não..... (2)

29- Se respondeu negativamente à resposta anterior referia quais as informações de que sentiu necessidade e não foram fornecidas.

30– Sentiu que a equipe da unidade de neonatologia deu resposta às suas necessidades emocionais, durante a hospitalização do seu filho?

Sim..... (1)

Não..... (2)

31– Se respondeu negativamente no item anterior refira o que acha que a unidade poderia mudar de forma a satisfazer essas necessidades.

32-Como viveu a experiência da hospitalização do seu filho?

33– O que mais o preocupa neste momento?

Bem-haja pela sua participação

Enf^a Ana Rabasquinho

ANEXO III

Consentimento informado

Consentimento informado

O meu nome é Ana Isabel Oliveira Rabasquinho, enfermeira a exercer funções no serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira. Estou a realizar um estudo no âmbito do Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria sobre “Perceção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira”, cujo objectivo é analisar a perceção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais durante a hospitalização dos seus filhos no referido serviço.

Pretende-se que este estudo venha a permitir recolher dados que orientem a elaboração de planos de intervenção a estes recém-nascidos e às suas famílias. Este trabalho poderá vir a contribuir para a clarificação de dúvidas dos profissionais de saúde em relação à forma como devem organizar os seus cuidados para poderem responder às necessidades e estratégias das famílias durante o internamento hospitalar do recém-nascido e assim promover a relação de ajuda que certamente contribuirá para a melhoria efectiva da qualidade dos cuidados a prestar ao utente neonatal.

A sua colaboração é fundamental pelo que solicito o preenchimento deste questionário.

Por favor leia bem o questionário antes de responder.

Responda preenchendo os espaços em branco e colocando uma cruz no quadrado à frente da pergunta que representa a sua opinião.

As respostas são rigorosamente confidenciais.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Bem Haja

(Ana Isabel Oliveira Rabasquinho)

ANEXO IV

Pedido de autorização e parecer favorável da comissão de ética do CHCB

Exmo. Presidente do Conselho de
Administração
Do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

Ana Isabel Oliveira Rabasquinho, a frequentar o I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA, da Escola Superior de Saúde da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Exa. a permissão para efectuar a aplicação de um questionário aos pais de crianças hospitalizadas na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

O trabalho que se integra na Tese de Mestrado é subordinado ao tema: “Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Unidade de Neonatologia” cujo objectivo é conhecer de que forma as necessidades emocionais dos pais são satisfeitas e as estratégias que eles utilizam para a satisfação das mesmas.

Pretende-se que este estudo venha a permitir recolher dados que contribuam para a clarificação de dúvidas dos pais e ao mesmo tempo orientem a elaboração de planos de intervenção em relação à forma como devem organizar os seus cuidados para poderem responder às suas necessidades emocionais durante a hospitalização do seu recém-nascido.

Aguardamos a resposta de V. Exa.

Pedem deferimento

Covilhã, 2 de dezembro, 2011

A Orientadora

A Investigadora

(Doutora Ana Maria Jorge)

(Ana Isabel Oliveira Rabasquinho)

Dr.ª Rosa Saraiva

Parecer:	Despacho: <i>OK</i> 27.DEZ.2011 <i>autorizado</i> <i>A [assinatura]</i>
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº106/2011-"A Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 110/2011
DE: Núcleo de Investigação	Data 15/12/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Isabel Oliveira Rabasquinho, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde da Guarda, para a realização do projecto de investigação subordinado ao tema: "Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira" a realizar no Departamento da Saúde da Criança e da Mulher deste Centro Hospitalar.</p> <p>Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo. Envio ainda o parecer favorável nº56 /2011, emitido pela Comissão de Ética</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>peço</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

ANEXO V

**Pedido de autorização e aprovação da comissão de ética da ULS da Guarda,
Hospital Sousa Martins**

Exmo. Presidente do Conselho de
Administração

Da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Ana Isabel Oliveira Rabasquinho, enfermeira, a frequentar o I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA, da Escola Superior de Saúde da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Exa. a permissão para efectuar a aplicação de um questionário aos pais de crianças hospitalizadas na unidade de Neonatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda.

