



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**As Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da
Vinculação Mãe/Bebé Prematuro**

Bárbara Susana Clímaco Rebelo

Guarda

2013



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**As Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da
Vinculação Mãe/Bebé Prematuro**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Autor: Bárbara Susana Clímaco Rebelo

Orientador: Professora Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra

Guarda

2013

ABREVIATURAS

Enf. – Enfermeiro

Et al. – Et alli

SIGLAS E ACRÓNIMOS

EACH – European Association for Children in Hospital

EDIN – Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né

EPE – Entidade Pública Empresarial

HSM – Hospital de Santa Maria

ICNH – Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

UNICEF – The United Nations Children’s Found

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

AGRADECIMENTOS

Às minhas figuras de vinculação, efetivas fomentadoras de apoio e afeto, a minha Família, em especial à Inês que me acompanhou durante grande parte deste processo, permitindo-me sentir na primeira pessoa, como a vinculação com um filho revela o melhor de nós enquanto seres humanos.

Aos meus Amigos, fontes de incentivo, carinho e paciência.

Ao Carlos Fernandes pelo estímulo e auxílio bussolar precioso.

À Professora Paula Pissarra pela amizade e orientação que permitiram a concretização deste trabalho.

À Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Santa Maria, por toda a colaboração e pela atenção com que me acolheram, em especial à Sr^a Enfermeira Chefe Ana Sequeira pela cooperação e disponibilidade, sem os quais este estudo não seria uma realidade.

A Todos o meu sincero agradecimento!

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caraterísticas da Equipa de Enfermagem UCIN - HSM.....	54
Quadro 2 - Importância da vinculação na prática de enfermagem	55
Quadro 3 - Transmissão da informação necessária aos pais	57
Quadro 4 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Comunicação .	57
Quadro 5 - Demonstração dos cuidados à mãe do bebé prematuro.....	59
Quadro 6 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Ensino de Cuidados	59
Quadro 7 - Participação integrada enfermeiro/mãe do bebé prematuro	60
Quadro 8 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Participação Integrada	61
Quadro 9 - Supervisão dos cuidados à mãe do bebé prematuro	62
Quadro 10 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Supervisão de Cuidados	62

RESUMO

Nos dias de hoje, constata-se uma significativa diminuição da mortalidade e morbidade neonatal dos bebés pré-termo. O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento cada vez mais comum, sendo a sua viabilidade cada vez maior (Oliveira *et al.*, 2008). Esta realidade resulta essencialmente do avanço científico e tecnológico, demonstrado na incrementação de diagnósticos e tratamentos mais eficazes. No entanto, não se deve descurar o bem-estar psicoafectivo presente e futuro destes bebés, e da sua unidade familiar, pois a realidade que está inerente a todo o processo de prematuridade de um filho engloba um risco acrescido de distanciamento dos pais, devido ao elevado sofrimento que estes experimentam, fator que condiciona o estabelecimento da relação de apego precoce pais/bebé.

O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto implica obrigatoriamente alterações no processo de vinculação, uma vez que o contacto entre os mesmos fica comprometido. Assim sendo, a equipa de saúde em geral, e a equipa de enfermagem em particular assumem um carácter fundamental na implementação de ações que minimizem esta dificuldade de estabelecer a díade mãe/prematuro, no contexto do vínculo afetivo.

Assim, através da aplicação do questionário como método de recolha de dados e a respetiva análise e tratamento dos mesmos, foi possível conhecer as estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/bebé prematuro na UCIN, HSM, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Assim, em relação à dimensão comunicação, as estratégias utilizadas são: a comunicação oral (100%) e escrita (76,92%), a demonstração (38,46%), a escuta ativa (34,62%) e o feedback (19,23%). Na dimensão ensino de cuidados chegou-se às seguintes estratégias: explicar (92,30%), supervisionar (76,92%) e motivar (19,23%). As estratégias presentes na dimensão participação integrada consistem em explicar/incentivar (100%), reforçar (65,38%), apoiar (42,30%) e negociar (19,23%). Por último, a dimensão supervisão de cuidados levou às estratégias: prestar atenção e clarificar (76,92%), solucionar problemas (50%) e orientar (26,92%).

Pode afirmar-se, que a equipa de enfermagem assume um papel basilar na promoção do vínculo mãe/prematuro durante o internamento do bebé Hockenberry *et al.* (2006:249) referem que o “... vínculo materno é um processo cumulativo que se inicia antes da conceção, fortalece-se por momentos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto mãe-filho durante o período neonatal e a primeira infância.” Pelo que a equipa de enfermagem pode instituir-se de forma decisiva na promoção da vinculação, através das estratégias de parceria descritas.

ABSTRACT

Today we see a significant decrease in neonatal mortality and morbidity of preterm infants, the birth of a premature infant is an increasingly common occurrence, and its viability is rising (Oliveira *et al.*, 2008). This situation results primarily from the scientific and technological advancement, demonstrated in scaled up diagnosis and in more effective treatments. However, one should not neglect the present and future psycho-emotional welfare of these babies, or of their family, because the reality that is inherent in the process of preterm birth of a child involves a risk of separation from parents, due to the intense suffering they experience, a factor which affects the establishment of the early parent / child attachment.

The breakup of the child / parents bond immediately after birth necessarily implies changes in the binding process, since the contact between them is compromised. The health team in general and nursing staff in particular assume a fundamental character in the implementation of actions to minimize the difficulty of establishing the mother / premature dyad, in the context of emotional bond.

Thus, by applying the questionnaire as a method of data collection and the respective analysis and processing of data was possible to know the strategies of the nursing team in the promotion of linkage parent / premature baby in the UCIN, HSM, North Lisbon Hospital Centre, EPE. In relation to the communication dimension, the strategies are: oral communication (100%) and writing (76.92%), demonstration (38.46%), active listening (34.62%) and feedback (19,23%). In the teaching dimension of care appeared the following strategies: explain (92.30%), oversee (76.92%) and motivate (19.23%). The strategies present in the dimension of integrated participation consist: explain/promote (100%), reinforce (65.38%), support (42.30%) and negotiate (19.23%). Finally, the dimension of care supervision led to the following strategies pay attention and clarify (76.92%), solving problems (50%) and guide (26.92%).

We can say that the nursing team assumes a basic role in the promotion of the mother / premature bond during the infant hospitalization Hockenberry *et al.* (2006:249) refers that "...the maternal bond is a cumulative process that begins before the conception, gets stronger in significant moments of the pregnancy and matures with the contact between mother and child during the neonatal period and the first infancy." The nursing team can institute themselves in a decisive form the promotion of the linking, through the partnership strategies described.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO	14
1. O PROCESSO DE VINCULAÇÃO	15
1.1 – FASES DO PROCESSO DE VINCULAÇÃO	20
1.2 – PADRÕES DE VINCULAÇÃO	23
2. A VINCULAÇÃO E A PREMATURIDADE	26
2.1 – PERSPETIVA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	28
2.2 – PERSPETIVA DOS PAIS	33
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO	41
1. VARIÁVEIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	43
2. POPULAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	46
3. MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS DE INVESTIGAÇÃO	48
CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO	52
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO	53
1.1 CARATERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	53
1.2 ANÁLISE DOS DOMÍNIOS: COMUNICAÇÃO, ENSINO DE CUIDADOS, PARTICIPAÇÃO INTEGRADA E SUPERVISÃO DE CUIDADOS	55
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO	64
CONCLUSÕES	68
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXO 1 – Autorização para a implementação do Instrumento de Colheita de Dados (Questionário)	81
APÊNDICE 1 – Questionário	82
APÊNDICE 2 – Quadros representativos da totalidade das unidades de registo de acordo com as dimensões estudadas	83

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste numa Dissertação em Enfermagem, subordinado ao tema **As Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da Vinculação Mãe/Bebé Prematuro, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**, sob a orientação da Professora Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra, englobado no programa curricular do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, lecionado na Escola Superior de Saúde da Guarda - Instituto Politécnico da Guarda.

A enfermagem é vista como uma ciência dedicada ao cuidado do Homem em todas as suas dimensões: espiritual, mental e física. Neste sentido, deve reconhecer-se a evolução e dinâmica constantes na profissão de enfermagem, na tentativa de servir melhor a humanidade, bem dentro do espírito e doutrina da pioneira Florence Nightingale, que na época afirmava que os enfermeiros devem fazer o possível para manter e elevar o nível científico e técnico, assim como o ideal humano na sua profissão (Florence Nightingale - Publicado por Riverside Press, 1871).

Verifica-se uma significativa diminuição da mortalidade e morbidade neonatal dos bebés pré-termo. O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento cada vez mais comum, sendo a sua viabilidade cada vez maior (Oliveira *et al.*, 2008). Esta realidade resulta essencialmente do avanço científico e tecnológico, demonstrado na incrementação de diagnósticos e tratamentos mais eficazes. No entanto, não se deve descuidar o bem-estar psicoafectivo presente e futuro destes bebés e da sua unidade familiar, pois a realidade que está inerente a todo o processo de prematuridade de um filho engloba um risco acrescido de distanciamento dos pais, devido ao elevado sofrimento que estes experimentam, fator que condiciona o estabelecimento da relação de apego precoce pais/bebé.

Segundo Figueiredo, B. (2002) os primeiros momentos e os contatos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar do bebé, esta ideia é corroborada pelos diversos estudos realizados por Kennel, Trause e Klaus (1975) que resultaram de experiências realizadas com mamíferos, em que se verificou que quando não existia nenhum contato logo a seguir ao parto, a mãe rejeita a cria, pelo que os autores citados defendem a existência de um “período crítico” ou “sensível” para o estabelecimento da resposta emocional da mãe ao bebé, nos momentos imediatos ao parto. Assim, Robson e Kumar (1980), por exemplo, revelaram que cerca de 40% das mães primíparas e 25% das mães múltíparas da amostra que estudaram

sentiram uma certa indiferença para com o bebé quando pegaram nele nos braços pela primeira vez. As mães referiram ainda que a sua afeição pelo filho demorou alguns dias a instaurar-se, sobretudo nos casos em que o parto fora muito difícil ou doloroso. Por outro lado, um estudo realizado por Figueiredo, B.; Costa, R.; Pacheco, A. (2002) com uma amostra de 100 mães primíparas, verificou que, 3 a 5 dias após o parto, é reduzido o número de mães que não tem sentimentos (7.6%), está zangada (9.3%), desiludida (5.6%) ou triste (13.1%) com o bebé, sendo que a maior parte sente muita afeição (72%) e está muito contente (72.9%) com o seu filho. Assim, inúmeros estudos confirmam que a ligação afetiva da mãe ao bebé estabelece-se progressivamente e em estreita relação com o desenvolvimento das competências do bebé para se mostrar um ser eminentemente social e afetivo, ou seja, em estreita relação com a ligação afetiva do bebé à mãe (Figueiredo, B., 2002).

As crianças que nascem prematuramente necessitam frequentemente, para sobreviverem, de serem assistidas numa unidade de cuidados intensivos neonatais, onde os cuidados são adequados às suas necessidades, mas esta condicionante implica a separação dos seus pais imediatamente após o nascimento. A permanência nestes serviços hospitalares pode ser por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe assegura contingentemente a vida, lhe é também hostil, pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetida, assim como pela privação afetiva a que é sujeita. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto implica obrigatoriamente alterações no processo de vinculação uma vez que o contato entre os mesmos fica comprometido. Citando Sá, E. (1992:34) "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...". Os autores de outros estudos sobre a vinculação afirmam que logo a seguir ao parto, existe um período ótimo à ligação afetiva da mãe ao bebé e ocorrem "um grande número de interações recíprocas...que determinam o futuro da ligação afetiva mãe-bebé" (Kennell *et al.*, 1975:88). Estes estudos mostraram que o intercâmbio inicial entre a mãe e o bebé, estabelecido durante o período que se segue ao parto, através da amamentação ou do contacto corpo a corpo, tem efeitos positivos e duradouros, nomeadamente na qualidade futura dos cuidados e do envolvimento materno (Figueiredo, 2002).

Assim sendo, a equipa de saúde em geral e a equipa de enfermagem em particular, assumem um carácter fundamental na implementação de ações que minimizem esta dificuldade de estabelecer a díade mãe/prematuro, no contexto do vínculo afetivo. Deste modo, considera-

se o tema bastante atual e pertinente, pois fomenta a importância da humanização de cuidados, numa era balizada pelo progresso tecnológico, na qual o contexto de bem-estar emocional, nem sempre se demarca com a verdadeira relevância, referindo Gomes Pedro, (1997:71) "Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra ai e ai tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver...".

A investigação assume um aspeto relevante no desenvolvimento da ciência, nomeadamente da Enfermagem, uma vez que nos permite avançar a par das descobertas permanentes da evolução científica, procurando servir melhor a humanidade.

Deste modo, a investigação, como ciência metódica e organizada, impõe a necessidade de se desenvolver, de acordo com uma estrutura preconizada por diversas fases que constituem todo o processo de investigação. Neste âmbito, como etapa inicial do referido processo, surge a determinação do domínio do estudo, de acordo com a formulação de ideias e com o intuito de alcançar uma conceção orientada e coerente da temática que pretendemos abordar. Segundo Fortin (2003:39), "a delimitação do problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender...".

Após realizar uma pesquisa científica, e perfilhando Polit e Hungler (2004:33), segundo a qual "a pesquisa científica está quase sempre preocupada com fenómenos abstractos...", a orientação do estudo foi no sentido de um conceito que se considera pertinente e de interesse preciso – A Vinculação Mãe/Bebé prematuro. E, como a Enfermagem é, sem equívocos, a nossa área de estudo de base, e a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a nossa área de estudo específica, fazia todo o sentido associá-la ao conceito anteriormente definido, resultando assim, o domínio do nosso estudo – **As Estratégias da Equipa de Enfermagem da UCIN, HSM, na Promoção da Vinculação Mãe/Bebé Prematuro.**

A escolha deste campo de interesse surgiu de acordo com a recorrência a um conjunto de fontes, que se interligaram e suscitaram em nós, inicialmente, a curiosidade e, posteriormente, a vontade de desenvolver esta temática, na tentativa de contribuir de algum modo para colmatar alguma brecha nesta problemática e enquadra-se no conceito de Fuller (1982), citado por Fortin (2003:49) "Os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte importante de domínios a explorar". Pois, diversos estudos revelam que "Alguns dos procedimentos neonatais são essenciais para a

vitalidade do recém-nascido, mas a separação mãe-bebé pode desencadear prejuízo ao início do apego e deixar escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo” (Rosa *et all*, 2009:110), esta separação, relacionada com a ida do recém-nascido para outro ambiente, a fim de receber cuidados profissionais, deixa a mãe em estado emocional tenso, ainda que ela concorde, sem questionar (Guimarães, 2006), neste sentido interessa estudar esta problemática.

As diversas observações e experiências pessoais que se desenvolveram no âmbito da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, associadas às variadas formações académicas (aulas escolares, conferências, jornadas, fóruns, simpósios, debates, palestras), bem como a experiência e conhecimentos adquiridos no decorrer dos momentos pedagógicos que se instituíram no curso de mestrado citado, contribuíram para que pudéssemos constatar que a vinculação Mãe/Bebé Prematuro assume um carácter relevante no panorama da saúde atual e no desenvolvimento futuro destas crianças.

Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto fundamental para a concretização e desenvolvimento do mesmo, um momento único e mágico, como refere (Brazelton, 1995). Face a esta constatação, a equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados ao bebé pré-termo, deverá integrar os pais no seu seio e na prestação de cuidados ao mesmo, envolvendo-os na assistência ao seu filho, para que possam, segundo Klaus e Kennell (2000), continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar.

No entanto, o domínio que orienta este estudo é extremamente vasto e, por vezes, ambíguo, pelo que a necessidade em delimitá-lo é preponderante, para que possa precisar o enunciado da nossa questão de investigação. Esta delimitação não se processou de forma linear e objetiva. Ao invés, foram muitas as dúvidas que povoaram a nossa decisão, pois afiguravam-se-nos diversas vertentes de estudo. Porém, após uma ponderação profunda, constatou-se que seria pertinente circunscrever as estratégias que a equipa de enfermagem de uma unidade de neonatologia considera essencial para a promoção da vinculação Mãe/Prematuro.

Deste modo, a questão de investigação corresponde em saber:

Quais as estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação Mãe/Bebé Prematuro, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE?

De acordo com Fortin (2003:51), “Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-

alvo e sugere uma investigação empírica”. Assim sendo, é possível constatar que a questão levantada se enquadra no II nível de conhecimento, pelo facto de comportar os conceitos Estratégias de Enfermagem – Vinculação Mãe/Bebé Prematuro, sendo a proposta deste trabalho desenvolver um estudo de investigação descritivo, ou seja, descrever e analisar as relações mútuas entre os conceitos anteriormente citados.

O objetivo que orienta este estudo consiste em **descrever as estratégias implementadas pelos enfermeiros da equipa da UCIN do HSM, que contribuem para a vinculação mãe/bebé prematuro.**

Deste modo, a concretização do argumento de trabalho poderá encontrar soluções para a questão proposta, com o intuito de alcançar uma situação desejável, ou seja, contribuir para melhorar as ações de enfermagem que promovem a vinculação mãe/prematuro.

Pelo facto do estudo ser um documento extenso, a sua estrutura engloba três capítulos principais, cada uma contendo diversos capítulos e subcapítulos, designadamente:

- Capítulo I - Enquadramento Teórico de Investigação;
- Capítulo II- Enquadramento Metodológico de Investigação;
- Capítulo III – Resultados e Discussão de Investigação

Para que a sua realização fosse possível recorreu-se a várias fontes de informação, nomeadamente pesquisa bibliográfica e informática e colheita de informação junto dos profissionais de saúde relacionados com a análise. Deste modo, espera-se, que o presente estudo seja elucidativo e contribua para elevar o nível científico da nossa profissão.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO

A fundamentação teórica pretende fornecer um conjunto de informações lógicas, coerentes e fundamentais para a investigação do problema em apreço, no sentido de permitir a ordenação dos conceitos e o estabelecimento das suas inter-relações, orientando-os de forma a perceber o fenómeno em estudo. Esta fundamentação teórica resulta da recorrência a um quadro de referência, pois, segundo Burns e Grove (1993), citados por Fortin (2003:93), “O quadro de referência é uma estrutura abstrata, lógica que permite ao investigador ligar o conjunto dos documentos num domínio ou num campo de conhecimentos”.

De acordo com o estudo em análise, pretende-se, através da bibliografia consultada, desenvolver uma explicação provável sobre a relação entre os principais conceitos em estudo, ou seja determinar as intervenções de enfermagem, no âmbito das estratégias promotoras do estabelecimento da vinculação mãe/prematuro, na UCIN do HSM. Deste modo, a abordagem inicial corresponde à temática da vinculação e posteriormente, as ações de enfermagem facilitadoras deste processo, no sentido de fomentar uma dinâmica contígua entre ambos os temas.