O trabalho que se integra na Tese de Mestrado é subordinado ao tema: “Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Unidade de Neonatologia” cujo objectivo é conhecer de que forma as necessidades emocionais dos pais são satisfeitas e as estratégias que eles utilizam para a satisfação das mesmas.

Pretende-se que este estudo venha a permitir recolher dados que contribuam para a clarificação de dúvidas dos pais e ao mesmo tempo orientem a elaboração de planos de intervenção em relação à forma como devem organizar os seus cuidados para poderem responder às suas necessidades emocionais durante a hospitalização do seu recém-nascido.

Aguardamos a resposta de V. Exa.

Pedem deferimento

Covilhã, 2 de dezembro, 2011

A Orientadora

A Investigadora

(Doutora Ana Maria Jorge)

(Ana Isabel Oliveira Rabasquinho)



Exma. Senhora
Professora Doutora
Ana Maria Jorge
Escola Superior de Saúde Guarda
Instituto Politécnico da Guarda
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro nº 50
6300 – 559 Guarda

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

1353

Data,

Guarda, 22/02/12

ASSUNTO: Pedido de realização para efectuar colheita de dados no âmbito do estudo “Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Neonatologia”

Em resposta ao vosso pedido de parecer sobre autorização para efectuar colheita de dados no âmbito da dissertação de Mestrado sobre “Percepção dos pais face à satisfação das suas necessidades emocionais na Unidade de Neonatologia” e de acordo com o parecer da Comissão de Ética de que nada tem a opor, informo que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Ana Manso)

ANEXO VI

Distribuição das respostas à questão: O que mais o preocupou quando o informaram que o seu filho ficava hospitalizado na neonatologia?

Categoria	Subcategoria	Unidades de contextualização
Aceitação/ conformismo	(f) 5 (%) 9,44	<p>“Um pouco preocupada mas sabendo que é para o bem dele.” Mãe do RN corça.</p> <p>“Não fiquei preocupada, confiei nos profissionais de saúde, estava em boas mãos.” Mãe do RN cigarra.</p> <p>“Não me preocupei nada, eu já sabia o que ela ia a fazer.” Mãe o RN aranha.</p> <p>“Já contava com o internamento devido à rotura prematura de membranas.” Mãe do RN pica-pau.</p> <p>“Já estava a contar com o internamento.” Pai do RN pelicano.</p>
Preocupação	Estado de saúde (doença) (f) 27 (%) 50,94	<p>“Se o meu filho tinha algum problema de saúde e se a mãe estava bem.” Pai do RN leão.</p> <p>“A doença do meu filho devia ser muito grave. “Mãe do RN tigre.</p> <p>“O nível de infeção...” Mãe do RN pinguim.</p> <p>“Fiquei muito preocupado com a saúde do meu bebé.” Pai do RN zebra.</p> <p>“...e saber se estava tudo bem com ele. “Mãe do RN macaco.</p> <p>“O estado de saúde dos meus filhos. Pensei que tivessem alguma complicação clínica.” Pai do RN girafa.</p> <p>“O estado de saúde da filha. Para ficar na neonatologia seria muito grave. Pensei que a não iria levar para casa.” Mãe do RN golfinho.</p> <p>“Se teria algum problema e qual poderia ser.” Pai do RN pato.</p> <p>“Saber se estava tudo bem, o seu estado de saúde.” Mãe do RN pantera</p> <p>“O estado de saúde do meu filho. Como iria melhorar.” Pai do RN lince.</p> <p>“Como irá ser tratado, estará muito doente?” Mãe do RN jaguar.</p> <p>“Saber o porquê de ficar hospitalizado. “Mãe do RN leopardo.</p> <p>“Qual seria o seu problema, como estaria de saúde...” Mãe do RN crocodilo</p> <p>“O estado de saúde do bebé. A insegurança face à prestação de cuidados adaptados e adequados ao meu filho prematuro.” Mãe do RN andorinha.</p> <p>“Se tinha algum tipo de infeção mais grave ...” Mãe do RN rouxinol.</p> <p>“O bem-estar dele.” Mãe do RN arminho.</p> <p>“O estado de saúde da minha filha.” Mãe o RN coala.</p> <p>“Saber qual a verdadeira situação clínica do bebé ...” Mãe do RN coruja.</p> <p>“Se ele ia ficar bem. Se tinha algum problema muito grave.” Mãe do RN pavão.</p> <p>“O facto de que quando ficam hospitalizados não é pelas melhores razões. “ Mãe do RN bisonte.</p> <p>“Como reagia, se tinha algum problema.” Mãe do RN formiguinha.</p> <p>“Fiquei muito preocupada. Pensei que o meu filho tivesse problemas muito graves. Agora estou tranquila. Os resultados eram que está bem de saúde.” Mãe do RN abelha.</p> <p>“Qual seria a situação clínica e quais as complicações de um RN prematuro.” Pai do RN borboleta.</p> <p>“A saúde futura o meu bebé.” Pai do RN joaninha.</p> <p>“Se ele ficava bem ou mal, e que a icterícia não aumentasse.” Pai do RN louva-a-deus.</p> <p>“O estado em que ele se encontra. “Pai o RN centopeira.</p> <p>“Saber o que se passava com ele para ir para a unidade de neonatologia.” Mãe do RN escaravelho.</p>
	Separação (f) 4 (%) 7,54	<p>“A separação, o ficar longe de mim.” Mãe do RN panda.</p> <p>“Não ter o 1ª contacto com o meu bebé, nas primeiras horas...” Mãe do RN macaco.</p> <p>“O Não ficar junto a mim. A separação devido á doença.” Mãe do RN jaguar</p> <p>“O facto de ele não estar junto da mãe. No 1º dia ela ficou muito preocupada com isso”. Pai do RN gato.</p>
	Duração da hospitalização (f) 4 (%) 7,54	<p>“A duração do internamento. “Pai do RN veado.</p> <p>“Quanto tempo seria necessário.” Pai do RN lince.</p> <p>“Se tinha algum tipo de infeção mais grave que demorasse a curar.” Mãe do RN rouxinol.</p> <p>“...que demorasse muito tempo a curar.” Mãe do RN rouxinol.</p>
	Sofrimento do bebé (f) 7 (%) 13,21	<p>“O nível de infeção ...e as consequências que podem vir para a sua saúde. “Mãe do RN pinguim.</p> <p>“Quais os procedimentos clínicos que iriam efetuar ao bebé e se sofrerá. “Mãe do RN leopardo.</p> <p>“... como estaria de saúde, se ele estava a sofrer. “Mãe do RN crocodilo.</p> <p>“Tipo de tratamentos que ele iria precisar.” Mãe do RN águia.</p> <p>“A preocupação de que lhe irão meter a sonda de alimentação.” Mãe do RN rola.</p> <p>“... quais os tratamentos a desenvolver e se estes lhe causariam dores.” Mãe do RN coruja.</p> <p>“Fiquei preocupada porque não sabia o que significava <i>Trisia</i>.” Mãe do RN gafanhoto.</p>

	<p>Dúvidas/incertezas nas suas competências (f) 6 (%) 11,33</p>	<p>“As dúvidas sobre o que se passa com a saúde do meu filho.” Pai do RN elefante. “Fiquei muito assustada. Não me tinham preparado para tal. “Mãe do RN urso. “Ficar com a impressão de que algo tinha corrido mal no parto e por conseguinte necessitar de cuidados especiais.”Pai do RN foca. “Se o apoio e a atenção seriam os indicados e suficientes para a sua evolução.”Pai do RN" libelinha. “Não estar psicologicamente preparado para o nascimento prematuro. Receio lidar com a situação. Ter de apoiar o bebé a mãe e a filha mais velha. “Pai do RN papagaio. “Tudo nos passa pela cabeça quando um filho nasce e fica numa incubadora.”Mãe do RN gavião.</p>
--	---	--

ANEXO VII

Distribuição das respostas à questão: Referira o que acha que a unidade poderia mudar de forma a satisfazer essas necessidades.