1. O PROCESSO DE VINCULAÇÃO

A vinculação consiste numa temática atual e pertinente edificando-se em diversas abordagens de estudos de carácter científico, no entanto nem sempre foi esta a realidade. A origem da teoria da vinculação remonta à década de 60 com as observações ocasionais e mais tarde sistemáticas, realizadas por J. Bowlby e os seus colaboradores, sobre os efeitos da privação de cuidados parentais no desenvolvimento de crianças institucionalizadas. Bowlby nos estudos realizados em 1969/1982 e publicados em 2002 levanta a hipótese de que as trajetórias desadaptativas, que observava em muitos dos jovens institucionalizados estariam relacionadas com a falta de cuidados maternos.

Assim, pode-se definir **vinculação** como um o processo pelo qual o indivíduo estabelece uma ligação afetiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos (Ainsworth, 1989). Bowlby (1969/1982) concebeu a ligação mãe-filho como “...uma disposição de carácter instintivo, esta ligação exprime-se, em termos comportamentais, através de uma variedade de respostas cuja consequência previsível será de criar ou manter situações de proximidade com a mãe (...) o colo, o sorriso o chamar e o choro...” (Fuertes e Santos, 2003:43). Citando Bayle e Martinet (2008:30) “Para Bowlby (1958/1989), o modo como a criança se vincula à mãe é o espelho da interação da mãe com ela. A vinculação segura leva à auto-estima, autonomia e intimidade...”.

No sentido de tornar esta definição mais explícita, pensa-se que seria pertinente desenvolver alguns pressupostos, que corroboram a fundamentação da teoria da vinculação e que têm origem na biologia evolucionista e na abordagem dos sistemas de controlo. Deste modo, Bowlby (1969/1982 em 2002) alicerçando-se nestas disciplinas, afirma que a vinculação é um sistema comportamental instintivo, ou seja, a apetência para o ser humano se vincular a alguém tem essencialmente uma origem biológica.

Deste modo, à semelhança do que se observa noutras espécies animais, nomeadamente primatas superiores, a formação desta ligação afetiva constitui um fator basilar para a sobrevivência da espécie, uma vez que a cria humana é demasiado imatura para se defender autonomamente das adversidades do meio, pelo que a proximidade a um elemento da mesma espécie, adulto, mais forte e competente seria essencial para garantir a sua sobrevivência (Bowlby, 1969/1982 em 2002).

No âmbito da perspetiva evolucionista, a saliência da vinculação para a sobrevivência do ser humano justifica-se pela função biológica, que assegura na proteção do indivíduo, nomeadamente de predadores (Bowlby, 2002). A expressão comportamental deste sistema de

proteção resulta essencialmente da manutenção de proximidade física com essa figura de apego, no sentido de ampliar o apego, e contribuindo para um desenvolvimento seguro e adequado da criança, cumprindo-se, assim, a consequência funcional para a qual o sistema foi desenhado. Deste modo, afirmar que o sistema comportamental da vinculação é um sistema instintivo, faz todo o sentido, pois é essencial para a sobrevivência humana, contrapondo-se a visões vindas de orientações psicanalíticas que consideram a vinculação como um impulso secundário ao da alimentação (Bowlby, 2002).

A teoria da vinculação não se assume apenas como essencial à sobrevivência do indivíduo, pois o objetivo da seleção natural não é a sobrevivência do indivíduo, mas a reprodução (Belsky, 1999). Só esta garante a continuidade da espécie. Deste modo, a função biológica do sistema passa por aumentar a probabilidade reprodutiva do indivíduo em certos ambientes (Simpson, 1999; Belsky, 1999). A teoria inicial de Bowlby não é incompatível com esta, uma vez que, a proteção e consequente sobrevivência da cria humana até ao estado adulto, constitui uma condição “sine qua none” para a reprodução.

Para além disso, a conceptualização Bowlbiana refere que a qualidade da relação de vinculação tem impacto no desenvolvimento global da criança (Bowlby, 2002), evidência constatada nos resultados de diversas investigações empíricas que apontam nessa direção, assegurando a analogia entre a qualidade da relação de vinculação e o funcionamento posterior a nível da parentalidade (George e Solomon, 1999), da conjugalidade (Crowell e Waters, 2005) e da relação com pares (Sroufe et al, 2005), o que vem corroborar a tese de que a teoria da vinculação é uma teoria evolucionista, que procura explicar como é que no decorrer da história evolutiva se resolveram os problemas adaptativos específicos de sobrevivência e reprodução diferencial (Simpson, 1999).

As crianças incrementam uma vinculação a um ou mais cuidadores durante o primeiro ano de vida, mas para que esta predisposição instintiva se revele, é necessário que exista pelo menos uma figura estável de cuidados ao redor da criança. Assim, o sistema comportamental de vinculação pode estar comprometido em condições excecionais de cuidados, por exemplo, quando a criança cresce numa instituição com elevada rotatividade de cuidadores, ou permanece demasiado tempo em contexto hospitalar, onde os cuidados parentais não são promovidos ou valorizados (Sroufe *et al.*, 2005).

A determinação do momento e das condições necessárias para que seja iniciada a relação de vinculação mãe/filho tem gerado alguma controvérsia. Todavia, e de acordo com Klaus e Kennel (1976), citados por Figueiredo (2003), os estudos iniciais realizados por estes autores indicaram que existia um período crítico, sensível logo após o parto para o

estabelecimento desta relação nos primeiros contactos mãe/filho e facilitada pela presença do bebé e pelo sistema hormonal da mãe. Esta teoria foi reforçada, mais tarde, por diferentes autores, embora Klaus e Kennell (1976), referenciados por Figueiredo (2003), viessem a flexibilizar a sua posição inicial face à existência de um período crítico ou sensível, associado às alterações hormonais registadas logo após o parto, que podem conduzir a mulher a uma certa instabilidade emocional e perturbação do humor, que contribui para um aumento da reatividade desta aos estímulos e facilita a sua aproximação ao bebé, garantindo assim a sua sobrevivência (Figueiredo, 2003).

Em análise, podemos afirmar que quando uma criança se encontra vinculada a uma outra pessoa, ela está fortemente predisposta para procurar proximidade e contacto com essa figura e para o fazer em certas situações, tais como quando está com medo, cansada ou doente (Bowlby, 1969/1982, em 2002). Forma-se assim, um laço afetivo entre a criança e uma pessoa específica ligando-as através do espaço e do tempo (Ainsworth, 1989), manifestado por comportamentos de vinculação, como chorar, gatinhar etc., que a criança executa no intuito de atingir ou manter a proximidade desejada para a sua segurança emocional. Estes comportamentos podem ser ativados ou inibidos, de acordo com a influência das condições presentes (Bowlby, 1969/1982 em 2002 e Ainsworth, 1989).

Nesta perspetiva, é possível determinar estímulos iniciadores ou ativadores (Bowlby, 1969/1982 em 2002) como sendo aqueles que conduzem o sistema comportamental da vinculação a elevar a preponderância para a organização comportamental do sujeito, fazendo com que a criança desenvolva um ou mais comportamentos que vão regular a proximidade com a figura de vinculação (comportamentos de vinculação). A diversidade dos estímulos é evidente e podem estar focados na criança (ex. quando esta está cansada, com dores, doente, tem frio ou fome), no meio (ex. situações que causem alarme ou susto, presença de pessoas estranhas ou novidade) ou na mãe (ex. ausência da mãe, partida da mãe, indisponibilidade psicológica – a figura de vinculação não está a prestar atenção à criança – ou mesmo física - recusa de contacto físico com a criança). Como antítese, surgem os estímulos inibidores do sistema comportamental da vinculação, ou seja, aqueles que fazem diminuir a ativação desse sistema. Estes podem passar por uma simples visualização pela criança da localização da figura de vinculação, bem como pela disponibilidade demonstrada por esta em relação à criança (ex. quanto maior for a disponibilidade e atenção maternas, menor será a ativação do sistema). Assim, torna-se fundamental elevar a proximidade física com a figura de vinculação, ou mesmo a obtenção de relação física com esta (Figueiredo, 2003).

De acordo com o referido anteriormente, a teoria da vinculação assenta na ideia evolucionista, a qual pode ser analisada em termos da sua componente normativa e individual (Simpson, 1999). A normativa relaciona-se com os padrões comportamentais específicos da espécie para o cumprimento da função biológica, comum a todos os seus elementos (ex. fases de desenvolvimento da vinculação) e seria suficiente para descrever uma noção restrita de instintivo (Hinde, 1982). No entanto, embora a vinculação seja um comportamento instintivo, este tem de ser percebido, não como um padrão de comportamentos estereotipados, estanques ou semelhantes para todos os elementos da mesma espécie, mas pelo contrário como um sistema de comportamentos que se organiza de forma diferencial em cada indivíduo mantendo, no entanto, uma função comum (proteção e reprodução) e objetivo predizível idêntico (manutenção de proximidade). Nesta linha de pensamento, abordamos a componente individual, isto é, as diferenças singulares que surgem na organização do sistema. Assim, este comportamento instintivo encontra-se profundamente influenciado pelo ambiente envolvente.

A teoria dos sistemas de controlo sustenta esta ideia de funcionamento (Bowlby, 1969/1982 em 2002), que analisa a qualidade de atividade do sistema e o seu domínio ao nível da organização que controla os comportamentos (ex. organização segura versus insegura), e não nos comportamentos específicos implementados pelo bebé (ex. mamar mais ou menos).

Assim, para garantir a proximidade desejada à figura de vinculação, o bebé pode iniciar um inúmero conjunto de comportamentos, consoante o seu nível de desenvolvimento e as suas características individuais. No entanto, o impacto da história interativa com a sua figura de cuidados na forma como o bebé vai atingir esse objetivo de proximidade parece ser uma das variáveis determinantes, como os resultados de investigação têm demonstrado. Outros estudos revelam que este processo não é linear, pois certos bebés são mais suscetíveis ao impacto da qualidade do ambiente de cuidados, no seu desenvolvimento em geral e na organização do sistema comportamental da vinculação, em particular (Belsky, 1999).

Torna-se pertinente referir que existem diversos fatores, externos ao contexto proximal da criança, que estão na base do processo vincutivo, nomeadamente os acontecimentos de vida causadores de *stress* (Sroufe et al, 2005), o apoio social fornecido à figura de vinculação, a qualidade da relação do casal, a estrutura familiar, o nível socioeconómico, entre outros (Belsky, 1999; Figueiredo, 2003).

Em 1969/1982, Bowlby salienta a ação do sistema comportamental do medo e do sistema exploratório na interação com o processo de vinculação. No caso do sistema comportamental do medo, a sua ativação, normalmente, faz com que o sistema de vinculação

também se ative, ou seja, são diretamente proporcionais. A leitura ou visualização por parte da criança de certos estímulos como sinais de perigo leva-a a procurar proximidade com a figura de vinculação (Bowlby, 2002). Por outro lado, a relação com o sistema exploratório é distinta e análoga, uma vez que a ativação do sistema comportamental da vinculação é normalmente acompanhada por uma diminuição do sistema exploratório e vice-versa (Ainsworth, 1989). A focalização da atenção nos objetos pode conduzir a uma redução da ativação do sistema de vinculação, por exemplo, quando a criança recebe um brinquedo estimulante, ou se encontra na companhia de outras crianças. Da mesma forma, quando a ativação do sistema de vinculação é elevada, a criança deixa de explorar e procura a proximidade ou mesmo o contacto com a figura de vinculação.

Embora inicialmente possam parecer sistemas distintos e divergentes, eles convergem numa perspetiva basilar para o desenvolvimento da criança, pois é a interdependência entre os dois que permite à criança extrair da exploração do meio vantagens adaptativas, acompanhadas de novos conhecimentos, competências cognitivas, sociais e de regulação emocional, sem se envolver em situações que possam colocar a sua vida em perigo. Na realidade são sistemas complementares (Cassidy, 1999), com funções biológicas fundamentais. Pensa-se que a natureza mutuamente inibitória de ambos os sistemas evoluiu para que, enquanto a criança, simultaneamente mantém algum grau de proximidade com a figura de vinculação, fator que diminui a probabilidade de se envolver em situações muito perigosas, explore de forma segura o meio circundante.

Assim, o sistema comportamental da vinculação não é entendido como um fator anquilosante do fenómeno exploratório vivenciado pela criança, mas antes impulsionador de condições que permitam o seu desenvolvimento, em segurança para a criança. Esta complementaridade entre sistemas é facilmente observada numa das características intrínsecas à relação de vinculação: os fenómenos de base segura e refúgio seguro (Ainsworth et al, 1978). O fenómeno de base segura ocorre quando a criança na exploração de qualquer espaço novo avança a partir da figura de vinculação para explorar o meio, retomando a ela com regularidade enquanto explora, inibindo o sistema comportamental exploratório quando a figura de vinculação se afasta. O fenómeno de refúgio seguro, é observável quando a criança fica receosa por algum motivo, conduzindo ao aumento da ativação do sistema comportamental de vinculação, inibindo outros, como o exploratório, fazendo com que procure proximidade com a figura de vinculação e assim, se proteja de eventuais perigos.

Citando Belsky (2005), a qualidade da relação de vinculação não pode ser analisada unicamente à luz da regulação de emoções negativas e do comportamento da criança face à

perda da figura de vinculação. Pelo contrário, a forma como a criança utiliza a figura de vinculação como base segura ou refúgio de segurança para a exploração, é essencial para caracterizar a qualidade da relação de vinculação.

Bowlby (1954 em 2002) reflete e interessa-se pelas representações que a criança cria da mãe, defendendo que a capacidade que ela tem de se recordar ou reconhecer a mãe surge muito antes da capacidade de reconhecer algo ou alguém, porque o relacionamento com a mãe do ponto de vista afetivo é muito mais significativo, desde que os cuidados por ela despendidos sejam satisfatórios, em oposição a uma mãe menos atenta ou presente. Ainda segundo o autor, a depressão no adulto está relacionada com as experiências precoces negativas que originam o luto na infância. Estas, por vezes, acionam processos que permanecem ocultos durante muito tempo, levando o indivíduo a manifestar-se negativamente mediante uma reação de tensão. Assim sendo, a vinculação é fundamental, independentemente das condições (sociais, económicas e culturais) e qualquer criança que sofra de privação materna vai desenvolver repercussões negativas no seu desenvolvimento e adaptação emocional e social, segundo Boyle e Martinet (2008:35) “...Se a relação de vinculação é o cimento construtor deste grande edifício que é a personalidade, também é o elemento de ligação entre as gerações”.

1.1 – FASES DO PROCESSO DE VINCULAÇÃO

O sistema comportamental da vinculação pode ser agrupado em quatro fases, todas elas relacionadas com a componente normativa, descrita anteriormente (Bowlby, 1969/1984 citado por Fuertes, 2004).

A primeira fase, denominada de orientação e sinais com uma discriminação limitada de figuras (Soares, 1996), corresponde ao intervalo cronológico dos zero aos três meses de idade, e destacam-se os precursores dos comportamentos de vinculação (Ainsworth, 1989), como chorar, sorrir, agarrar, etc. A criança nasce com estes comportamentos operacionais, no entanto não podem ainda ser considerados como comportamentos de vinculação, porque embora o bebé se relacione de forma característica com os seres humanos, não diferencia distintamente os humanos que cuidam de si e portanto, o comportamento não poderá ser dirigido a uma figura em particular, a figura de vinculação. Por outro lado, à nascença verifica-se uma certa irreflexão comportamental, resultante de um conjunto vasto de estímulos que o bebé não discrimina e portanto o seu funcionamento é resultante de uma resposta comum. Por exemplo, perante o estímulo da dor o recém-nascido chora porque é uma resposta

intrínseca, e não porque associa esse comportamento à vinda do cuidador. Assim, os comportamentos de vinculação propriamente ditos têm como objetivo essencial o aumento de proximidade à figura de vinculação.

A figura parental, nesta fase, assume um relevo significativo na manutenção da proximidade e proteção da criança, dado o seu elevado grau de dependência. Assim, se os comportamentos da figura de apego forem de encontro às necessidades do bebé, resultarão num cimentar de interações estáveis, que são facilitadores para a transição à fase seguinte. Caso contrário, em condições ambientais muito adversas, esta fase pode prolongar-se para além dos três meses de idade (Marvin e Britner, 1999).

A orientação e sinais dirigidos para uma (ou mais) figura(s) discriminadas (Soares, 1996), corresponde à segunda fase e engloba as crianças dos três aos seis meses de idade. A sua caracterização resulta de uma emergência gradual de comportamentos de vinculação, ou seja, com a passagem do tempo o bebé começa a demonstrar preferência pelo contato com os seus cuidadores principais, associando-lhes os comportamentos de vinculação (ex. sorri para a mãe). O bebé não só vai começar a discriminar as figuras que rodeiam o seu contexto e portanto, a dirigir de forma diferencial os seus comportamentos de vinculação às figuras mais familiares, mas também, demonstra uma evolução a nível das suas próprias competências comportamentais que deixam de ter o carácter inconsciente que caracterizava a fase anterior (Bowlby, 1969/1984 citado por Fuertes, 2004).

Na terceira fase, manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais (Soares, 1996), agrupa as idades dos 6 aos 24 meses, qualifica-se pela consolidação da relação de vinculação. Considera-se que, embora na etapa anterior, o bebé já demonstre uma clara preferência por certas figuras de apego, através de comportamentos que lhe são dirigidos preferencialmente, é nesta fase que se dão grandes mudanças organizacionais no bebé, designadamente, desenvolvimento da mobilidade e das competências cognitivas, as quais irão desencadear um impacto determinante no estabelecimento do sistema comportamental de vinculação (Bowlby, 1969/1984 citado por Fuertes, 2004). A competência da locomoção confere uma maior autonomia à criança, a qual por sua própria iniciativa, pode controlar a proximidade com a figura de vinculação, movendo-se na sua direção, mas ao mesmo tempo, podendo afastar-se para explorar o meio circundante (Marvin e Britner, 1999).

Outra dimensão de funcionamento da criança cuja evolução terá preponderância no progresso da vinculação é o desenvolvimento cognitivo, sobretudo no que se refere à utilização de imagens mentais internas, ainda incipientes, no quarto sub-estádio do sensoriomotor (Piaget, 1997). Ou seja, a mediação cognitiva do pensamento através das

imagens mentais, reporta o sistema comportamental da vinculação para a ativação de um conjunto mais ou menos complexo, no qual o bebê coordena a informação presente relativa ao ambiente, aos seus estados internos, às expectativas que foi construindo acerca da disponibilidade da figura de vinculação, aos diferentes comportamentos de vinculação livres e outros sistemas comportamentais iniciados, no sentido de alcançar procedimentos de vinculação capazes de conduzir ao objetivo desejado de maior ou menor proximidade.

Esta forma de controlo do sistema comportamental é corrigido por objetivos (Bowlby, 1969/1982 em 2002), pois utiliza mecanismos de feedback, os quais possibilitam uma maior e mais incrementada flexibilidade comportamental, para a manutenção da proximidade desejada ao cuidador, permitindo que a criança adapte a sua estratégia às contingências do momento presente, bem como a especificação da organização do sistema em função de um cuidador particular, aplicando a sua estratégia às expectativas desenvolvidas em relação ao comportamento de cuidados esperados da figura de vinculação. Assim, este controlo comportamental é a face visível daquilo a que Bowlby denominou de modelos internos dinâmicos (Soares, 1996), os quais constituem representações generalizadas sobre o self (ex: valor próprio e a capacidade de influenciar os outros), sobre as figuras de vinculação (ex: modo como essas figuras atuam e respondem às suas solicitações de proteção) e sobre as relações (Soares, 1996).

Deste modo, estes modelos internos têm a função de orientar a interpretação das experiências (ex. fome, frio, etc.), e simultaneamente permitir a elaboração de planos de ação e a tomada de decisão sobre os comportamentos de vinculação a ativar face a uma figura particular. No entanto, estes modelos internos dinâmicos são ainda incipientes, nomeadamente porque a criança só é capaz de “pensar” o cuidador em termos de regularidades comportamentais, não lhes imputando perceções e objetivos próprios (Marvin e Britner, 1999), que são dimensões determinantes para a previsão e controlo do comportamento da figura de vinculação. Da mesma forma, não é capaz de compreender as consequências a longo prazo das suas ações o que torna o bebê demasiado preso ao momento presente. Estas novas competências irão desenvolver-se na fase seguinte.

A última fase designa-se por formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos (Soares, 1996) - 24/30 meses - ...), e realça a capacidade da criança em se colocar no ponto e vista da figura de vinculação e de manter organização comportamental na sua ausência, por períodos de tempo mais prolongados. Esta competência de inferir pelo outro vai permitir que consiga depreender os objetivos e planos da figura de vinculação e dessa forma,

poder influenciá-los no sentido de atingir de forma eficaz e conclusiva os seus próprios propósitos.

Por volta dos três anos, identifica-se a relação recíproca emergente (Marvin e Britner, 1999), na qual os planos fundamentados por objetivos ainda não resultam de uma verdadeira negociação com o cuidador, nomeadamente porque as competências linguísticas ainda são exíguas. No entanto, é visível uma diminuição dos comportamentos de vinculação, embora a proximidade física seja ainda o fim primordial.

Aos quatro anos, é possível identificar uma relação realmente recíproca e corrigida por objetivos, na qual há a partilha e negociação entre a(s) criança(s) e a figura de vinculação (Marvin e Britner, 1999). Salienta-se um avanço significativo no desenvolvimento de competências simbólicas e linguísticas, bem como um visível retrocesso no egocentrismo do pensamento (Piaget, 1997), permitindo uma negociação entre os elementos da díade mais cimentada e concludente. Esta estrutura conduz a uma continuidade da relação de vinculação, a qual se apresenta com algumas variações, ou seja, não resulta tanto da proximidade física criança/cuidador, conferindo-lhe uma maior flexibilidade, para que a criança lide de forma adaptada com as separações (Marvin e Britner, 1999).

1.2 – PADRÕES DE VINCULAÇÃO

A capacidade de desenvolver laços de vinculação corresponde a uma característica presente na espécie humana. Esta aptidão vai sofrendo evoluções que permitem a organização dos comportamentos de vinculação num padrão que se adapte às condições de crescimento da criança e, dessa forma, permita a sua sobrevivência bem como a reprodução (Belsky, 1999; Simpson, 1999). Neste sentido a intervenção de Bowlby foi primordial como pioneiro dos conceitos teóricos que suportam a teoria da vinculação, mas não menos revelador foram os estudos desenvolvidos por Ainsworth, centrados na análise do processo ontogenético de desenvolvimento da vinculação, no que concerne às diferenças encontradas na organização do sistema de criança para criança, aquilo a que irá mais tarde chamar-se de padrões de vinculação. Este autor é também responsável pela investigação dos fatores que estão na base dessas diferenças, de entre os quais se vem a demonstrar a importância vital da qualidade dos cuidados parentais. É ainda sinónimo do desenvolvimento de uma medida estandardizada de vinculação, através da qual será possível a validação empírica de muitas das asserções teóricas, a Situação Estranha (Fuertes, 2004).

A Situação Estranha¹ consiste num paradigma experimental por excelência para a avaliação das diferenças inter-individuais da vinculação, nomeadamente, no que concerne à qualidade da vinculação na primeira infância (dos 12 aos 18 meses em média). A construção deste procedimento e a sua interpretação resulta das elações que Ainsworth foi obtendo ao longo das observações naturalistas inseridas num desenho de investigação longitudinal (Ainsworth *et al.*, 1978). Deste modo, este autor procedeu à observação de crianças e das respetivas mães em contexto natural, fomentando a análise da reação da criança e a das figuras parentais face a situações nas quais o sistema de vinculação está altamente ativado, bem como as inter-relações com outros sistemas comportamentais em variadas situações ao longo do dia. Estas observações permitiram-lhe apreender a necessidade de conhecer o sistema da vinculação de forma mais abrangente, na relação com outros sistemas comportamentais, não se cingindo à análise das situações em que este está mais ativado.

Através deste processo de investigação o autor pode correlacionar a qualidade da vinculação com dois polos distintos e antagónicos: Segurança e Insegurança/Ansiedade (Ainsworth *et al.*, 1978). No polo da segurança, encontram-se crianças que têm uma expectativa positiva em relação ao apoio da figura de vinculação, que podem recorrer a ela como fonte de conforto e proteção, pelo que avançam de forma segura para as situações de exploração do meio circundante (Soares, 1996). Pelo contrário, aquelas consideradas como inseguras/ansiosas na sua relação de vinculação, têm uma expectativa negativa em relação à disponibilidade materna, relacionada com sentimentos de ansiedade, medo e/ou outras emoções negativas que não foram eficazmente revertidas, pois a figura de vinculação não atuou nesse sentido, mostrando comportamentos de indiferença ou rejeição. Em consequência estas crianças terão dificuldades em explorar o meio, porque a necessidade de permanecerem junto da figura de apego condiciona a sua liberdade de se aventurar na conquista de outras realidades (Sroufe *et al.*, 2005). Assim, a Situação Estranha fomenta, paralelamente, a ativação dos sistemas de vinculação e exploratório.

Com base na averiguação dos resultados obtidos através da situação estranha foi possível determinar três padrões de vinculação distintos, ou seja, diferentes organizações do sistema comportamental da vinculação face ao contexto didático apresentado, seguro (B), inseguro-evitante (A) e inseguro-ambivalente (C) (Ainsworth *et al.*, 1978).

¹ O bebé e a mãe são colocados numa sala desconhecida com brinquedos adequados à idade do bebé. O sistema exploratório é ativado pela presença destes elementos que causam curiosidade. Através do desenrolar de oito episódios, nos quais há entradas e saídas da mãe e de uma pessoa estranha e se deixa a criança sozinha, são inseridos os ingredientes que permitem a ativação do sistema de vinculação (Ainsworth *et al.*, 1978).

O padrão de vinculação Seguro (B) descreve um conjunto de crianças caracterizadas pela procura ativa de proximidade e interação com a figura de vinculação, bem como de manutenção do contacto físico, quando este é obtido. A existência de comportamentos de evitamento ou de resistência é pouco frequente e de baixa intensidade. Na presença da mãe, esta é capaz de explorar o ambiente, observando-se comportamentos de base segura como a partilha de afeto à distância (Ainsworth *et al.*, 1978).

No que se refere ao padrão de vinculação Inseguro-Evitante (A), este denota que as crianças que pertencem a este grupo têm como característica definidora a presença de comportamentos de evitamento da mãe, tais como ignorar a sua presença ou afastar-se fisicamente. A criança interage de forma semelhante com a mãe e com a pessoa estranha, podendo até demonstrar menos comportamentos de evitamento para com a pessoa estranha. Os objetos são o foco de atenção destas crianças (Ainsworth *et al.*, 1978).

Por último, o padrão de vinculação Inseguro-Ambivalente (C) realça como típica a resistência ao contacto e à interação com a mãe. No entanto, verifica-se uma dualidade de comportamento, uma vez que estas crianças procuram igualmente a proximidade e manutenção da relação com a figura de vinculação. São crianças que exploram pouco o ambiente, pois procuram a proximidade com a figura de vinculação e não investem nos objetos que as rodeiam (Ainsworth *et al.*, 1978).

O estudo destes padrões permite extrapolar conclusões, considerando-os como um sinal da qualidade das interações em casa, da prestação de cuidados, permitindo a validação da própria metodologia de avaliação como uma medida de história relacional.

Em síntese, Ainsworth *et al.* (1978) concluem que a característica materna que estava mais associada à segurança da vinculação (em contraposição com os dois tipos de insegurança – evitante e ambivalente) era a responsividade sensível aos sinais e comunicações da criança. Esta dimensão do funcionamento materno diz respeito à capacidade da mãe em guiar a sua interação com o bebé, de acordo com os sinais que este fornece acerca dos seus estados internos, necessidades e, à medida que cresce, dos seus desejos e planos (Ainsworth *et al.*, 1978). Os estudos realizados desde então permitiram perceber que este fenómeno é muito complexo e que para o desenvolvimento de uma vinculação segura contribuem outras variáveis maternas (ex. representação da vinculação da própria mãe), variáveis do bebé (ex. temperamento) e variáveis contextuais (ex. apoio social prestado à figura de vinculação) (Sroufe *et al.*, 2005; Belsky, 2005).

2. A VINCULAÇÃO E A PREMATURIDADE

A evolução tecnológica e científica constitui uma realidade recompensadora no âmbito da Neonatologia, “...os últimos números que possuímos mostram que sobrevivem bastante mais de metade dos bebés com um peso inferior a 750g...” (Brazelton, 1994:91). Neste sentido o desempenho da equipa de saúde que implementa a sua prática nestes contextos é essencial para a manutenção da sobrevivência destas crianças. No entanto, esta prática deve pautar-se não apenas pela componente técnica mas também pela humanização dos cuidados, citando Brazelton (1994: 91) “...Estamos agora em posição de nos preocuparmos com a qualidade de vida, com o clima emocional que rodeia o bebé depois de ter sido salvo...”.

A Segunda Guerra Mundial veio trazer algumas estruturações também ao nível dos cuidados de saúde aos recém-nascidos em geral, e dos prematuros em particular, assim, até cerca de 1930, estes eram afastados dos pais por se acreditar que o isolamento era o fator mais influente na prevenção de infeções, e os pais eram vistos como uma fonte propensa de risco para o seu filho. Nesta filosofia a assistência na saúde é centrada no bebé (Martínez *et al.*, 2007).

No entanto, com a realização de inúmeros estudos, após a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente na década de 50, conclui-se que a presença dos pais junto ao recém-nascido, em especial ao prematuro, não só é benéfica, mas essencial para o seu desenvolvimento. Esta constatação fundamental para a alteração revolucionária no cuidar ao recém-nascido, resultou igualmente da identificação dos efeitos nefastos provocados na criança quando esta não é cuidada pelos seus pais. Inicialmente, estes estudos foram focalizados na área de Pediatria, estudando o efeito da privação dos pais em crianças hospitalizadas, especialmente durante um elevado período de tempo. Posteriormente foram acrescentados de estudos sobre a importância da relação de vinculação precoce pais/bebé, adaptando-se assim a filosofia de cuidados centrados na família para a Neonatologia (Martínez *et al.*, 2007).

Como consequência, assiste-se a uma alteração do modelo tradicional em que os cuidados são centrados no bebé, para cuidados centrados na família no qual os pais participam nos cuidados prestados ao seu filho (Martínez *et al.*, 2007). A realidade das Unidades de Neonatologia nos dias de hoje é bastante diferente da que se vivia há uns anos atrás, atualmente compreende-se a importância da presença dos pais nestes serviços, “Uma importante consequência destes movimentos de ajuda aos pais na sua adaptação foi termos trazido mais humanidade para os berçários. Ao fazer entrar os pais, olhou-se com outros olhos

para os aspetos inumanos dos berçários e começou-se a tentar humanizá-los...” (Brazelton, 1994:95).

Nesta perspetiva encontram-se também as diretivas internacionais relativas ao internamento de crianças, aos quais enfatizam a Família/Criança como um todo na unidade de cuidados de saúde. A nossa realidade nacional só emergiu para esta alteração no final dos anos setenta, altura em que é viável a tomada de consciência dos aspetos envolvidos aquando do internamento de uma criança, vindo, como consequência, a congregar-se à Associação Europeia da Criança Hospitalizada (EACH1). Decorrente desta evolução surge a Carta da Criança Hospitalizada, com o intuito de humanizar os serviços de atendimento à criança, implicando um compromisso, por parte dos profissionais de saúde, no sentido de tornar os seus comportamentos mais abrangentes e integrados com o conceito de unidade Família/Criança, fomentando uma reorganização estrutural e humana nos serviços de saúde (Jorge, 2004). Corroborando esta realidade realça-se a 8ª Conferência desta Associação cuja temática foi “Os Cuidados Neonatais Centrados na Família”, a qual decorreu em Lisboa em 2004, e evidência a crescente preocupação nas necessidades da criança recém-nascida hospitalizada e sua família (Jorge, 2004).

Emerge a preponderância de referir que o recém-nascido prematuro é todo o bebé que nasce antes de completar as 37 semanas de gestação, e pode ser classificado de acordo com a sua idade gestacional como prematuro limítrofe, prematuro moderado ou extremo prematuro. No que se refere ao peso, é considerado de recém-nascido de muito baixo peso, quando apresenta peso inferior ou igual a 1500 gr. Quanto mais imaturo é o recém-nascido, isto é quanto menor for a sua idade gestacional à nascença, maiores são os riscos iminentes. O ambiente em que o recém-nascido é colocado quando nasce, contrasta com o ambiente seguro e acolhedor do útero materno, promotor de um desenvolvimento cerebral sadio durante a vida fetal (Figueiredo, 2007).

Para Oliveira *et al.* (2008) as sequelas relacionadas com a prematuridade podem ser distintas em “major” e “minor”, respetivamente a paralisia cerebral, défice cognitivo, alterações neuro sensoriais graves ou disfunções cerebrais constituem as “major”, e por outro lado, atraso da linguagem, défice de atenção e hiperatividade, alterações do comportamento, labilidade emocional e perturbação do desenvolvimento da coordenação. Nesta perspetiva Figueiredo (2007) refere que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil, em consequência das doenças crónicas que dela advêm.

Como consequência do investimento intelectual nesta temática, associado a elações resultantes da investigação, assiste-se a uma mudança significativa das leis nacionais

inerentes a esta abordagem, e com elas normas hospitalares que refletem uma alteração da filosofia institucional, bem como da conduta dos profissionais de saúde, com o objetivo de prestar os melhores cuidados às crianças internadas e às suas famílias. Assim sendo, embora os benefícios dos cuidados em parceria, tanto no cliente em geral, como na enfermagem neonatal em particular, sejam já apontados por vários autores (Mano, 2002; Ferreira e Costa, 2007), vários estudos demonstram a renitência que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm em incluir os pais nos cuidados prestados ao seu filho prematuro, alegando razões como a instabilidade do bebé e a incapacidade e insegurança dos pais.

Neste âmbito, os enfermeiros que desempenham as suas funções nestes serviços específicos, deverão desenvolver aptidões de afetividade, fator que poderá desencadear um processo de vinculação ao bebé que estão a cuidar, e numa atitude irreflexa constituir um elemento de competitividade com os pais. Segundo Brazelton (1994) os estudos realizados por Klaus e Kennell demonstraram que estes enfermeiros devem possuir um duplo objetivo, não apenas centrado no cuidado ao bebé, mas também desenvolver empatia com os pais, ajudando-os a vincularem-se ao bebé.

2.1 – PERSPETIVA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem encontra-se intimamente ligada ao conceito de “Cuidar”. Este conjunto de ações para com o outro sempre existiu em todas as sociedades, pois sempre existiram pessoas que cuidam de outras pessoas. Cuidar é algo social, é uma atitude transmitida pela cultura da sociedade (Duarte, 2002; Novais, 2003). No entanto, para que o ato assumia toda a sua relevância, torna-se fundamental que o enfermeiro reconheça a pessoa como um ser holístico, inserido num determinado meio cultural, e oriente os seus cuidados para esta pessoa em particular (Welch, 2004).

Em Pediatria, este conceito de ser único com necessidades singulares, mais do que um objetivo a alcançar, é uma realidade, reconhecendo-se atualmente a importância da permanência da família junto da criança internada como um contributo de valência para a melhoria do seu estado de saúde, conceito este que passa a ser um direito legal. Corroborando esta teoria surge então o conceito de parceria de cuidados em Pediatria, desenvolvido por Anne Casey (Casey *et al.*, 1993), segundo o qual a participação dos pais nos cuidados, implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança, preconizando-se a redução de fronteiras delimitadoras, sem compartimentalização de funções, mas sim desenvolver ações complementares que têm como fim último o máximo bem-estar da criança.

Deste modo, trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo. Com base nestes pressupostos, determinámos quatro dimensões integradas, que pretendem abranger as estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/prematuro, designadamente: Comunicação, Ensino, Participação Integrada e Supervisão (preparação para a alta).

A Neonatologia é uma área recente da Pediatria que inclui os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros, possuindo, neste campo, características peculiares, relacionadas com reservado prognóstico do recém-nascido prematuro internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (normalmente com internamentos prolongados) e com a fragilidade emocional dos seus pais.

Só em finais do século XIX, mais precisamente em 1884, na Alemanha (Leipzig), é que surgiu a disjunção do conceito específico de cuidar estes bebés, e se começa a designar de recém-nascido prematuro o bebé que nasce antes do tempo, associada às pioneiras estratégias terapêuticas direcionadas especificamente a estes bebés. Na realidade, foi com o reconhecimento dos problemas singulares dos recém-nascidos que surgiu a Neonatologia. Esta é uma área da medicina que abrange os primeiros 28 dias de vida do bebé, sendo o recém-nascido prematuro uma das crianças mais frequentes numa Unidade de Neonatologia (Botelho, 2001).

Para Gomes-Pedro (1985), as bases teóricas da neonatologia emergem do trabalho de Pierre Budin, o qual foi responsável pela criação da primeira Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em Paris, no Hospital de Port Royal (Botelho, 2001). Este obstetra 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 (Gomes-Pedro, 1985). Posteriormente, com o contributo da engenharia à medicina, surge todo um apoio tecnológico, essencial à sobrevivência do prematuro, nomeadamente a incubadora, a monitorização cardiorrespiratória e o apoio ventilatório, entre outros. Perante este avanço tecnológico evidente, o bebé prematuro perde-se como ser social e a sua dimensão inter-relacional com a sua mãe fica delegada para segundo plano.