Categoria	Subcategoria	Unidades de contextualização
<p>Apoio Psicológico</p>	<p>Bem-estar emocional (f) 12 (%) 26,7</p>	<p><i>“Apesar do apoio, a presença e um psicólogo teria sido de mais-valia para mim.”</i> Pai do RN veado.</p> <p><i>“Apesar de todos terem sido excepcionais, a meu ver falta o apoio psicológico a nós.”</i> Pai do RN foca.</p> <p><i>“Para melhorar, o serviço deveria dispor de apoio psicológico para os pais. Ao longo do internamento senti-me muito depressiva, principalmente ao final do dia.”</i> Mãe do RN golfinho.</p> <p><i>“Por muito que a equipe se esforça-se não são psicólogos. A ajuda iria melhorar toda a vivência do internamento.”</i> Pai do RN lince.</p> <p><i>“Foram fundamentais, mas não chegou para me tranquilizar, a ansiedade não desapareceu. Talvez o apoio de um psicólogo melhore-se o meu estado emocional.”</i> Mãe do RN jaguar.</p> <p><i>“Equipe ideal, e totalmente suficiente para dar apoio ao bebé, no entanto as necessidades dos pais foram escoradas.”</i> Pai do RN papagaio.</p> <p><i>“Considero importante a presença de um profissional na área da psicologia, na difícil tarefa de contribuir para o bem estar psicológico e otimismo dos pais.”</i> Mãe do RN andorinha.</p> <p><i>“Embora a equipa de saúde tenha sido muito prestável, um técnico noutra área como a psicologia ajudaria em alguns pontos sensíveis, que me pudesse ouvir, não em termos médicos, mas a nível emocional.”</i> Mãe do RN águia.</p> <p><i>“Apesar do serviço ser excelente, na prestação de cuidados, seria importante incorporar no serviço o apoio e um psicólogo para os pais.”</i> Pai do RN gato</p> <p><i>“As enfermeiras têm algo e especial para o atendimento aos bebés. Em relação a nós pais deveria haver alguém especializado a nível das emoções.”</i> Mãe do RN gavião.</p> <p><i>“Senti falta de acompanhamento a mim mesma. A necessidade de um psicólogo.”</i> Mãe do RN bisonte.</p> <p><i>“Falta de compreensão pela ausência do pai, foi interpretada pela enfermeira como incompetente nos cuidados.”</i> Pai do RN libelinha.</p>

ANEXO VIII

Distribuição das respostas à questão: Como viveu a experiência da hospitalização do seu filho?

Categoria	Subcategoria	Unidades de contextualização
Emoções negativas	Ansiedade (f) 11 (%) 13,04	<p><i>“Com bastante ansiedade e...” Mãe do RN pinguim.</i></p> <p><i>... “sempre a contar os dias para o levar para casa.” Pai do RN veado.</i></p> <p><i>“Com alguma ansiedade e nervosismo...” Mãe do RN leopardo.</i></p> <p><i>“Muita ansiedade inicialmente, mas que gradualmente veio a diminuir.” Pai do RN lince.</i></p> <p><i>“Com uma enorme ansiedade” mãe do RN Jaguar.</i></p> <p><i>“estou muito ansiosa, por não estar com ele. Tenho muita vontade de ir para casa.” Mãe do RN aguia.</i></p> <p><i>“sempre com ansiedade...” Mãe do RN rouxinol.</i></p> <p><i>“Com ansiedade.” Mãe do RN pavão.</i></p> <p><i>“Com ansiedade de saber como ele estava.” Pai do RN centopeira.</i></p> <p><i>“Com bastante ansiedade por não saber se ele melhorava e se curava.” Mãe do RN escravelho.</i></p> <p><i>“No início com alguma ansiedade e receio das eventuais complicações. Pai do RN pelicano.”</i></p>
	Preocupação (f) 10 (%) 11,9	<p><i>“No início preocupado...” Pai do RN leão</i></p> <p><i>“Preocupado inicialmente...” mãe do RN tigre.</i></p> <p><i>“...E muita preocupação.” Mãe do RN pinguim.</i></p> <p><i>“Mais ou menos preocupada com a situação.” Pai do RN zebra.</i></p> <p><i>... “e preocupação” Mãe do RN corça.</i></p> <p><i>“É muita preocupação” Pai do RN girafa.</i></p> <p><i>“Um pouco preocupado, mas sosseguei”... Pai do RN foca.</i></p> <p><i>“...e preocupação. Mãe do RN jaguar.</i></p> <p><i>“...e muita preocupação.” Mãe do RN formiguinha</i></p> <p><i>“Fase de constante preocupação com a sua evolução”. Pai do RN borboleta.</i></p>
	Angústia/medo (f) 7 (%) 8,33	<p><i>“Assustado à entrada, mas...” pai do RN elefante.</i></p> <p><i>Com muita angústia ...Mãe do RN corça.</i></p> <p><i>... “e angústia de saber se vai correr tudo bem”. Pai do RN girafa.</i></p> <p><i>“...estive e estou muito receosa...” Mãe do RN golfinho.</i></p> <p><i>“Angustiosa, dias que custaram muito a passar...” Pai do RN gato.</i></p> <p><i>“Com algum medo, inquietação...” Pai do RN louva-a-deus.</i></p> <p><i>“Inicialmente com receio o que iria acontecer ao meu filho”. Mãe do RN pica-pau.</i></p>
	Stresse (f) 5 (%) 5,95	<p><i>Muito complicada a nível emocional. Com muito stresse. Mãe do RN gavião.</i></p> <p><i>“Com muitos altos e baixos emocionais, stressante. Mãe do RN rouxinol.</i></p> <p><i>Foi com muito stresse e muita preocupação.” Mãe do RN formiguinha.</i></p> <p><i>“sempre com alguma instabilidade emocional, bastante stressante..Pai do RN borboleta.</i></p> <p><i>“Fase complicada, geradora de stresse....” Mãe do RN crocodilo.</i></p>
	Dor/Sufrimento (f) 3 (%) 3,6	<p><i>“Foi bastante complicado por assistir ao sofrimento dele”. Mãe do RN bisonte.</i></p> <p><i>“Com alguma dor e muito sofrimento.” Mãe do RN abelha</i></p> <p><i>“Com ..., sofrimento e esperança.” Pai do RN joaninha</i></p>