Os cuidados dirigidos a estes bebés tornam-se mecanizados e estandardizados, desvalorizando-se a importância de prestar cuidados individualizados a cada recém-nascido, sendo o intensivismo e a rotina os domínios do cuidar, com o objetivo expressamente curativo. Neste âmbito, desvaloriza-se igualmente a importância da mãe em todo este processo de cuidar, sendo mesmo impedida de participar nos cuidados prestados ao seu filho, observam-se síndromes de privação e de falta de confiança por parte destas, que trouxeram

severas dificuldades no desenvolvimento destes bebés e na estruturação futura das relações parentais.

As primeiras Unidades Neonatais, em Portugal, começaram a desenvolver-se nos finais da década de setenta (Pacheco, 2001). Os progressos nesta área evoluíram de tal forma, que atualmente as colocam ao nível das unidades congéneres do mundo. No entanto, sabe-se que existem ainda muitas lacunas a colmatar, nomeadamente na humanização dos cuidados prestados, bem como na preparação das equipas de saúde, especificamente de enfermagem, no sentido de dar respostas adequadas às necessidades do bebé e da família.

Assim, torna-se fundamental que estes profissionais saibam lidar com o “stress” que advém do cuidar de recém-nascidos em perigo de vida e com internamentos prolongados, fator que confere uma tendência acentuada para o desenvolvimento de relações de afeto com estes bebés e pais. Por outro lado, a elevada tecnologia presente nas Unidades de Neonatologia dos países desenvolvidos, exige dos enfermeiros competências técnicas e uma constante atualização de conhecimentos para dar resposta às inovações científicas características de uma Unidade de Cuidados Intensivos (Silva *et al.*, 2007). Neste âmbito, é relevante que desenvolvam estratégias de “*coping*” de forma a lidar da melhor maneira possível com o “*stress*” advindo da prestação de cuidados em enfermagem neonatal.

Com este raciocínio é possível constatar de forma linear que o trabalho de enfermagem em Neonatologia é, portanto, permeado de conflitos relacionados com diversos fatores, designadamente: as dificuldades vividas nas relações com os pais dos recém-nascidos prematuros internados; o contacto com a criança prematura e a incerteza do seu prognóstico; a constante necessidade de atualização técnica e as políticas institucionais (Silva *et al.*, 2007). Assim, torna-se muitas vezes inevitável que este profissional desenvolva mecanismos de fuga, que nem sempre são fáceis de ultrapassar, implicando um conjunto de ferramentas emocionais (racionalização e autocontrolo) e técnicas para atingir o equilíbrio necessário à mediação das dificuldades, no sentido de valorizar o seu desempenho.

Salienta-se o preceito patente nesta área da saúde infantil, que denota a importância de se cuidar a criança para além do seu corpo biológico adoecido, atendendo de igual modo à sua dimensão psíquica, social e espiritual (Silva *et al.*, 2007). Contudo, com a preocupação de englobar todas estas dimensões no cuidado que presta à criança, o enfermeiro, muitas vezes descarta a família. A presença da família durante o internamento da criança e o seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho é tanto uma necessidade, como um direito, fundamental para o desenvolvimento do processo vincutivo (Jorge, 2004).

Nesta linha de pensamento, a relação de cooperação estabelecida entre o enfermeiro e os pais do recém-nascido prematuro, interfere com as capacidades cognitivas, emocionais e afetivas de ambos os intervenientes. Assim, como as experiências de vida ou profissionais dos enfermeiros, as suas vivências, sentimentos, influenciam a prestação de cuidados realizados em parceria aos recém-nascidos prematuros (Borges, 2005).

Subjacente a esta parceria encontra-se o processo de comunicação, ao qual corresponde uma relação interpessoal direta estabelecida entre o enfermeiro e a mãe do prematuro, designadamente ao tipo e forma de comunicação, adequação da linguagem e estrutura da mensagem para a efetiva compreensão do recetor, presença de feedback, escuta ativa e bloqueios ao processo de comunicação. Esta comunicação deve permitir a compreensão do que foi feito, porque foi feito, por quem foi feito, e quais os resultados obtidos (Casey, 1993).

No que respeita ao cuidar o recém-nascido prematuro internado, e como forma de reduzir os níveis de “*stress*” a que este está sujeito, considera-se pertinente fazer referência à Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (ICNH) (Levin, 1999), que surge como complemento ao movimento Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o qual promove a amamentação e conseqüentemente a permanência contínua do bebé junto de sua mãe durante o internamento na maternidade, no sentido de fomentar a vinculação precoce (Figueiredo, 2007). A IHAC é, atualmente, uma estratégia mundial apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef. Teve início nos finais dos anos 80, início dos anos 90, altura em que os recém-nascidos passaram a permanecer junto das mães, ao invés de nos berçários (Levin, 1999), alterando as dinâmicas das Unidades de Neonatologia, no sentido de permitirem a participação ativa dos pais no cuidar, ou seja, a parceria de cuidados implica a dinâmica entre os conceitos de flexibilidade, partilha e negociação que devem estar presentes na relação enfermeiro/ mãe do prematuro.

Assim, a amamentação e os cuidados de desenvolvimento são prioridades basilares para a parceria entre a equipa de enfermagem e os pais, no sentido de fomentar o fortalecimento do vínculo afetivo e conseqüentemente, a recuperação destes bebés. Estes cuidados incluem diferentes estratégias para modificar o ambiente extrauterino, visando a redução do ruído e da luminosidade e a diminuição das manipulações ao bebé, promovendo períodos de repouso mais prolongados. Aliadas a estas estratégias devem estar técnicas de massagem, exercícios passivos, posicionamentos, sucção não nutritiva e adoção do método mãe canguru, o qual segundo Cattaneo *et al.*, 1998 contribui para manter o calor maternal que promove o controlo térmico do bebé, promove a amamentação e o aumento da competência e

confiança da mãe, com especial benefício para mães adolescentes e/ou com fatores de risco sociais. É neste sentido que se enquadra os diversos ensinamentos efetuados pelo enfermeiro à mãe, no sentido de promover a autonomia do cuidado ao prematuro, observando-se o tipo de método pedagógico (expositivo, demonstrativo, interrogativo e ativo) as suas vantagens e limitações.

Outro aspeto a salientar resulta da supervisão dos cuidados por parte do enfermeiro, o qual imprime realce aos procedimentos observados, que visam detetar as dificuldades e problemas das mães bem como as soluções encontradas. Incidindo na presença das seguintes “Skills” no enfermeiro: prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar (Alarcão e Tavares, 1987). Segundo, Cottrell (2000) citando Hagler, é essencial identificar-se no supervisor algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência. Assim, o enfermeiro supervisor de cuidados parentais, tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, devendo considerar as experiências passadas, os sentimentos, as perceções e capacidades de autorreflexão, criando um ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal de ambos (Sá-Chaves, 2000). A preparação para a alta encontra-se relacionada com todas as estratégias anteriormente descritas, uma vez que se inicia no momento da admissão do bebé na unidade e procura envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, no sentido de veicular o desenvolvimento da segurança, autonomia e responsabilidade dos pais pelos cuidados e bem-estar do bebé em casa, contribuindo para elevar a qualidade de vida do bebé pré-termo.

Em síntese, a implementação dos cuidados ao recém-nascido prematuro, suscita naturalmente numa primeira fase, um condicionamento da competência parental, pois os cuidados prestados, pelos pais numa situação dita normal, são substituídos pelos cuidados especializados realizados pelos enfermeiros (Buarque *et al.*, 2006). No entanto, como enfermeiros, não podemos descurar que estes cuidados não englobam apenas os cuidados especializados – os quais Collière (1999) define de cuidados de reparação, mas reportam-se para uma realidade muito mais abrangente, a dos afetos, na qual os pais assumem uma preponderância distinta, manifestada por pequenos gestos como o falar, tocar ou cantar, que implementados desde o início marcam a diferença basilar no desenvolvimento destes bebés.

2.2 – PERSPETIVA DOS PAIS

A gravidez consiste num processo revestido de inúmeras alterações físicas, sociais e psicológicas que implicam a aceitação da própria gravidez, até à adaptação do novo papel como pais e ao vínculo entre estes e o recém-nascido (Buarque *et al.*, 2006). Citando, Bayle e Martinet (2008:32) “... A capacidade de ser mãe constrói-se durante a gravidez e exercita-se após o nascimento...”. Contudo, o acontecimento de um parto prematuro abrevia este período, fazendo com que os pais se sintam perdidos e incompletos (Brazelton, 2004).

Para além dos sentimentos de angústia e insegurança, resultantes do nascimento de um bebé prematuro, surgem muitas vezes complicações físicas associadas à imaturidade dos órgãos da criança prematura que põem em perigo o ajustamento psicológico dos pais. Ainda segundo os mesmos autores, uma criança prematura constitui para os pais mais do que uma surpresa, uma desilusão instalada pela diferença entre a imagem do esperado e a realidade. Esta fase gera confusão, ansiedade, reação de desespero e frustração, necessitando de uma grande adaptação do casal para ultrapassar com êxito esta situação (Buarque *et al.*, 2006). Para Rosenblatt, citado por Botelho (2001:215) “... mais grave ainda, é o confronto que lhes está reservado com um “bebé tecnológico” (“high-tech baby”) – um minúsculo bebé rodeado da mais alta tecnologia...”.

O desenvolvimento do bebé in útero suscita a configuração imaginária através das percepções maternas e paternas e do significado que ambos (pai e mãe) atribuem aos seus movimentos e à evolução da gravidez (Brasil, 2002). As ideias preconcebidas pelos pais sobre as características físicas e da personalidade, ajustam-se numa construção da imagem do bebé que está por vir, o qual se designa de “bebé imaginário”, pois evidência o reflexo dos sonhos, pensamentos e percepções dos pais.

Para Brazelton (2004) a gravidez é composta por três fases, cada uma associada a uma fase de desenvolvimento físico do feto. Numa primeira fase, os pais adaptam-se à notícia da gravidez, que é acompanhada de mudanças no corpo da mãe, mas não há ainda evidência da existência do feto. Na segunda fase, os pais começam a reconhecer o feto como um ser que irá eventualmente separar-se da mãe, por fim, numa última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo, e o feto contribui para a sua própria individualização, através de movimentos, ritmos e níveis de atividade distintos. No momento do parto, o “bebé imaginário” dá lugar ao “bebé real”, é neste momento que os três bebés coexistem, isto é, o filho imaginário e o feto invisível mas real, aparecem ao lado do verdadeiro bebé recém-nascido, que eles podem agora ver, ouvir e acariciar (Brazelton, 2004).

No entanto, a realidade diverge perante um parto prematuro, em que os pais vivem a rutura do seu projeto que ainda se encontrava em formação, sentindo-se muitas vezes culpados e frustrados, sem que nada possam fazer para o evitar. Os pais vivenciam uma série de emoções que vão desde ansiedade, angustia e sofrimento, aos quais se decalam com o internamento do bebé em unidades de cuidados intensivos e, conseqüente separação pais/bebé. São vários os autores que mencionam as experiências pelas quais os pais passam quando o seu filho nasce prematuro, segundo Wong (1999) numa situação de parto prematuro, os pais podem vivenciar três fases:

- **Fase inicial ou de impacto**, caracterizada por choque, descrença e por vezes negação;
- **Fase de ajuste** ocorre gradualmente após o choque e é manifestada por culpa, punição, raiva, diminuição da autoestima, vergonha, medo, ansiedade, frustração, depressão e luta. Esta fase pode influenciar os pais na futura relação com o recém-nascido, nomeadamente superproteção, rejeição, negação e aceitação gradual;
- **Fase final de ajuste**, caracterizada por expectativas realistas para o recém-nascido e reintegração da vida familiar com a doença.

Para Brazelton (1995) existem três reações possíveis nos pais, perante o nascimento de um filho prematuro, designadamente:

- **Não - aceitação** - diminuem a importância do problema, sentindo que esta reação não é muito positiva, retratando a realidade de forma demasiado otimista ou pessimista;
- **Projeção** - atribuem a culpa a uma terceira pessoa, são os profissionais de saúde muitas vezes o alvo desta reação;
- **Alheamento** - sentem-se muito desamparados, o que os conduz, por vezes, a desligarem-se do recém-nascido de risco, por considerarem demasiado doloroso cuidar de um bebé nesta situação.

Neste âmbito, salienta-se as tarefas psicológicas vivenciadas pelos pais, antes de se envolverem no seu papel de cuidadores (Param, 1999). Estas incluem:

- Luto antecipado pela potencial perda de uma criança, como forma de se protegerem da possibilidade da morte do bebé. Inicia-se no trabalho de parto e dura até que a criança morra ou mostre evidências de que irá sobreviver;
- Aceitação pela mãe da sua incapacidade de ter tido uma criança saudável e de termo, demonstra dor e depressão, que persiste até que a criança esteja fora de perigo;

- Reassumir o processo de relacionamento com a criança, começa após a recuperação da criança em que os pais iniciam o processo de vinculação que foi interrompido ao nascer;
- Aprender as necessidades especiais da criança e os seus padrões de desenvolvimento, os pais compreendem e aceitam a criança como sua, acompanhando-a no seu desenvolvimento;
- Ajustar o ambiente em casa às necessidades da criança, pois os avós e irmãos também reagem ao nascimento de uma criança prematura. Os pais devem adaptar a família à sua menor disponibilidade, uma vez que estão mais absorvidos pelo recém-nascido.

É portanto fundamental promover a ligação pais/recém-nascido prematuro, de forma a restabelecer o vínculo comprometido por todas as condicionantes que envolvem um nascimento prematuro. Para que esta vinculação se desenvolva de uma forma adaptativa, os pais necessitam de atravessar cinco fases essenciais, referenciadas por Brazelton (1994):

- **Comunicação** - os pais relacionam-se com o bebé através da informação veiculada pela equipa de saúde. Animam-se quando estas comunicações revelam melhorias no estado de saúde do seu bebé e sentem-se destroçados quando revelam alterações negativas. Assim, a relação com o seu bebé é ténue e frágil;
- **Observação** - os pais observam e sentem-se encorajados pelos reflexos e comportamentos do bebé em resposta aos estímulos dos elementos da equipa de saúde, mas não conseguem reproduzir estes movimentos, pois o contacto gera receio e incapacidade;
- **Insegurança** - Apesar da evolução positiva os pais ainda não conseguem ser os autores dos comportamentos do bebé, pois entendem que as respostas do bebé ao estímulo apenas sucedem quando este surge do âmbito de outra pessoa, que segundo eles possui mais experiência no cuidar;
- **Integração** - Os pais conseguem reproduzir os comportamentos que geram resposta por parte do bebé, assumindo um controlo e veiculando os comportamentos de apego. Encaram a sua participação como responsável pelas reações do bebé;
- **Participação Ativa** - A última fase é conseguida quando os pais participam ativamente no cuidado ao seu filho (alimentam, pegam, embalam), ocorre uma fomentação dos comportamentos de vinculação e o bebé não é visto como algo frágil que não se pode mexer, mas sim como uma pessoa que necessita do cuidado dos pais, e estes são capazes de o fazer sem dificuldades.

Assim sendo, reconhecer que também a família se encontra fragilizada e, portanto, também necessita de ser cuidada, é fundamental em neonatologia (Silva *et al.*, 2007). Para Brazelton (1994:100) “...As enfermeiras e os médicos que conseguem comunicar melhor são os que percebem aquilo que os pais em luto precisam secretamente: tentam dar-lhes essas informações através da transmissão de observações sobre o comportamento do bebé. Os pais sentem-se então que esses clínicos encaram o bebé deles como uma pessoa, e não apenas como uma doença.”

Outro fator a considerar reside no facto dos bebés prematuros serem hipersensíveis aos estímulos, principalmente visuais, condicionante que poderá “...fazer com que os pais se sintam afastados do bebé...” (Brazelton, 1994:105), neste sentido é fundamental que os profissionais de saúde informem os pais desta vulnerabilidade dos bebés, no sentido de evitar que os estes se sintam culpabilizados pela resposta vaga aos estímulos.

Num estudo efetuado por Hallström, Runesson e Elander (Andraus *et al.*, 2004) foram identificadas nove áreas de necessidades relatadas por pais de crianças hospitalizadas: **necessidade de segurança**, referente à competência dos cuidadores (ser tratado com respeito e receber cuidados individualizados), organização do trabalho (continuidade do cuidado, bom planeamento, ambiente calmo e pequeno tempo de espera) e à alta (serem ouvidos e capacitados para cuidar da criança); **necessidade de segurança da criança**, relativo à identificação e satisfação das suas necessidades, à proteção da criança e ao desejo de conversar com o médico em particular; **comunicação**, evidenciando a importância de ser informado, obter conhecimentos próprios (desejando que as suas informações tenham crédito perante a equipa) e parceria (desejo de participar nas decisões); **controle**, concernente à monitorização das condições da criança, obter o tratamento adequado, conhecer a competência da equipa e estar preparado para eventualidades; **competência dos pais**; **adaptação** evitar perturbações (inclui evitar perturbar a equipa e ocultar sentimentos), satisfazer a equipa (cumprindo as suas instruções e persuadindo a criança a aceitar os procedimentos necessários); **família** implica gerir as saudades de casa, o cuidar dos irmãos e planear a alta; **assistência** delegar responsabilidades quando não é capaz de participar nos cuidados à criança, deixando que os profissionais cuidem dela, inclui também o expressar a sua necessidade em ficar sozinho e o espírito comunitário; e por último a **satisfação das necessidades práticas**, como a alimentação, sono, transporte.

Assim, reforça-se que em neonatologia o cuidado seja centrado na família, promovido por ações de enfermagem que visem dar atenção aos pais, conseguidas através da relação de ajuda, com vista a satisfazer as necessidades supra mencionadas, citando Brazelton

(1994:107) “...Aconselharia que todos os pais de prematuros lutassem e entrassem no berçário para conhecerem o bebê antes da alta e sob supervisão. A maioria dos hospitais hoje em dia estão preparados para isto mas, se não estiverem, é tempo de se modificarem...”. Nesta ideia uma participação conjunta nos cuidados ao recém-nascido poderá conduzir a resultados surpreendentes, na melhoria das capacidades destes pais para cuidarem do seu bebê de forma segura. As necessidades de vinculação são fundamentais para o futuro desenvolvimento social e afetivo destas crianças “ ... Um ambiente carinhoso e sensível pode provocar esta melhoria, que não seria esperada pelos profissionais familiarizados com a doença...” (Brazelton, 1994:106).

A relação pais e filhos constitui um dos contextos mais importantes ao nível do processo de socialização da criança, referindo Dix (1991) citado por Cruz (2005:205) “a parentalidade é uma experiência emocional”, este autor desenvolveu estudos que lhe permitiram elaborar o modelo dos processos afetivos na parentalidade, o qual defende que as emoções são adaptativas e possuem um papel regulador no comportamento, sendo que o sistema afetivo parental é, por natureza empático, pois encontra-se organizado de acordo com os objetivos e resultados que traduzem em primeira linha o bem-estar da criança. Assim, a parentalidade eficaz necessita que os objetivos centrados na criança suscitem maior emoção do que aqueles que se centram nos pais. Embora a bibliografia não seja vasta nesta área, considera-se que a forma como os pais influenciam o desenvolvimento da afetividade na criança está provavelmente relacionado com a forma como eles próprios se comportam face às situações com elevada carga emocional que são tão características das relações pais e filhos (Cruz, 2005).