	<p>Solidão</p> <p>(f) 2</p> <p>(%) 2,38</p>	<p><i>"Senti-me só, sem ajuda dos profissionais de saúde."</i> Pai do RN papagaio.</p> <p><i>"Só, longe de tudo, devido ao trabalho."</i> Pai do RN libelinha.</p>
	<p>Impotência</p> <p>(f) 2</p> <p>(%) 2,38</p>	<p><i>"Difícil de gerir, porque foi uma gravidez tranquila sem motivos aparentes para tudo o que está a acontecer."</i> Mãe do RN gavião.</p> <p><i>"Não poder fazer nada...complicado por assistir ao sofrimento dele."</i> Mãe do RN bisonte.</p>
	<p>Tristeza</p> <p>(f) 1</p> <p>(%)1,2</p>	<p><i>"De tristeza, por me separar dele."</i> Mãe do RN Rola.</p>
	<p>Falta de preparação</p> <p>(f) 1</p> <p>(%) 1,2</p>	<p><i>"Nunca se está preparada para o nascimento de um filho prematuro. Há sempre dúvidas de como fazer as coisas e de como agir perante todos os obstáculos, que surgem ao longo do caminho."</i> Mãe do RN crocodilo.</p>
	<p>Culpa</p> <p>(f) 1</p> <p>(%)1,2</p>	<p><i>"Culpabilizando-me. Mas com o passar dos dias as enfermeiras conversaram comigo e sobretudo ensinaram-me como cuidar a minha filha"</i> Mãe do RN coala.</p>
Emoções positivas	<p>Conforto/ Tranquilidade</p> <p>(f) 10</p> <p>(%)11,9</p>	<p><i>"Bem, sinto-me tranquila."</i> Mãe do RN panda.</p> <p><i>"...Mas com as informações fui ficando mais tranquila."</i> Mãe do RN tigre.</p> <p><i>... "após esclarecimento sobre o que se passava, senti... conforto e tranquilidade."</i> Pai do RN elefante.</p> <p><i>"Com tranquilidade, para a qual contribuíram as informações veiculadas pelos profissionais e saúde."</i> Mãe do RN andorinha.</p> <p><i>"Bem, e fazer com que eu e o meu filho estejamos bem sem pressas. O importante é a saúde do meu filho."</i> Mãe do RN arminho.</p> <p><i>"Mas com o passar dos dias as enfermeiras conversaram comigo, tranquilizando-me e sobretudo ensinaram-me como cuidar a minha filha."</i> Mãe do RN coala.</p> <p><i>"Vivi bem, com a ajuda dos enfermeiros."</i> Mãe do RN gafanhoto.</p> <p><i>"De forma tranquila".</i> Mãe do RN cigarra.</p> <p><i>"Bem, estável"</i> mãe do RN aranha.</p> <p><i>"...ao longo do internamento foi-se minimizando e aceitando de forma mais calma e tranquila".</i> Mãe do RN pica-pau.</p>
	<p>Experiencia Nova/enriquecedora</p> <p>(f) 7</p> <p>(%) 8,33</p>	<p><i>"com o tempo e as informações que me chegavam através das enfermeiras, a experiência tornou-se muito educativa"</i> Pai do RN leão.</p> <p><i>"Foi uma experiencia nova... a vida muda completamente."</i> Pai do RN girafa.</p> <p><i>"Muito difícil no início, muito enriquecedor no final. Aprendi muito."</i> Mãe do RN urso.</p> <p><i>"Uma aprendizagem, aprendi muito com todos os profissionais deste serviço. Enriqueceu-me como mãe."</i> Mãe do RN golfinho.</p> <p><i>"Experiencia facilitada pelo apoio da equipa".</i> Mãe do RN pantera.</p> <p><i>"Agradeço o apoio, contribui muito."</i> Pai do RN lince.</p> <p><i>"Experiencia nova, muito válida".</i> Mãe do RN águia.</p>
	<p>Esperança</p> <p>(f) 6</p>	<p><i>"Tentei logo de início concentrar-me no lado positivo da situação,"</i> Pai do RN veado.</p> <p><i>"Com esperança de que iria correr tudo bem..."</i> Mãe do RN macaco.</p>