A bibliografia é unânime em considerar a parentalidade como um dos mais exigentes papéis sociais em termos físicos e mentais que os indivíduos encontram nas suas vidas (Janisse et al., 2009). É esperado dos pais que cuidem dos seus filhos por um longo tempo, construindo as condições ideais para o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Ramos, 2005). Segundo Relvas e Alarcão (2002), os pais têm a responsabilidade de cuidar, proteger e socializar as crianças, no entanto, também têm o direito de tomar decisões que estejam relacionadas com a sobrevivência e o direito e o dever de determinar o papel da criança no funcionamento familiar.

Para Cruz (2005), fundamentando-se nos estudos de Bornstein (2002), Palácios e Rodrigo (1998), e Parke e Burriel (1998), a parentalidade pode ser sistematizada nas seguintes funções: satisfazer as necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde; disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, que possibilite a existência de rotinas; dar

resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares; satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança, que se traduz pela construção de relações de vinculação e satisfazer as necessidades de interação social da criança e a sua integração na comunidade.

Nesta linha de pensamento Houzel (2004) refere que o termo parentalidade não pressupõe apenas ser pai, mas sim “tornar-se pai”, que ocorre por meio de um processo mental complexo. Este autor considerou três perspetivas para avaliar as funções parentais: o exercício da parentalidade; a experiência da parentalidade e a prática da parentalidade, ou seja, os direitos e deveres jurídicos subjacentes ao papel parental e a experiência consciente e inconsciente de vir a ser pai e de preencher os papéis parentais.

A transição para a parentalidade constitui um processo complexo, para muitos pais que o são pela primeira vez, aquela que era uma relação saudável a dois pode tornar-se num evento crítico com a adição de um novo membro na família (Nystrom e Ohrling, 2004). Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se pai ou mãe é uma mudança especialmente crítica, porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008).

Segundo Canabarro e Pedrosa (2005) a transição e adaptação para/à parentalidade envolve quatro perspetivas diferentes:

- Vinculação – a parentalidade é centrada na construção da relação entre a figura cuidadora, que oferece a proteção, e o bebé, que procura a segurança;
- Perspetiva ecológica – também numa linha relacional, valoriza um modelo pessoa processo-contexto, reconhecendo a importância de diferentes sistemas sociais, bem como da sua interação e fatores associados, no processo de adaptação a esta transição normativa do ciclo de vida;
- Perspetiva desenvolvimentista – baseada na conceção da transição para a parentalidade como uma fase desenvolvimental acompanhada de tarefas específicas;
- Perspetiva baseada na teoria de *stress* e mudança – o processo de parentalidade baseia-se na conceção de adaptação à crise.

Soares (2008) realizou um estudo sobre a adaptação e exercício da parentalidade, em contexto português, procurando compreender este processo através da análise de conteúdos como a preparação da parentalidade, as condições facilitadoras e inibidoras, a vivência e os resultados do processo de transição na parentalidade. A autora constatou que a preparação

para a parentalidade inicia-se com o desejo de ser mãe/pai. Após a gravidez os pais vão tomando consciência da nova situação e das mudanças que daí surgirão. Com as primeiras manifestações de vida no seu útero, a mulher começa a imaginar como será o seu bebé, atribuindo-lhe características pessoais, passando a desenvolver, a partir deste momento, sentimentos de vinculação que influenciarão a vida da criança. Os pais que planearam a gravidez, que recebem preparação, que possuem mais conhecimentos e mais experiência no âmbito da parentalidade demonstram sentimentos e emoções mais positivas (Soares, 2008).

Quando se refere à transição na parentalidade do tipo situacional como o nascimento de uma criança prematura, verifica-se que a preparação, educação e treino de habilidades contribuem positivamente para este processo (Coffey, 2006). Todos os pais, perante a doença do seu filho, podem duvidar da sua competência para cuidar da criança. Quando se trata de um bebé prematuro esta competência pode ser severamente desafiada pelas mudanças e múltiplas ruturas que a doença provoca no seu dia-a-dia (Maltby, Kristjanson e Coleman, 2003). Jorge (2004) acrescenta que, perante a doença crónica da criança, os pais podem desenvolver as seguintes estratégias de adaptação: busca de informação, apoio social, evitamento ou inibição da ação, redução da tensão e redefinição da situação.

Mercer (2002) refere que o apoio na transição para o papel parental requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva: aumentando a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, incentivando os pais a expressar as suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família.

Para os pais, a doença e a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho, bem como corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo (Sabatés e Borba, 2005).

Pearson e Anderson (2001) afirmam que à medida que os pais aprendem a gerir os problemas da criança, começam a sentir mais controlo no seu papel parental e mais úteis como cuidadores. Neste âmbito, os pais que partilham os cuidados à criança com os profissionais de saúde têm uma experiência mais positiva. Os pais precisam de sentir que estão a fazer o possível pelo seu filho, que a criança recebe o melhor tratamento médico e os melhores cuidados de enfermagem e que, na sua ausência, as necessidades da criança serão atendidas (Coyne 2007).

O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de

uma transição próspera, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (Martins, 2008).

A vinculação é uma das tarefas críticas da parentalidade, realçada pela qualidade emocional desenvolvida nos primeiros anos de vida, a qual é fundamental porque será sempre uma estrutura básica que servirá de referência aos indivíduos, tanto em situações favoráveis como nas adversidades que terão de enfrentar no decurso da sua vida. Na verdade, os laços vinculativos estabelecidos entre pais e filhos são um fator determinante do desenvolvimento futuro da criança.

CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO

O presente trabalho de investigação fundamenta-se, de forma incondicional, no método científico, para conseguir atingir os objetivos delineados, uma vez que insere um conjunto de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para adquirir informações seguras e organizadas (Polit e Hungler, 2004).

Deste modo, a metodologia consiste numa etapa basilar para que a sua realização decorra de modo sistemático e controlado, baseando-se na evidência empírica, com o intuito de alcançar conhecimentos passíveis de serem generalizáveis. A profissão de Enfermagem, conduz a sua prática numa abordagem científica que se recorre e orienta pelo paradigma naturalista (Polit e Hungler, 2004), uma vez que este paradigma de conhecimentos admite que a realidade não é uma entidade fixa, pois existe dentro de um contexto em que muitas construções são possíveis.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar respostas às questões de investigação. Os métodos seguidos vão sendo apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem: conceptualização e objetivos do estudo; definição de variáveis; caracterização da população, instrumento de colheita de dados e procedimentos desenvolvidos na análise dos dados obtidos. Esta orientação pretende permitir uma futura exequibilidade prática do trabalho.

No entanto, o domínio que orienta este estudo é extremamente vasto e, por vezes, ambíguo, pelo que a necessidade em delimitá-lo é preponderante, para que possa precisar o enunciado da nossa questão de investigação. Esta delimitação não se processou de forma linear e objetiva. Ao invés, foram muitas as dúvidas que povoaram a nossa decisão, pois afiguravam-se-nos diversas vertentes de estudo. Porém, após uma ponderação profunda, constatou-se que seria pertinente circunscrever as estratégias que a equipa de enfermagem de uma unidade de neonatologia considera pertinentes para a promoção da vinculação Mãe/Prematuro.

Deste modo, e como já referimos anteriormente, a questão de investigação corresponde em saber:

Quais as estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação Mãe/Bebé Prematuro, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE?

Para o desenvolvimento da temática “Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da Vinculação Mãe/Bebé Prematuro” foi desenvolvido um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal e descritivo. O estudo corresponde a uma investigação não-experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim, ser uma característica do indivíduo. Possui as particularidades de um estudo descritivo, pois recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições (Duarte, 2011).

O objetivo deste estudo é **descrever as estratégias implementadas pelos enfermeiros da equipa da UCIN do HSM, que contribuem para a promoção da vinculação mãe/bebé prematuro.**

1. VARIÁVEIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A ciência encontra-se em constante evolução. Na história da medicina, o que ontem era completamente impossível e hoje é apenas e com muita dificuldade realizável, tornar-se-á rotina amanhã (Barroso, 2001), e muitos dos fenómenos alvos de pesquisa encontram-se no âmbito abstrato, necessitando de sofrer um processo de conceitualização. Neste sentido, no contexto da pesquisa científica, os conceitos em estudo são designados por variáveis, segundo Polit e Hungler, (2004) corresponde a uma variável, como o nome indica, é algo que varia, é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente. As variáveis são suscetíveis de sofrerem classificações, de acordo com o significado que assumem no estudo, pois correspondem a fatores ou circunstâncias que influenciam direta ou indiretamente o fenómeno que estudamos. Procede-se de seguida à referência das variáveis deste estudo, baseadas nos critérios de classificação apresentados por Fortin (2003).

A variável dependente consiste no efeito presumido, é o efeito numa relação causa efeito, ou seja, corresponde àquilo que se quer estudar, que se pretende conhecer, avaliar, e resulta da variável independente (Fortin, 2003). Neste âmbito, o objeto em estudo, a variável dependente corresponde **às estratégias da equipa de enfermagem que promovem a vinculação entre a mãe/bebé prematuro**, ou seja, ao desempenho dos enfermeiros na implementação de ações que consolidem este facto. Assim, será de acordo com a prestação dos enfermeiros que se pode descrever a importância das estratégias que veiculam o estabelecimento da vinculação mãe/prematuro.

Para que esta variável possa ser estudada, torna-se necessário proceder à sua operacionalização, segundo Polit e Hungler (2004), a definição deve especificar o modo como a variável será observada e mensurada na situação de pesquisa. Neste sentido, procedemos à divisão da variável em indicadores, que representam frações mais simples da mesma, possíveis de serem mensuráveis. A operacionalização dos conceitos que constituem a variável dependente deste estudo resulta em quatro domínios da relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e a mãe do prematuro, designadamente:

- Comunicação - Diz respeito à comunicação interpessoal direta, estabelecida entre o enfermeiro e a mãe do bebé prematuro.
- Ensino de Cuidados – Refere-se aos diversos ensinamentos efetuados pelo enfermeiro à mãe, no sentido de promover a autonomia do cuidado ao bebé prematuro.

- Participação Integrada – Relaciona-se com parceria entre enfermeiro/mãe nos cuidados ao bebê prematuro.
- Supervisão de Cuidados – Assenta nos procedimentos observados que visam detetar as dificuldades e problemas das mães bem como as soluções encontradas, no sentido da eficácia da preparação para a alta.

Estes domínios serão estudados de acordo com a dimensão técnica e relacional, pelo que a comunicação será um fator relevante em todos os contextos referidos. No que se refere aos indicadores dos domínios citados, eles serão determinados essencialmente após a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, através do qual pretendemos conhecer as estratégias utilizadas em cada um dos contextos de domínio para promover a vinculação entre mãe/prematuro.

A variável independente corresponde à causa presumida, ou seja à causa do efeito que é estudado, permitindo-nos explicar a variável dependente. Assim, neste trabalho, as variáveis independentes consideradas são as seguintes:

- Género – Esta variável surge com o intuito de caracterização, uma vez que a eficácia não se encontra relacionada diretamente com o sexo, mas sim com a personalidade de cada um, a qual reflete o nível de eficiência, responsabilidade, dedicação e primor. No entanto, é do conhecimento geral, que o sexo feminino apresenta um nível de formação académica superior, fator que poderá condicionar o seu desempenho prático.
- Idade – A idade conduz a uma noção de experiência, de aquisição de conhecimentos resultantes de uma vivência mais longa, e principalmente revela uma alteração progressiva dos objetivos, forma de estar e desempenho na vida profissional.
- Habilitações – Encontram-se relacionadas com a formação académica e profissional que os enfermeiros possuem, implicando a obtenção de um nível de conhecimentos mais profundo e atualizado.
- Categoria Profissional – Pressupõe a existência de diversos papéis distintos dentro da equipa de enfermagem, fator que revela uma experiência prática e teórica distinta, a qual influenciará a sensibilidade e alerta para a necessidade de agir de forma adequada.
- Tempo de Serviço – Associa-se à experiência prática e às vivências desenvolvidas como profissional de enfermagem, as quais contribuem para a diferença de cuidados prestados por cada um, dando ênfase ao tempo de serviço na UCIN.

- Realização Profissional – O grau de satisfação e realização profissional regula, de forma evidente, a eficácia do nosso trabalho. Quanto maior a realização mais dedicação e empenho se coloca no trabalho efetuado.

Verifica-se que todas estas variáveis independentes condicionaram, de um modo ou de outro, a execução adequada dos cuidados, em análise (variável dependente).

2. POPULAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A população corresponde aos sujeitos envolvidos nesta investigação. Citando Polit e Hungler (2004) uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios, ou seja, consiste num conjunto de elementos que satisfazem os critérios de seleção do estudo, definidos anteriormente, e para os quais o investigador pretende efetuar generalizações.

Assim, para a concretização do estudo, a população em referência corresponde aos elementos pertencentes à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) localiza-se no sétimo piso do edifício do Hospital Santa Maria e pertence ao Departamento da Criança e da Família, em similitude com o Serviço de Cirurgia Pediátrica, Genética e Pediatria. Este serviço caracteriza-se por uma unidade em “*open space*”, estruturalmente apresenta a forma de “U”, sendo a sala de trabalho dentro, de um lado da unidade encontram-se as crianças de cuidados intensivos e do outro, as de cuidados intermédios. Tem uma lotação de oito vagas para cuidados intensivos e dez para cuidados intermédios. Possui ainda uma sala designada de pré-alta, com quatro unidades, onde ficam os bebés mais estáveis antes de terem alta para o ambulatório.

A equipa de enfermagem é constituída por um Enfermeiro Chefe e trinta e cinco Enfermeiros. Os enfermeiros encontram-se escalados da seguinte forma: três elementos na área de cuidados intensivos, dois elementos na área de cuidados intermédios e um elemento na sala de pré-alta, em todos os turnos. Ao nível de visitas, não existem restrições de horários para os pais, havendo horário definido para a visita dos avós e irmãos, maiores de 12 anos, sempre acompanhados por um dos pais. Estes participam nos cuidados, tendo possibilidade de informar se estarão presentes durante os cuidados de higiene, por exemplo. Nos cuidados intermédios, existe uma maior parceria de cuidados, pois os bebés já estão mais estáveis clinicamente e os cuidados podem ser prestados com outra dinâmica, contribuindo para minimizar os receios dos pais.

Nesta unidade, na primeira segunda-feira de cada mês, no turno da tarde, é feita uma reunião de pais, presenciada por uma enfermeira da UCIN, onde os pais falam e partilham os medos, as experiências e as expectativas futuras. Esta reunião é de grande utilidade, pois os pais apoiam-se uns aos outros, para além de ajudarem os enfermeiros a adequar os cuidados às necessidades destes. Às quartas-feiras, existe, quando se justifica, a visita domiciliária, que é realizada por uma enfermeira especialista em parceria com a Associação Gil. A enfermeira

tem como objetivo observar o estado da criança após a alta e de garantir que estas recebem cuidados adequados às suas necessidades. Preconiza-se também a distribuição de cada criança internada por um enfermeiro da equipa, que será o enfermeiro de referência daquele bebé e família, no sentido de permitir a proximidade com os pais e o serviço, sendo este que normalmente esclarece as dúvidas mais prementes, se integra da história familiar e realiza a carta de alta de referência de enfermagem.

Pretendemos trabalhar com todos os elementos constituintes da equipa de enfermagem que se disponibilizem para participar. Pelas dimensões das equipas de enfermagem das unidades citadas e também pela necessidade de tornar a investigação um processo de teor científico elevado, no sentido de extrapolar resultados, não se preconiza a elaboração de uma amostra da população. A escolha desta população prende-se, não apenas com a versatilidade de características dos seus elementos, mas também com o conhecimento de que a temática em análise é bastante pertinente num serviço de Neonatologia, no qual a equipa de enfermagem detém um papel preponderante no sentido de colmatar as dificuldades inerentes ao processo de vinculação mãe/prematuro, resultantes da situação análoga em que estes bebés se encontram. A autorização para a realização do estudo nesta população pode ser visualizada no Anexo 1.

3. MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS DE INVESTIGAÇÃO

A determinação do método de colheita de dados encontra-se intimamente relacionada com o tipo de estudo a efetuar, surgindo de acordo como tipo de variáveis e a sua operacionalização, sendo a sua implementação preponderante para o sucesso do estudo de investigação. A implementação da metodologia preconiza o cumprimento das vertentes éticas, implementando as diretrizes de informação e consentimento de todos os intervenientes. O método para permitir a colheita de dados, neste estudo particular, corresponde ao **Questionário** por nós elaborado (ver Apêndice 1). Segundo Fortin (2003) o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, para Gil (1999:128) “Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”.

Este método apresenta algumas vantagens, nomeadamente a economia de custos e tempo, permite o anonimato total e a diminuição da tendenciosidade das respostas, uma vez que o entrevistador não se encontra presente no decorrer das respostas, exige menor habilidade para a aplicação; pode ser aplicado a um grande número de pessoas ao mesmo tempo; as frases padronizadas garantem maior uniformidade para a mensuração; menor pressão para uma resposta imediata, o pesquisado pode pensar com calma (Goldenberg, 1997). No entanto também possui algumas desvantagens, designadamente tem um índice baixo de resposta e a estrutura rígida impede a expressão de sentimentos (Polit, Beck e Hungler, 2004), situação que se pretende colmatar com o recurso às perguntas abertas.

Consultada a escassa literatura existente sobre a temática deste estudo, não foi possível encontrar um questionário que servisse os fins em vista, pelo que houve necessidade de construir o método de colheita de dados. Assim, o questionário engloba duas componentes; a primeira componente destina-se à avaliação das características sociodemográficas da população (sexo, idade, habilitações, categoria profissional, tempo de serviço, tempo de serviço na UCIN e realização profissional). Na segunda componente encontram-se dez questões, cinco delas fechadas, cujas respostas de escolha múltipla surgiram de acordo com uma escala ordinal (organizada com os indicadores nunca, raramente, por vezes, frequentemente e sempre), em que cada opção se traduzirá num valor quantitativo, o qual corresponderá à classificação de comportamento, e cinco questões abertas que serão

analisadas de acordo com as dimensões anteriormente determinadas, designadamente comunicação, ensino de cuidados, participação integrada e supervisão de cuidados, no sentido de obter indicadores reveladores das estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/prematuro, na unidade em estudo.

O recurso ao questionário, como processo de recolha de dados, justifica-se por permitir recolher um número elevado e diversificado de informações, num curto período de tempo. Para este estudo pretendeu-se encontrar resposta rápida para as questões formuladas e já atrás referenciadas, sem descurar a caracterização da população que emitiu as informações e em relação à qual as respostas ganham significado. No entanto, devido a dimensão da temática em análise houve necessidade de colocar questões abertas, no sentido de recolher com vista a obter informações que nos permitam o conhecimento e a compreensão da problemática em estudo, pois o que se pretende é conseguir o leque de respostas mais representativo possível que permita cumprir os objetivos do estudo e que proporcione respostas a questões-chave (Bell, 2004:99).

Antes de ser iniciada a fase de recolha de dados foi elaborado um pré questionário, o qual foi distribuído a cinco elementos que pertenciam à equipa de enfermagem alvo do estudo, com o intuito de permitir a averiguação da objetividade, da compreensão, da correção sintática e semântica das questões. Após a testagem e feitas as alterações sugeridas, considerar-se validado o questionário, dando assim cumprimento ao que é sugerido por Bell (2004:128) que, “Todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados”.

Foi entregue pessoalmente à Enfermeira Chefe da UCIN um envelope, contendo os questionários (35 exemplares), os quais a Sr^a Enfermeira-Chefe fez chegar aos elementos da equipa de enfermagem, tendo o trabalho de distribuição e posterior recolha dos questionários impressos, recaído sobre a mesma.

Os questionários foram acompanhados de uma informação sobre o teor da investigação, contendo também o correio eletrónico do autor e orientador deste trabalho, no sentido de esclarecer qualquer dúvida que surgisse. No entanto, sentiu-se necessidade de efetuar este esclarecimento de forma pessoal, pelo que foi realizada uma reunião entre a equipa de enfermagem e o investigador, na qual foi explicado o propósito da investigação e solicitada a participação dos elementos da equipa de enfermagem.

Por razões éticas e legais, para a recolha dos dados deste estudo, foram obtidas as devidas autorizações das instituições onde foi levado a cabo esta recolha de informação, por meio de um pedido formal de autorização dirigido à Direção de Enfermagem do Hospital

Santa Maria, na pessoa da Sr^a Enfermeira Diretora, no qual foi claramente apresentada a temática em estudo, os objetivos da investigação e as condições em que será feita a colheita de dados. Também foi obtido o consentimento livre e informado de todas os participantes, e garantido o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, acautelando ao mesmo tempo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. Foi ainda pedida sinceridade nas respostas, dando a opção de desistir a qualquer momento ou de não entregar o questionário no final, sem o dever de justificar e sem ser penalizado.

A ética corresponde à ciência que permite a regulamentação dos princípios que orientam a nossa vivência em sociedade, assentando essencialmente no sentido de responsabilidade e respeito pelo outro (Gelain, I., 2010).

Como profissionais de enfermagem desenvolvemos um papel preponderante, na implementação dos princípios éticos fundamentais na relação com o utente e a sua família. Assim, a atuação dos enfermeiros deve visar a promoção e salvaguarda dos interesses e direitos dos utentes, doentes ou sãos. Nesta perspetiva, o enfermeiro deverá garantir aos utentes a qualidade dos cuidados exigidos pelos mesmos através da criação de condições de trabalho favoráveis à prática responsável do exercício de enfermagem (Figueiredo, 2004). Para permitir fundamentar e regular o desempenho ético, evitando violações dos valores e direitos de cada ser humano, procedeu-se à elaboração de códigos de ética, como a Declaração de Helsínquia (2008) e o Código de Nuremberg (1947), ambos de âmbito internacional. Na área concreta da Investigação, referencio o Relatório de Belmont (1978), segundo o qual cita três princípios éticos fundamentais, designadamente:

- Princípio de respeito pela dignidade humana, que engloba o direito à autodeterminação, direito à revelação completa e consentimento autorizado. Reconhece o domínio do paciente sobre a sua própria vida, requerendo o respeito de todos, principalmente do profissional de saúde para com a sua vontade.
- Princípio da beneficência, o qual preconiza o bem-estar do paciente, implicando não causar dano, evitando expô-lo a qualquer risco, procurando realizar uma avaliação ponderada da relação risco/benefício.
- Princípio da Justiça salienta a equidade na distribuição de bens e benefícios, englobando o direito de igualdade de oportunidades e a um tratamento que respeite a privacidade e individualidade de cada um, observando o doente como um ser holístico.

Os direitos da Criança bem determinados e fundamentados, por diversos Organismos de destaque nacional e internacional, são fundamentais como guia regulamentador da prática em saúde, quando lidamos com uma população tão peculiar e fundamental – as crianças (Sociedade portuguesa de Pediatria. *Direitos da Criança*).

Em suma, se por um lado, se primar pelo desenvolvimento de uma conduta responsável que vise os direitos e interesses do cidadão/criança, contribui-se para a dignidade e sucesso da profissão. Preconiza-se na implementação deste trabalho uma conduta regida por este conjunto de princípios éticos.

CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

A análise dos resultados pode ser entendida como um processo organizado, com vista a obter informações que nos permitam o conhecimento e a compreensão dos casos em estudo, contribuindo para dar resposta à questão de investigação e ao objetivo do estudo, designadamente: **descrever as estratégias implementadas pelos enfermeiros da equipa da UCIN do HSM, que contribuem para a vinculação mãe/bebé prematuro.**

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

Pretende-se enunciar a apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados (questionário). Propõe-se descrever e explicar o fenómeno em estudo com recurso à descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos através dos dados recolhidos nos questionários. Estes serão apresentados através de quadros por forma a organizar e sistematizar melhor a informação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta à questão de investigação anteriormente formulada e ao objetivo do estudo.

1.1 Caraterísticas da População

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos, são evidenciadas um conjunto de caraterísticas da população, em relação às diversas variáveis em estudo. Como foi referido anteriormente a população é constituída por trinta e cinco elementos, no entanto obtivemos apenas resultados de trinta questionados (N=30).

Em relação à variável **género** está presente uma população determinantemente feminina (96,67%), uma vez que nesta equipa de enfermagem existe apenas um membro do sexo masculino (3,33%). Consta-se que a população investigada salienta uma **idade** superior ou igual a 46 anos (30%), seguida em concordância com o intervalo de 36-40 anos e 26-30 anos, ambos com 20%, sendo o intervalo de menor expressão o referente à idade inferior ou igual a 25 anos com 6,67%. Relativamente às **habilitações** verifica-se que a maioria da população é detentora do grau Licenciatura (70%), seguida do grau Pós-Graduação (16,67%), o Bacharelato e o Mestrado estão equiparados correspondendo a 6,67% da população. A **categoria profissional** da população em análise reside essencialmente na designação de Enfermeiro (83,33%), seguida de Enfermeiro Especialista com 16,67%, destes 13,33% são especialistas em Saúde Infantil e Pediatria e 3,33% especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

No que concerne ao **tempo de serviço**, verifica-se um equilíbrio entre os intervalos de superior ou igual a 21 anos e entre 6 a 10 anos de serviço, ambos com 23,33%. Esta similitude também está patente nos intervalos de 11-15 anos e inferior ou igual a 5 anos de serviço, com 13,33%, por último, o intervalo de 16-20 anos de serviço é aquele que apresenta maior expressividade com 26,67%. Consta-se através do gráfico que o intervalo entre os 16-20 anos assume maior relevância face ao **tempo de serviço na UCIN** (33,33%), seguido do

intervalo inferior ou igual a 5 anos com 26,67%. O intervalo com menor expressão corresponde ao 11-15 anos com 6,67%.

A variável **realização profissional** pretende indicar se o enfermeiro questionado se encontra satisfeito com a evolução do seu projeto de vida, na vertente profissional. Cientes de que a realização pessoal constitui uma temática complexa, podendo ser abordada por diversas perspetivas e medida segundo escalas específicas, apenas pretendemos apontar de forma muito simples se os enfermeiros questionados estão satisfeitos com a sua situação profissional. Assim, o indicador “Bastante” assume mais de metade da população questionada face à satisfação profissional (56,67%), seguida do indicador “Muita” com 33,33%, o indicador “Alguma” com 10%.

Quadro 1 - Características da Equipa de Enfermagem UCIN - HSM

Caraterísticas da População	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Género		
Feminino	29	96,67%
Masculino	1	3,33%
Total	30	100%
Idade (Anos)		
≥46	9	30%
(41-45)	3	10%
(36-40)	6	20%
(31-35)	4	13,33%
(26-30)	6	20%
≤25	2	6,67%
Total	30	100%
Habilitações		
Mestrado	2	6,67%
Pós-Graduação	5	16,67%
Licenciatura	21	70%
Bacharelato	2	6,67%
Total	30	100%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	25	83,33%
Enfermeiro Especialista	5	16,67%
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	4	13,33%
Especialista em Saúde Comunitária	1	3,33%
Total	30	100%
Tempo de Serviço (Anos)		

≥21	7	23,33%
(16-20)	8	26,67%
(11-15)	4	13,33%
(6-10)	7	23,33%
≤5	4	13,33%
Total	30	100%
Tempo de Serviço na UCIN (Anos)		
≥21	4	13,33%
(16-20)	10	33,33%
(11-15)	2	6,67%
(6-10)	6	20%
≤5	8	26,67%
Total	30	100%
Realização Profissional		
Muita	10	33,33%
Bastante	17	56,67%
Alguma	3	10%
Total	30	100%

1.2 Análise dos Domínios: Comunicação, Ensino de Cuidados, Participação Integrada e Supervisão de Cuidados

No sentido de compreender se a vinculação constitui uma temática relevante na prática profissional da população em estudo, colocou-se a questão nº8 no questionário, a qual conduziu aos seguintes resultados: a maioria dos questionados referiu “sempre” (83%), apenas 13% considera a vinculação relevante “frequentemente”, 3% “por vezes”, como se pode observar no quadro 2.

Quadro 2 - Importância da vinculação na prática de enfermagem

Importância da vinculação na prática de enfermagem	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Sempre	25	83,33%
Frequentemente	4	13,33%
Por vezes	1	3%
Total	30	100%

De acordo com o que foi referido anteriormente as dimensões que operacionalizam a variável dependente correspondem: comunicação, ensino de cuidados, participação integrada

e supervisão de cuidados. Neste âmbito irá proceder-se a análise das respostas obtidas em cada uma destas dimensões. As respostas que resultam das perguntas fechadas serão analisadas de acordo com o método estatístico anteriormente utilizado, apresentando os valores em quadros de frequências absolutas e relativas.

As respostas às perguntas abertas serão alvo de análise de conteúdo, citando Berelson (2011) consiste numa técnica de investigação que resulta da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Para a implementação deste método recorreu-se as etapas referenciadas por Bardin (2000):

- Pré-Análise - elaboração dos domínios que fundamentam a interpretação final, designadamente: comunicação, ensino de cuidados, participação integrada e supervisão de cuidados.
- Codificação - Consiste no processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – Procura-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, quadros, figuras, modelos etc.

Deste modo, após a leitura exaustiva do conjunto de respostas a serem analisadas, determinaram-se as unidades de registo, as quais foram quantificadas e associadas às diferentes categorias para cada uma das dimensões, permitindo determinar as frequências relativas e absolutas de cada uma das categorias. Para esta etapa do trabalho, tivemos em conta os critérios de homogeneidade, exaustividade (esgotam a totalidade do texto); exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em duas categorias diferentes); objetividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais); adequação ou pertinência (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo do estudo) (Oliveira, 2004). A apresentação dos resultados será efetuada através de quadros, para cada uma das dimensões, que representam as descrições cursivas das categorias, acompanhadas da unidade de registo mais significativa para cada categoria. A totalidade das respostas (unidades de registo) poderá ser visualizada no Apêndice 2.

Na dimensão **Comunicação**, os enfermeiros questionados afirmam que transmitem a informação necessária aos pais sobre o seu bebé, “sempre” e “frequentemente” (43%), apenas 7% o faz “por vezes” e 3% “raramente” ou “nunca”, como se observa no quadro 3.

Quadro 3 - Transmissão da informação necessária aos pais

Transmissão da informação necessária aos pais	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Sempre	13	43,33%
Frequentemente	13	43,33%
Por vezes	2	6,67%
Raramente	1	3%
Nunca	1	3%
Total	30	100%

Inseridos na dimensão da comunicação pretende-se saber quais os mecanismos de comunicação que os enfermeiros utilizam no contacto com a mãe do bebé prematuro, neste sentido, foi colocada uma questão nº4, analisada segundo o referido anteriormente e expresso no quadro 4. Note-se que apenas 26 dos 30 inquiridos responderam a esta questão.

Da análise do quadro 4 resulta a compreensão que a comunicação oral é utilizada por todos os enfermeiros que responderam à questão (100%), a comunicação escrita por apenas 76,92% dos enfermeiros, o método de demonstração por 38,46%, a escuta ativa é praticada por 34,62% dos enfermeiros, e apenas 19,23% fazem referência ao feedback como um mecanismo utilizado na comunicação com a mãe do bebé prematuro.

Quadro 4 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Comunicação

Dimensão	Categorias	Definição	Unidades de Registo	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Comunicação (Diz respeito à comunicação interpessoal direta, estabelecida entre o	Comunicação Oral	Refere-se as afirmações que relatavam a troca de mensagens utilizando o recurso a oralidade, utilizando a	“...linguagem verba clara e adequada à mãe do recém-nascido...” (Q29)	26	100%

enfermeiro e a mãe do bebé prematuro)		linguagem verbal e a não-verbal.			
	Comunicação Escrita	Agrupam-se as respostas que indicavam a troca de mensagens utilizando a escrita.	“...fornecer informação em suporte de papel...” (Q8)	20	76,92%
	Demonstração	Inclui-se as afirmações que indicavam a utilização do processo em que se executa uma determinada operação.	“...e comunicação não verbal, por exemplo através da demonstração...” (Q9)	10	38,46%
	Escuta Ativa	Registam-se as afirmações que indicavam que durante o processo de comunicação o enfermeiro (recetor) interpretava e compreendia a mensagem da mãe (emissor).	“...oiço atentamente todas as dúvidas...” (Q21)	9	34,62%
	Feedback	Agrupam-se as afirmações que correspondem à informação que o emissor (enfermeiro) consegue obter e pela qual sabe se a sua mensagem foi captada pelo recetor (mãe).	“...comunicação verbal, através do fornecimento de toda a informação necessária, e da validação da mesma (feedback)...” (Q1)	5	19,23%

Em relação à dimensão **Ensino de Cuidados**, foi colocada a questão número cinco do questionário que pretendia conhecer se os enfermeiros demonstravam à mãe os cuidados necessários a efetuar ao bebé prematuro, e verificou-se que mais de metade dos enfermeiros inquiridos demonstra “frequentemente” à mãe os cuidados a executar ao bebé (56,67%), 40% demonstra “sempre” esses cuidados e apenas 3,33% o fazem por “vezes”.

Quadro 5 - Demonstração dos cuidados à mãe do bebé prematuro

Demonstração dos cuidados à mãe do bebé prematuro	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Sempre	17	56,67%
Frequentemente	12	40%
Por vezes	1	3,33%
Total	30	100%

Relativamente aos mecanismos utilizados pelos enfermeiros na demonstração à mãe dos cuidados a implementar ao recém-nascido, apenas 26 dos inquiridos respondeu a esta questão, e as respostas podem ser visualizadas no quadro 6. Com a análise deste quadro verifica-se que a categoria “explicar” é implementada por 92,30% dos enfermeiros que responderam à questão, a categoria “supervisão” é assumida por 76,92% dos enfermeiros, e por último a categoria “motivar” retrata 19,23% dos enfermeiros que responderam à questão.

Quadro 6 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Ensino de Cuidados

Dimensão	Categorias	Definição	Unidades de Registo	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Ensino de Cuidados (Refere-se aos diversos ensinamentos efetuados pelo enfermeiro à mãe, no sentido de promover a	Explicar	Refere-se à informação dos objetivos de cada procedimento, bem como da explicação de como se executa o cuidado a ser ensinado à mãe do bebé prematuro.	“...ensinar a mãe através da explicação cuidada...” (Q6)	24	92,30%

autonomia do cuidado ao bebê prematuro)	Supervisionar	Agruparam-se as respostas que indicavam o acompanhamento da mãe na execução do cuidado, nomeadamente a colocação de questões e o esclarecimento de dúvidas.	“...validar e acompanhar a demonstração...” (Q10)	20	76,92%
	Motivar	Incluem-se as afirmações que indicavam a motivação da mãe e a correção de erros com reforço positivo.	“...acentuar o envolvimento da mãe nos cuidados...” (Q20)	5	19,23%

Compreende-se, através do quadro 7 que relativamente à dimensão **Participação Integrada** entre a mãe e o enfermeiro nos cuidados prestados ao prematuro é uma realidade “frequentemente” praticada pelos questionados (60%), sendo que 36,66% a preconizam “sempre” no seu contexto laboral e apenas 3,33% o faz “por vezes”.

Quadro 7 - Participação integrada enfermeiro/mãe do bebê prematuro

Participação integrada enfermeiro/mãe do bebê prematuro	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Sempre	11	36,66%
Frequentemente	18	60%
Por vezes	1	3,33%
Total	30	100%

Face às estratégias implementadas pelos enfermeiros para fomentarem a participação da mãe nos cuidados ao bebê prematuro, salientam-se os referenciados no quadro 8, sendo que dos 30 inquiridos apenas 26 responderam a esta questão.

A categoria “explicar/incentivar” constitui a referência mais significativa nomeada pelos enfermeiros como uma das estratégias utilizadas para fomentar a participação integrada (100%), seguida do reforço positivo da iniciativa e autonomia da mãe com 65,38%. A

referência à dimensão “apoiar” surge com 42,30% e 19,23% dos enfermeiros que responderam à questão fazem alusão à negociação de decisões, como uma estratégia de participação integrada.

Quadro 8 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Participação Integrada

Dimensão	Categorias	Definição	Unidades de Registo	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Participação Integrada (Relaciona-se com a parceria entre enfermeiro/mãe e nos cuidados ao bebé prematuro)	Explicar/Incentivar	Agruparam-se as respostas que indicavam a explicação e o incentivo do processo de vinculação, designadamente o contacto físico (toque, colo, método canguru, aleitamento materno, contensão etc).	“...explicar a importância do envolvimento da mãe nos cuidados...” (Q26)	26	100%
	Reforçar	Consiste em reforçar positivamente a iniciativa e autonomia da mãe na prestação de cuidados ao bebé.	“...envolver os pais nos cuidados ao bebé...” (Q9 e Q22)	17	65,38%
	Apoiar	Compõe-se em demonstrar flexibilidade e disponibilidade para acompanhar a mãe na prestação dos cuidados ao bebé.	“...apoiar os pais nos cuidados, avaliando dificuldades...” (Q1,Q11,Q15)	11	42,30%
	Negociar	Refere-se a negociar as decisões e estratégias relacionadas com o bebé, entre o enfermeiro e a mãe.	“...Convidar a participar, com o meu apoio...”	5	19,23%

Com do quadro 9 verifica-se que em relação à dimensão **Supervisão de Cuidados**, a maioria dos enfermeiros questionados o faz “frequentemente” (63,33%), seguido do item “sempre” com 33,33%, e apenas 3,33% a executa “por vezes”.