	(%) 7,14	<p>“...que foi passando a esperança à medida que as coisas foram evoluindo.” Mãe do RN leopardo</p> <p>“mas também com fé de que iria correr tudo da melhor forma.” Mãe do RN rouxinol.</p> <p>“Mas também muita esperança”.. Mãe do RN abelha</p> <p>“Cada dia é importante para o seu desenvolvimento e repleta de emoções. Cada dia uma esperança,... mas sempre com alguma instabilidade emocional”. Pai do RN borboleta.</p>
	<p>Confiança</p> <p>(f) 6</p> <p>(%)7,14</p>	<p>“...senti uma grande confiança...” Pai do RN elefante</p> <p>“...Contribuíram para ficar confiante.” Mãe do RN golfinho.</p> <p>“Com confiança, com calma, segura, ...pois sabia que o meu filho estava a ser bem acompanhado.” Mãe do RN coruja.</p> <p>...”Com o passar dos dias as enfermeiras, conversaram comigo, ajudaram-me a cuidar da minha filha , deram-me confiança.” Mãe do RN coala.</p> <p>“...Tenho confiança nos profissionais que cuidam dele.” Mãe do RN pica-pau</p> <p>“Logo de inicio confiei na equipe,...tentei concentrar-me no lado positivo da situação...” Pai do RN veado.</p>
	<p>Alívio/aceitação</p> <p>(f) 5</p> <p>(%) 5,95</p>	<p>“Alívio ao aperceber-me do profissionalismo da equipa. Foram todos profissionais e muito humanos.” Pai do RN foca.</p> <p>“Desta forma foi vivida com calma, alívio e aceitação.” Mãe do RN pantera.</p> <p>“...e aliviada, pois sabia que o meu filho estava a ser bem acompanhado.” Mãe do RN coruja.”</p> <p>“...mas com o passar do tempo tudo foi melhorando.” Pai do RN pelicano</p> <p>“Já contava, por ter nascido pequenino.” Mãe do RN aranha.</p>
	<p>Alegria/felicidade</p> <p>(f) 3</p> <p>(%)3,6</p>	<p>“...e com alegria.” Pai do RN louva-a-deus.</p> <p>“...apesar de tudo, não deixo de me sentir feliz por ser pai.” Pai do RN borboleta.</p> <p>“...além de sentir alguma alegria em ser mãe....” Mãe do RN cigarra.</p>
	<p>Segurança</p> <p>(f) 2</p> <p>(%) 2,38</p>	<p>“...mas o tempo que ficou na unidade, senti sempre segurança”. Pai do RN pato</p> <p>“...segura... porque sabia que o meu filho estava a ser bem acompanhado. “Mãe do RN coruja.</p>
	<p>Orgulho</p> <p>(f) 2</p> <p>(%)2,38</p>	<p>“...E muito orgulhosa.” Mãe do RN abelha.</p> <p>“Com orgulho, sofrimento e esperança.” Pai do RN joaninha.</p>

ANEXO IX

Distribuição das respostas à questão: O que mais o preocupa neste momento?

Categoria	Subcategoria	Unidades de contextualização
Alta clínica	<p>Preocupação com a manutenção da saúde</p> <p>(f) 31</p> <p>(%) 60,79</p>	<p>“Como vai reagir em casa”. Pai do RN leão</p> <p>” como vai reagir nos próximos tempos. Mãe do RN tigre.</p> <p>“As dificuldades da mãe a realizar a amamentação.” Pai do RN elefante.</p> <p>“...o estado de saúde do meu filho” refere o pai do RN zebra.</p> <p>“O estado de saúde das minhas filhas.” Pai do RN girafa.</p> <p>“A saúde futura do meu bebê.” Pai do RN foca.</p> <p>“...Se a minha filha está bem...se daqui para a frente vai continuar tudo bem.” Mãe do RN golfinho.</p> <p>“Que corra tudo bem com ele.” Pai do RN pato.</p> <p>“A ida para casa com o meu filho, estará tudo bem?” Pai do RN lince</p> <p>“Ficar bem e não voltar a adoecer.” Mãe do RN andorinha.</p> <p>“A total recuperação do meu filho. Quais as suas necessidades”. Mãe do RN crocodilo.</p> <p>“Como o meu filho vai reagir em casa. Não tenho acompanhamento de enfermagem.” Pai do RN lobo.</p> <p>“Saber se o bebê continua a crescer bem e de forma saudável.” Pai do RN gato.</p> <p>“que cresça bem para não ser hospitalizado outra vez.” Mãe do RN rola.</p> <p>“O bem estar o meu filho, o que tem e porquê.” Mãe do RN gavião.</p> <p>“São as constipações e o frio que está na rua e como vou protege-lo”. Mãe do RN rouxinol.</p> <p>“Ao sair, se ele vai continuar na sua evolução. São dívidas que aparecem” Mãe do RN arminho.</p> <p>“O que mais me preocupa é se volta a adoecer.” Mãe do RN coala.</p> <p>“Saber se a partir de agora vai tudo correr melhor”. Mãe do RN bisonte.</p> <p>“Como vai evoluindo”. Mãe do RN formiguinha.</p> <p>“Que tudo continue bem depois a recuperação o meu bebê.” Mãe do RN gafanhoto.</p> <p>“A evolução da minha filha.” Pai do RN libelinha.</p> <p>“Que nos corra tudo bem.” Mãe do RN cigarra.</p> <p>“Que venha a ter alguma doença”. Mãe do RN aranha.</p> <p>“Que a saúde do meu filho seja boa e o seu futuro também.” Mãe do RN abelha.</p> <p>“A evolução diária, com uma preocupação constante com os exames e com desenvolvimento do RN.” Pai do RN borboleta.</p> <p>“O futuro do meu filho.” Pai do RN joaninha.</p> <p>“Se está tudo bem com o meu bebê, que no futuro tudo corra bem.” Pai do RN louva-a-Deus.</p> <p>“ A sua recuperação ” Pai do RN centopeira.</p> <p>“Que ele fique bem e que não torne a adoecer quando for para casa.” Mãe do RN escaravelho.</p> <p>“Se o meu filho está a desenvolver-se bem a nível físico e neurológico.” Mãe do RN pica-pau.</p>
	<p>Insegurança</p> <p>(f) 6</p> <p>(%) 11,76</p>	<p>“ Insegurança na prestação dos cuidados mais adequados ao meu filho, foi gradualmente esbatida pela forma como me esclareceram e aconselharam nesta unidade.” Mãe do RN andorinha.</p> <p>“...ele ser tão pequenino e saber como reagirá a todos nós.” Mãe do RN águia.</p> <p>“... insegura e se volta a adoecer,?” Mãe do RN coala.</p> <p>“ Não tenho acompanhamento de enfermagem.” Pai do RN lobo</p>

		<p><i>“O fato de ao sair da unidade de neonatologia ter de começar a prestar os cuidados necessários sem ajuda”.</i>Mãe do RN pinguim.</p> <p><i>“Como resolver tudo isto em casa”</i> Mãe do RN gavião.</p>
	<p>Competências</p> <p>(f) 10</p> <p>(%) 19,61</p>	<p><i>“Levar o meu bebê para casa e cuidar dele.”</i>Mãe do RN corça.</p> <p><i>“...ao ir para casa, conseguir lidar com todas as necessidades do bebê.”</i>Mãe do RN macaco.</p> <p><i>“Conseguir gerir toda a minha vida à volta delas e estar à altura disso”.</i>Pai do RN veado.</p> <p><i>“...Se serei capaz de cuidar dele sózinha em casa.”</i>Mãe do RN urso.</p> <p><i>“A ida para casa com o meu filho. Serei um pai capaz?”</i> Pai do RN lince</p> <p><i>“Se vou estar à altura da responsabilidade”.</i> Pai do RN girafa.</p> <p><i>“Ter a tranquilidade e a sabedoria necessária para prestar cuidados ao meu filho.”</i>Mãe do RN leopardo.</p> <p><i>“Como cuidar de forma correta para que não adoça e seja saudável.”</i> Mãe do RN jaguar.</p> <p><i>“Estar suficiente preparado para apoiar a família. Ser o pai é ter sempre resposta e solução, e será que sou capaz de tomara as atitudes e dar as respostas certas?”</i>Pai do RN Papagaio.</p> <p><i>“Dar os medicamentos ao meu filho em casa.”</i>Mãe do RN pavão.</p>
	<p>Confiança/ autonomia</p> <p>(f) 4</p> <p>(%) 7,84</p>	<p><i>“Nada.”</i>Mãe do RN panda</p> <p><i>“Nada me preocupa”.</i> Mãe do RN coruja.</p> <p><i>“Se existe a possibilidade de voltar a adoecer, mas vou estar preparada para reagir de outra forma, com confiança.”</i>Mãe do RN pantera.</p> <p><i>“Nada, estou confiante que vou ser bom pai.”</i>Pai do RN pelicano.</p>