Quadro 9 - Supervisão dos cuidados à mãe do bebé prematuro

Supervisão dos cuidados à mãe do bebé prematuro	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Sempre	19	63,33%
Frequentemente	10	33,33%
Por vezes	1	3,33%
Total	30	100%

Relativamente aos mecanismos utilizados pelos enfermeiros na supervisão dos cuidados prestados pela mãe, destacam-se os citados no quadro 10, sendo que dos 30 inquiridos apenas 26 responderam a esta questão.

No âmbito dos mecanismos utilizados pelos enfermeiros na supervisão dos cuidados prestados pela mãe, verifica-se que prestar atenção e clarificar são os mais referidos, em 76,92% dos questionários respondidos. Depois aparecem os seguintes mecanismos por ordem de relevância de resposta: solucionar problemas (50%) e orientar (26,92%).

Quadro 10 - Grelha de codificação de respostas relacionadas com a dimensão Supervisão de Cuidados

Dimensão	Categorias	Definição	Unidades de Registo	Frequência Absoluta (Fi)	Frequência Relativa (fr) (%)
Supervisão de Cuidados (Assenta nos procedimentos observados que visam detetar as dificuldades e problemas das mães, bem como as soluções	Prestar Atenção	Agruparam-se as respostas que indicavam comportamentos de atender ao que a mãe diz, às suas dúvidas e necessidades).	“...apoio direto quando os pais necessitam de conversar...” (Q13)	20	76,92%
	Clarificar	Consiste em interrogar e fazer afirmações que ajudam a clarificar e compreender o comportamento em análise.	“...vou perguntando se tem dúvidas...” (Q28)	20	76,92%

encontradas, no sentido da eficácia da preparação para a alta do bebé prematuro).	Solucionar Problemas	Compõe-se em deslocar o foco da discussão do estudo das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda a ponderar os prós e os contra das soluções apresentadas.	“...arranjo alternativas nas dificuldades...” (Q18)	13	50%
	Orientar	Refere-se a estabelecer critérios, traçar metas e condicionar colocando limites para a sua execução.	“...avalio conhecimentos adquiridos...” (Q4)	7	26,92%

Face à questão sobre a preparação para a alta, todos os enfermeiros questionados foram unânimes na resposta que o ensino e o apoio são fundamentais e os pilares de uma elevada autonomia da mãe na prestação dos cuidados ao seu bebé. Assim, com o ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que os permitam satisfazer adequadamente as necessidades do seu filho. Pelo encaminhamento, o enfermeiro reconhece a importância de recorrer a outros profissionais de saúde ou a outros apoios existentes na comunidade, essenciais para a recuperação total da criança e sua ida para casa (Ferreira e Costa, 2007; Borges, 2005).

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

Com a apresentação dos resultados torna-se pertinente enunciar, o que de forma empírica, maior realce adquiriu nos dados obtidos, com o intuito de retorquir aos objetivos do nosso estudo.

Assim, a discussão dos resultados consiste numa fase essencial de um estudo científico, pois permite compreender os dados recolhidos e confrontá-los com as conceptualizações teóricas que serviram de pilar à investigação.

É na discussão que o investigador examina os principais resultados da investigação, ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, acareando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis (Fortin, 2003). Desta forma, procuramos ao longo deste capítulo fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, elevando a opinião de autores consultados.

O número de enfermeiros questionados corresponde a um total de 30 elementos, da totalidade da equipa de enfermagem, formada na globalidade por 35 profissionais. Os enfermeiros do sexo feminino prevalecem de uma forma marcante nesta equipa (96,67%), bem como os profissionais com idade superior a 46 anos (30%), o que nos leva a induzir que a experiência profissional é evidente no seio desta equipa. Pois, as experiências de vida ou profissionais dos enfermeiros, as suas vivências, sentimentos, influenciam a prestação de cuidados realizados em parceria aos recém-nascidos prematuros (Borges, 2005).

No que se refere às habilitações literárias a licenciatura assume a extensão mais presente (70%), em concordância com a categoria profissional de Enfermeiro (83%), em que a categoria de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria é francamente insuficiente para as necessidades de cuidados específicos deste serviço, com um estado de 13,33% dos enfermeiros auscultados.

A variável tempo de serviço é determinada pela categoria 16-20 anos com 26,67% e 33,33% dos indagados, relativamente ao tempo de serviço e ao tempo de serviço na UCIN. Realça-se assim que esta equipa possui elevada experiência prática e vivências desenvolvidas como profissionais de enfermagem, as quais contribuem para a diferença de cuidados prestados por cada um.

Evidente neste estudo é a classificação da variável satisfação profissional a qual se apresenta maioritariamente com o item “bastante” com 56,67% e “muito” 33,33%. Este fator encontra-se fortemente relacionado com a motivação, podendo inferir de forma empírica que o grau de satisfação e realização profissional regula, de forma intuitiva, a eficácia do nosso trabalho.

Outro aspeto a salientar do trabalho relaciona-se com a importância que os enfermeiros investigados atribuem a temática da vinculação mãe/bebé na sua prática diária, a qual mereceu a atribuição de “sempre” em 83,33% das respostas. Esta inferência reforça a pertinência e atualidade do nosso estudo, bem como salienta o facto da população abordada possuir consciência da relevância do processo vincutivo, pois citando Bayle e Martinet (2008:30) “Para Bowlby (1958/1989), o modo como a criança se vincula à mãe é o espelho da interação da mãe com ela. A vinculação segura leva à auto-estima, autonomia e intimidade...”. Existe assim, uma concordância entre a realidade estudada e a bibliografia consultada, pois ambas refletem os estudos realizados por Klaus e Kennell demonstraram que estes enfermeiros devem possuir um duplo objetivo, não apenas centrado no cuidado ao bebé, mas também desenvolver empatia com os pais, ajudá-los a vincularem-se ao bebé (Brazelton, 1994).

Deste modo, o envolvimento e investimento dos profissionais de saúde é imperativo porque, citando Biscaia (2001:62), “a inexistência de laços vincutivos iniciais com uma figura materna e/ou paterna só pode ser ultrapassada por um mundo imaginário a que um pequeno objeto ou a simples memória de um gesto dão a consistência de realidade inabalável. Só essa memória permite uma resiliência que irá tornar possível encontros de alteridade com um futuro de permanência. (...) Ora, esse encontro deve conter em si os condimentos da eternidade.”.

A dimensão comunicação é tida em conta sempre e frequentemente por 43,33% dos enfermeiros abordados, sendo que as estratégias mais utilizadas resultam da comunicação oral com 100% do volume total de respostas. Esta conclusão é reforçada pelos estudos de Hallström, Runesson e Elander (Andraus et al., 2004) que revelam a comunicação como essencial na relação entre pais e profissionais de saúde, evidenciando a importância de ser informado, obter conhecimentos próprios (desejando que as suas informações tenham crédito perante a equipa) e parceria (desejo de participar nas decisões). Nesta linha de pensamento surge também a ideia defendida por Brazelton (1994) que afirma que os pais relacionam-se com o bebé através da informação veiculada pela equipa de saúde.

O ensino de cuidados é também valorizado pela população estudada com índices de frequentemente e sempre, entre percentagens de 56,67% e 40%, respetivamente. As estratégias mais citadas pelos enfermeiros nesta dimensão foram explicar o modo de execução do cuidado, com 92,30%, seguido da supervisão da execução do mesmo (76,92%). Assim sendo, reforça a ideia de que o ensino é visto como uma parte importante da prestação de cuidados com os pais do recém-nascido prematuro (Martinez, Fonseca & Scochi, 2007; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007). É pelo ensino que os pais se tornam pais seguros e capazes de cuidarem do seu filho. Smeltzer e Bare (2000:36) definem ensino como “(...) a ajuda a uma outra pessoa para aprender”, enfatizando a realidade estudada ao afirmar que a demonstração e prática são uma técnica de ensino muito eficaz quando há habilidades a serem aprendidas. No caso de pais de bebés prematuros esta técnica torna-se fundamental pois permite o toque o que por sua vez irá promover o vínculo pais-bebé (Martinez *et al.*, 2007; Rabelo *et al.*, 2007).

Outra situação verificada através do estudo relaciona-se com a participação integrada, que constitui uma conduta sempre e frequentemente adotada pela população analisada, com 36,66% e 60% das respostas, designadamente. A saliência nesta dimensão é obtida pela explicação e incentivo ao processo de vinculação com 100%, seguida da estratégia de reforçar positivamente a iniciativa materna no cuidar e a partilha de informação e conhecimentos com 65,38%. Em consonância com esta realidade realça-se que, a participação dos pais nos cuidados ao bebé implica o desenvolvimento de uma relação de confiança entre esses e os enfermeiros (Ferreira e Costa; Pinto e Figueiredo, 1995; Batalha, Franco e Matos, 1999). Sasidharan, Gokul, Anoop e Vijayakumar (2005), no seu estudo sobre os “benefícios da participação materna em enfermarias neonatais”, corroboram estas afirmações ao esclarecerem que as vantagens da participação materna nas enfermarias neonatais são superiores às desvantagens, exceto em casos de doença grave e neonatos muito imaturos. Assim, Andraus *et al.* (2007) acrescentam que é importante os enfermeiros respeitarem as opiniões, reconhecerem e atenderem às necessidades da família, neste caso dos pais, promovendo deste modo a relação de ajuda e, conseqüentemente, a prestação dos cuidados de qualidade por parte dos pais.

Por último, a dimensão de supervisão dos cuidados é também valorizada sempre (33,33%) e frequentemente (63,33%) na prática diária da população estudada. Sendo que os mecanismos mais referidos são prestar atenção e clarificar ambos com 76,92%, seguido de solucionar problemas com 50%. Citando Nelson (2003) os enfermeiros que trabalham nessas unidades devem estar atentos a estas questões e tornarem-se elementos facilitadores do

processo, nomeadamente através do encorajamento da ligação /compromisso materno. Deste modo, e corroborando Sá Chaves (2002) o enfermeiro supervisor de cuidados parentais, tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, devendo considerar as experiências passadas, os sentimentos, as perceções e capacidades de auto reflexão, criando um ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal de ambos.

Neste âmbito surge também a referência à preparação para a alta que se encontra relacionada com todas as estratégias anteriormente descritas, uma vez que se inicia no momento da admissão do bebé na unidade e procura envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, no sentido de veicular o desenvolvimento da segurança, autonomia e responsabilidade dos pais pelos cuidados e bem-estar do bebé em casa, contribuindo para elevar a qualidade de vida do bebé pré-termo (Buarque, 2006). Esta ideia está coadunada com a realidade da população em estudo, demarcada pelas suas respostas e pela organização do serviço, nomeadamente na existência na UCIN de uma sala de pré-alta, bem como de uma consulta de visita domiciliária no contexto ambulatório.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu constatar a importância relevante que a investigação assume no desenvolvimento e evolução da ciência, nomeadamente da enfermagem. Salienta-se o significado deste trabalho no âmbito da evolução académica e profissional do autor, não só pela temática em questão mas, sobretudo, pelos conhecimentos metodológicos que implica e pelos resultados obtidos. Foi sem dúvida um grato desafio e uma útil inovação!

No que se refere ao conteúdo temático em estudo, apraz-nos realçar que a execução do trabalho demonstra a pertinência e atualidade do tema, enfatizando-se o sentido da sua realização. Como se refere ao longo do estudo, com o nascimento prematuro de um filho, os pais experimentam sentimentos de frustração, angústia, raiva, culpa e incompetência por não terem sido capazes de gerar um filho saudável. Estes sentimentos são agravados pela admissão do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais logo após o seu nascimento, surgindo o medo de perda do filho que se apresenta tão pequeno e frágil (Hockenberry et al., 2006). O receio pela morte do filho origina muitas vezes nos pais uma necessidade de se afastarem, como forma de se protegerem (Brazelton, 2004).

Podemos afirmar que a equipa de enfermagem assume um papel basilar na promoção do vínculo mãe/prematuro durante o internamento do bebé Hockenberry et al. (2006:249) referem que o “... vínculo materno é um processo cumulativo que se inicia antes da conceção, fortalece-se por momentos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto mãe-filho durante o período neonatal e a primeira infância.”. Pierre Budin, citado por Gomes-Pedro (1985), o pai da Neonatologia, defendia a permanência das mães junto dos bebés prematuros durante a sua estadia no hospital, referindo que se tal não ocorrer, podemos salvar o bebé, mas perdemos a mãe. Assim, as questões que refletem preocupação e urgência, só emergirão no plano da resolução, se forem devidamente analisadas, debatidas e ponderadas.

A população deste estudo caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo feminino (96,67%), com idade superior aos 46 anos (30%), detentora do grau académico licenciatura (70%), sendo a categoria profissional de enfermeiro a mais significativa (83,33%). A experiência profissional também se denota pela variável tempo de serviço em que 26,27% dos enfermeiros possui entre 16 a 20 anos de tempo de serviço e 33,33% enquadram-se no intervalo 16-20 anos de tempo de serviço na UCIN. Os enfermeiros questionados afirmaram na sua maioria que a vinculação constitui uma temática relevante na sua prática profissional

(83,33%), bem como mais de metade da população sondada afirmou que sente bastante realização profissional (56,67%).

Em relação às estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/bebé prematuro, foram conhecidas de acordo com as dimensões estabelecidas. Assim, em relação à dimensão comunicação, as estratégias utilizadas são a comunicação oral (100%) e escrita (76,92%), a demonstração (38,46%), a escuta ativa (34,62%) e o feedback (19,23%). Na dimensão ensino de cuidados chegou-se às seguintes estratégias: explicar (92,30%), supervisionar (76,92%) e motivar (19,23%). As estratégias presentes na dimensão participação integrada consistem em explicar/incentivar (100%), reforçar (65,38%), apoiar (42,30%) e negociar (19,23%). Por último, a dimensão supervisão de cuidados levou às estratégias prestar atenção e clarificar (76,92%), solucionar problemas (50%) e orientar (26,92%). Estes dados permitem concluir que a equipa de enfermagem possui uma influência significativa na promoção da vinculação mãe/bebé prematuro, que esta temática se encontra presente na sua prática diária, pelo que o realce conferido ao conhecimento destas estratégias poderá ser útil na melhoria e valorização da prática de enfermagem junto destas famílias.

O presente estudo admite um conjunto de fragilidades que importa diagnosticar no sentido de clarificar inferências e traçar novos caminhos de conhecimento. Em primeiro lugar, destaca-se a população escolhida que envolve um número reduzido de participantes o que compromete o nível de significância estatística dos dados e, portanto, uma compreensão resistente e conclusiva da sua discussão, no sentido de produzir qualquer inferência mais generalista dos dados obtidos.

Como outro aspeto emerge o facto do presente estudo ser transversal, apontando para algumas vantagens e desvantagens. Assim, as vantagens que surgem são relativas ao facto de se tornar um estudo mais breve e, enquanto metodologia ser mais simples. As desvantagens prendem-se com o facto da avaliação se encontrar centrada naquele momento, isto é, na perceção retrospectiva e prospetiva, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser colmatado através de um estudo longitudinal (Fortin, 2003).

De salientar ainda que a tendência geral de investigação vai no sentido do estudo da interação mãe-bebé, descurando a influência paterna no desenvolvimento. No entanto, referenciando Parke (1995) e Lamb (1997) o pai tem um papel singular na socialização da expressão emocional e na regulação emocional da criança, pois a sua interação com esta é demarcada pela diferença na manipulação física, conduzindo a estados de maior excitação, que normalmente não são desencadeados na relação com a mãe, pelo que seria necessário analisar a forma como a relação com o pai tem impacto no desenvolvimento da regulação

emocional da criança (Bridges et al., 1997; Diener et al 2002), influenciando também a ligação de vinculação ao pai, a qual se mostra em todos os estudos consultados diferente da relação com a mãe (Grossmann et al., 2002).

Não obstante, registaram-se resultados significativos entre as realidades observadas neste estudo e a bibliografia consultada, pelo que consideramos que a metodologia utilizada foi a que melhor viabilidade apresentou para a investigação em questão.

Destacam-se alguns aspetos positivos do estudo, pois este trata-se de um trabalho condutor que procura colmatar a escassa investigação na área das estratégias de enfermagem na promoção da vinculação mãe/prematuro. Como tal, sugere-se para futuras investigações o desenvolvimento de estudos mais abrangentes nesta área, de forma a avaliar os programas existentes em termos de eficiência, bem como mensurar o seu impacto no trabalho da equipa de enfermagem na UCIN, no sentido de valorizar as ações de enfermagem fundamentais, que não são indicadas e por isso dotar estes serviços de melhores recursos humanos, como benefício para a cidadania e capacitação em saúde. Pensa-se que também seria pertinente conhecer a perceção dos pais dos bebés prematuros face à influência das estratégias da equipa de enfermagem, na promoção da vinculação com o seu filho.

Acalenta-se ainda, que os resultados deste estudo tenham contribuído para influir as estratégias da equipa de enfermagem neste contexto caraterístico, no sentido de fornecer alguma informação que possa aprofundar os conhecimentos já existentes nesta área, alargando horizontes e percorrendo novos caminhos da ciência.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Porto: Edições Asa

Andraus, L. M. S., Minamisava, R. e Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3. (2), 203-208.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., e Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Alarcão, I. e Tavares, J. (1997). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Bayle, F.; Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barroso, E. (2001). *Coragem Eduardo! 5ª Edição*. Lisboa: Editora Oficina do Livro.

Belsky, J. (2005). Attachment theory and research in ecological perspectives: Insights from the Pennsylvania infant and family developmental project and the NICHD study of early child care. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies (71-97)*. Nova York: *The Guilford Press*.

Em http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (141-161)*. Nova York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Berelson B. (2011). *Content analysis in communication research*. Editora:Cede Publishing

Bialoskurski, Maria et al. (1999). The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Neonat Nurs* 13(1):66–77. *Aspen Publishers, Inc.*

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bowlby, J. (2002). *Apego: A Natureza do Vínculo*. Volume 1. 3ª Edição. Brasil: Livraria Martins Fontes Editora.

Borges, E. M. N. (2005). O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. *Nascer e Crescer: revista do hospital de crianças Maria Pia*. XIV. (2), 123-125.

Em: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1403/0%20sofrimento.pdf>

Botelho, T. M. (2001). Personalidade materna e prematuridade: capítulo 3, sobre a prematuridade. *Colecção livros, SNR* [versão electrónica]. Lisboa: SNRIPD. 18, 194-225.

Em: <http://www.snripd.pt/document/livro018.rtf>

Brazelton, T. B. e Cramer, B. G. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B. (1995). *O Grande Livro da Criança*. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se Família*. Lisboa: Terramar.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde.

Em: <http://www.metodocanguru.org.br/manual.pdf>

Buarque, V., Lima, M.C., Scott, R.P. e Vasconcelos, M.G. (2006). O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *Jornal de Pediatria*. 82. (4), 295-301.

Canabarro, M. C; Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. *Psicologia da parentalidade*. Lisboa: Fim Século, 225-255.

Casey, A. ; Glasper, E. A.; Tucher, A (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari.

Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie: Theory, research, and clinical applications. Nova York: *The Guildford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Cattaneo, A., Davanzo, R., Uxa, F. & Tamburlini, G. (1998). Recomendações para a implementação do Cuidado Mãe Canguru para bebês de baixo peso ao nascer. *Acta de Pediatria*. (87), 440-445.

Coffey, J. (2006). *Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis*. *Pediatric Nursing*. Vol. 32, nº 1, 51-59.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Coyne, I. (2007). Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. *Journal of Clinical Nursing*. Nº17, 3150–3158.

Cottrell, S. (2000). Introduction to clinical supervision. *Department of Health*, London.

Em: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>

Crowell, J., Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behaviour, and the evolution of adult relationships: the Stony Brooke adult relationship project. Nova York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Cruz, Orlanda – Parentalidade. Coimbra: Quarteto, 2005.

Duarte, S. (2002). *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto.

Duarte, João Carvalho (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>

Ferreira, M. e Costa, M. (2007). *Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

Em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium_30/5.pdf

Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 38 (1), 29-38;

Figueiredo, A. (2004). *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa : Climepsi Editores.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and health Psychology*. Granada: Associação Espanhola de psicologia Conductual.

Em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33730307>

Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2, 203-217.

Florence Nightingale (1871). *Una and the Lion*. *Riverside Press*.

Em: http://books.google.pt/books/download/Una_and_the_lion.pdf

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

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fuertes, M. (2004). *Rotas da Vinculação: O Desenvolvimento do Comportamento Interactivo e a Organização da Vinculação no Primeiro Ano de Vida do Bebé Prematuro* (Tese de Doutoramento). Porto: FPCEUP.

Fuertes, M. e Santos, P. (2003). Interação mãe-filho e a qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Revista Psicologia*, 17, 43- 64.

Gelain, I. (2010). *Ética, a Bioética e os Profissionais de Enfermagem*. 4ª Edição. EPU.

George, C. e Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In J. Cassidy e P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (649-670). New York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas em pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Goldenberg, S. (1997). *Orientação normativa para elaboração de tese*. Acta Cir Brás.

Goldenberg, M. (1999). *A arte da pesquisa*. Rio de Janeiro: Record.

Gomes-Pedro, J. (1997). Viver numa Unidade Especiais para Recém-Nascido – Um Risco, Uma Oportunidade. In: *I Seminário de Neonatologia Porto*. Laboratórios Bial, Departamento de Pediatria e Medicina – Hospitais de S. João, 67-73.

Gomes-Pedro, J. (1985). O período sensível da mulher no pós-parto. *Revista de obstetrícia e ginecologia*. Lisboa: Separata. 8 (76), 17-29.

Guimarães, G. (2006). *A formação do apego pais/recém-nascido prétermo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem* [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.

Hinde, R. A. (1982). *Ethology: Its nature and relations with other sciences*. Glasgow: Fontana Press.

Hockenberry, M. J., Wilson & Winkelstein (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Elsevier.

Houzel, D. (2004). *As implicações da parentalidade*. In: *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio*. 1ª Edição. São Paulo: Casa do psicólogo livraria e editora Lda.

Janisse, H. et al. (2009). Perceived Energy for Parenting: A New Conceptualization and Scale. *Journal Child Family Stud*. N°18, 312–322.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Levin, A. (1999). Ponto de vista: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. *Acta Paediatric*. (88), 353-355

Em: http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf

Lima, R. A. G., Rocha, S. M. M. & Scochi, C. G. S. (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 7. (2), 33-39.

Em: http://www.scileo.br/pdf/rla_e/v7n2/13459.pdf

Klaus, M. e Kennel J. (2000). *Vínculo, construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Maltby, H.; Kristjanson, L.; Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*. N°9, 368–373.

Martins, C. (2008). Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Universidade de Lisboa.

Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência: revista de formação e educação em enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. (8), 53-61.

Marvin R. e Britner, P. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment: Theory, research and clinical applications. Nova York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartsript.cgi?page=home.html&cart_id=

Martínez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B. & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista brasileira de fisioterapia*. São Carlos. 11 (1), 69-76.

Em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_11.pdf

Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. Nurseweek.

Nystrom, K.; Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 46, n°3, 319–330.

Novais, E. (2003). A dualidade de *Ter e Ser* Corpo. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 7. (1), 13-21.

Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. e Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline: Desenvolvimento Profissional*, 44-61.

Em: http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof_recem_nascido.pdf

Oliveira, D.C. (2004). *Análise de conteúdo temática: uma proposta de operacionalização*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

Pacheco, M. M. F. R. (2001). *Avaliação das alterações cardio-respiratórias resultantes da manipulação do recém-nascido prematuro ventilado*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Param, L. (1999). Problemas Específicos do Recém-Nascido de Risco. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L. e Jensen, M. D. *Enfermagem na Maternidade*. 4ª edição. Loures: Lusociência, 800-821.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage.

Pearson, J.; Andersen, K. (2001). Evaluation of a program to promote positive parenting in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*. Volume 20, nº4, 43–48.

Piaget, J. (1997). *A psicologia da criança*. 3ª Edição. Porto: Edições Asa.

Polit, D.F.; Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª.edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ramos, M. (2005). Adaptação Paterna Para a Parentalidade. Federação Española de Asociaciones de Psicología. Volume 10, nº 2.

Robson, K. S., & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.

Relatório de Belmont (1978)

Em:<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ena7zwmzpxffu44jh4evwz55t2cm3xeg7kxwld3hjae6np2vynxn3dy5hg7tsjtaglwlkz57zxmho/belmontSP.pdf>

Relvas, A. P.; Alarcão M. T. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rosa, R.; Martins, F.; Gasperi, B.; Monticelli, M.; Siebert, E.; Martins, N. (2010). Mãe e filho: os primeiros laços. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*. Janeiro-Março; 14 (1): 105-12.

Sá - Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.

Sá, E. (1992). O dedo de ET. *Pais*. Lisboa, Junho de 1992:42-45.

Sabatés, A.; Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Volume 13, nº6, 968-973.

Santos, L. e Fuertes, M. (2005). Vinculação em populações de risco. In *J Bairrão (Org.), Desenvolvimento: Contextos e Educação*. Porto: LivPsyc

Silva, J. B., Kirschbaum, D. I. R. & Oliveira, I. (2007). Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crónica hospitalizada acompanhada de familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 28. (2), 250-259.

Em:<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/articl/view/3176/1749>

Simpson, J. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective: Theory, research and clinical applications. Nova York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Porto: Instituto ciências biomédicas Abel Salazar, Tese de Dissertação de Mestrado.

Soares, I. (2007). *Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação*. In I. Soares. *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional mãe-filho*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Sociedade portuguesa de Pediatria. *Direitos da Criança*.

Em: http://www.spp.pt/UserFiles/File/Pais/convencao_direitos_crianca.pdf

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Nova York: *The Guilford Press*.

Em: http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=home.html&cart_id=

Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR et al (2002). Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*, janeiro-fevereiro, 10 (1):85-9.

Welsch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. M, Tomey e M. R, Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência, 563-591.

Wong, D. L. (1999). Impacto da doença crónica, incapacitante, ou da morte sobre a criança e a família. *Whaley e Wong – Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 466-504.

ANEXO 1 – Autorização para a implementação do Instrumento de Colheita de Dados
(Questionário)



Exma. Senhora
Enfermeira Bárbara Susana Clímaco
Rebelo
Estrada Nacional Cruz de Montalvão,
nº 17 – 1º Dtº
6000 – 050 Castelo Branco

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento do estudo “As Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da Vinculação Mãe /Prematuro”, no âmbito da frequência do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde da Guarda.

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a realização de colheita de dados, observação e aplicação de questionário aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Pólo HSM, do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 08 de Fevereiro de 2012

A Enfermeira Directora

(Catarina Batuca)

\AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

APÊNDICE 1 – Questionário

Caro Colega,

O questionário que se segue pretende conhecer as estratégias dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, face à promoção da vinculação Mãe/Prematuro.

A sua realização encontra-se inserida no teor da Tese de Mestrado, subordinada ao tema **“As Estratégias da Equipa de Enfermagem na Promoção da Vinculação Mãe/Prematuro, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE”** a desenvolver pela Enfermeira Bárbara Rebelo¹ e orientada pela Professora Paula Pissarra², no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (2009/2012), ministrado pela Escola Superior de Saúde da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda.

As respostas ao questionário serão tratadas de forma agregada, estando salvaguardada a confidencialidade dos dados obtidos.

Gratos pela colaboração!

¹ Bárbara Rebelo – barbara.c.rebelo@gmail.com

² Paula Pissarra - paula.pissarra@ipg.pt

Questionário

1. Responda às seguintes questões, colocando um (X) na opção que melhor identifica a sua opinião. Não deverá deixar respostas em branco, pois serão anuladas, e em cada pergunta seleccione apenas uma opção, como resposta.

Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>			Masculino <input type="checkbox"/>		
Idade (anos)	≤ 25 <input type="checkbox"/>	26 – 30 <input type="checkbox"/>	31 – 35 <input type="checkbox"/>	36 – 40 <input type="checkbox"/>	41– 45 <input type="checkbox"/>	≥ 46 <input type="checkbox"/>
Habilitações Literárias	Bacharelato <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Pós- Graduação <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>	
Categoria Profissional	Enfermeiro <input type="checkbox"/>	Enfermeiro Especialista <input type="checkbox"/>	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria <input type="checkbox"/>			
Tempo de serviço (anos)	≤ 5 <input type="checkbox"/>	6 – 10 <input type="checkbox"/>	11 – 15 <input type="checkbox"/>	16 – 20 <input type="checkbox"/>	≥ 21 <input type="checkbox"/>	
Tempo de serviço na UCIN (anos)	≤ 5 <input type="checkbox"/>	6 – 10 <input type="checkbox"/>	11 – 15 <input type="checkbox"/>	16 – 20 <input type="checkbox"/>	≥ 21 <input type="checkbox"/>	
Sente realização profissional	Muita <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Alguma <input type="checkbox"/>	Pouca <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>	

2. A vinculação mãe/prematuro constitui uma temática relevante na sua prática profissional diária?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

3. Transmite a informação necessária aos pais (mãe), para que tomem conhecimento da situação clínica do seu bebé?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4. Indique alguns mecanismos de comunicação que utiliza no contato com a mãe do bebé prematuro.

5. Demonstra à mãe os cuidados necessários a efetuar ao bebé prematuro?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

6. Mencione alguns mecanismos que utiliza na demonstração à mãe, dos cuidados a realizar ao bebé prematuro.

7. Promove a participação integrada entre a mãe e enfermeiros nos cuidados ao prematuro?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

8. Refira algumas estratégias que implementa para fomentar a participação da mãe nos cuidados ao bebé prematuro.

9. Supervisiona os cuidados prestados pela mãe?

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

10. Indique alguns mecanismos que utiliza na supervisão dos cuidados prestados pela mãe ao bebé prematuro.

11. Refira de que forma promove a continuidade da vinculação mãe/bebé prematuro na preparação para a alta.

Obrigado pela atenção dispensada.

APÊNDICE 2 – Quadros representativos da totalidade das unidades de registo de acordo com as dimensões estudadas

Quadro nº 1 – Dimensão Comunicação

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Comunicação Oral	<p>Q1, Q16, Q19 - “Comunicação verbal...”</p> <p>Q2, Q4 - “...falar claro...”</p> <p>Q3, Q14 - “Linguagem clara...”</p> <p>Q5 - “...falar com linguagem acessível...”</p> <p>Q6 - “Promover o diálogo...”</p> <p>Q7 - “Adequação da comunicação verbal...”</p> <p>Q8, Q26 - “Linguagem verbal...”</p> <p>Q9, Q17, Q23 - “...diálogo...”</p> <p>Q10 - “...falar calmamente...”</p> <p>Q11 - “...necessidade de comunicar verbalmente...”</p> <p>Q12 - “...falando com os pais...”</p> <p>Q13 - “...utilizar frases simples e falar calmamente...”</p> <p>Q15 - “Comunicação oral directa...”</p> <p>Q18, Q24, Q28 - “...falar...”</p> <p>Q20 - “...transmitir informação verbalmente...”</p> <p>Q22 - “Adequar discurso à mãe...”</p> <p>Q29 - “...linguagem verbal clara e adequada à mãe do recém-nascido...”</p>	<p>Q29 - “...linguagem verbal clara e adequada à mãe do recém-nascido...”</p>
Comunicação Escrita	<p>Q1, Q3, Q14, Q18, Q22, Q28 - “...escrever...”</p> <p>Q2, Q5, Q7 - “...papel...”</p> <p>Q6, Q11 - “...simplificar a informação escrita...”</p> <p>Q8 - “...fornecer informação em suporte de papel...”</p> <p>Q12, Q23, Q29 - “...comunicação não verbal e escrita...”</p> <p>Q16 - “...dar os folhetos informativos...”</p> <p>Q17, Q20, Q26 - “...folhas...”</p> <p>Q24 - “...ouvir, falar, escrever...”</p>	<p>Q8 - “...fornecer informação em suporte de papel...”</p>
Demonstração	<p>Q5, Q10, Q17, Q29 - “...demonstrar...”</p> <p>Q6, Q13, Q16 - “...fazer...”</p> <p>Q9 - “...e comunicação não verbal, por exemplo através da demonstração...”</p> <p>Q22 - “...explicar, demonstrando à mãe...”</p> <p>Q24 - “...fazendo as técnicas na presença da mãe.”</p>	<p>Q9 - “...e comunicação não verbal, por exemplo através da demonstração...”</p>
Escuta Ativa	<p>Q7, Q11, Q17 - “...ouvir calmamente...”</p> <p>Q10 - “...criar empatia e ouvir a mãe...”</p> <p>Q21 - “...oiço atentamente todas as dúvidas...”</p> <p>Q22 - “...saber escutar com atenção...”</p> <p>Q26, Q28, Q29 - “...escuta activa...”</p>	<p>Q21 - “...oiço atentamente todas as dúvidas...”</p>
Feedback	<p>Q1, Q13, Q17, Q21, Q28 - “...feedback...”</p>	<p>Q1 - “...comunicação verbal, através do fornecimento de toda a informação necessária, e da validação da mesma (feedback)...”</p>

Quadro nº 2 – Dimensão Ensino de Cuidados

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Explicar	Q1 - "...ensinar a mãe através da explicação dos cuidados..." Q2, Q5, Q12, Q17, Q21, Q28 - "...explico..." Q4 - "...explicar as dúvidas..." Q6 - "...ensinar a mãe através da explicação cuidada..." Q7 - "...decifrar e esclarecer a mãe..." Q9, Q13, Q15, Q16, Q19, Q23 - "...esclarecer..." Q10, Q11, Q18, Q20, Q24, Q29 - "...explicar..." Q22, Q26 - "...elucidar..."	Q6 - "...ensinar a mãe através da explicação cuidada..."
Supervisionar	Q3, Q11, Q15 - "...controlar as acções..." Q5, Q8, Q17, Q20, Q21, Q23, Q28 - "...orientar..." Q6, Q7, Q9, Q12, Q14, Q18 - "...supervisionar..." Q10 - "...validar e acompanhar a demonstração..." Q13 - "...guiar a mãe no cuidado ao bebé..." Q16, Q29 - "...dirigir os ensinamentos..."	Q10 - "...validar e acompanhar a demonstração..."
Motivar	Q3, Q10, Q23 - "...motivar os pais..." Q20 - "...acentuar o envolvimento da mãe nos cuidados..." Q22 - "...estimular as capacidades da mãe..."	Q20 - "...acentuar o envolvimento da mãe nos cuidados..."

Quadro nº 3 – Dimensão Participação Integrada

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Explicar/Incentivar	Q1, Q4, Q5, Q7, Q11, Q15, Q16, Q21, Q22, Q26 - "...explicar..." Q2, Q8, Q10, Q17, Q28 - "...incentivar..." Q3, Q9 - "...incitar a mãe a cuidar..." Q6, Q12, Q14, Q19, Q23, Q24 - "...ensinar..." Q13, Q18 - "...aconselhar os pais..." Q20 - "...demonstrar as actividades..."	Q26 - "...explicar a importância do envolvimento da mãe nos cuidados..."
Reforçar	Q2, Q13, Q15, Q16, Q21 - "...fortalecer..." Q3, Q6, Q8, Q11, Q17 - "...ênfatisar..." Q9, Q22 - "...envolver os pais nos cuidados..." Q14, Q19, Q20 - "...auxílio na prestação de cuidados..." Q29 - "...motivar para cuidarem do bebé..."	Q9, Q22 - "...envolver os pais nos cuidados..."
Apoiar	Q1, Q11, Q15 - "...apoiar os pais nos cuidados, avaliando dificuldades..." Q3 - "...auxiliar na prestação..." Q8, Q26 - "...ajudar a mãe a cuidar..." Q12 - "...estar disponível..." Q24 - "...aliviar a mãe..."	Q1, Q11, Q15 - "...apoiar os pais nos cuidados, avaliando dificuldades..."

Quadro nº 4 – Dimensão Supervisão de Cuidados

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Prestar Atenção	Q1, Q4, Q5, Q11, Q17, Q22 - "...prestar atenção..." Q2, Q6 - "...estar atento..." Q3, Q8, Q14, Q23 - "...ter disponibilidade para os pais..." Q10, Q15, Q29 - "...ouvir com atenção as dúvidas..." Q13 - "...apoio direto quando os pais necessitam de conversar..." Q19, Q21 - "Adequação da comunicação verbal..." Q24 - "...vigiar os cuidados prestados pela mãe..." Q26 - "...conduta empática..."	Q13 - "...apoio direto quando os pais necessitam de conversar..."
Clarificar	Q2, Q3, Q5, Q10, Q17, Q19, Q20, Q26 - "...esclarecer..." Q6, Q8, Q11, Q16, Q24 - "...exemplificar como fazer..." Q9, Q23, Q29 - "...elucidar os pais..." Q12, Q14, Q21 - "...informar..." Q28 - "...vou perguntando se tem dúvidas..."	Q28 - "...vou perguntando se tem dúvidas..."
Solucionar Problemas	Q1, Q6, Q12, Q24 - "...ajudar..." Q2, Q5 - "...corrigir as falhas..." Q9, Q17, Q21 - "...oferecer alternativas..." Q18 - "...arranjo alternativas nas dificuldades..." Q23, Q27 - "...adaptar os cuidados..."	Q18 - "...arranjo alternativas nas dificuldades..."
Orientar	Q4 - "...avalio conhecimentos adquiridos..." Q8, Q10 - "...explicar como cuidar do bebé..." Q12, Q15, Q21 - "...Demonstrar cuidados..." Q24 - "...encaminhar para os apoios certos..."	Q4 - "...avalio conhecimentos adquiridos..."