

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**NASCER PREMATURO
AUTONOMIA PARENTAL NO REGRESSO A CASA**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professor Doutor António Luís Carvalho

Co-orientação:

Mestre Sandra Sílvia Santos Cruz

Olga Maria David Arriscado

Porto | 2012

A mãe prematura
A mãe prematura do bebé prematuro
Nascida antes do que era para ser,
Como quem antecipa o seu futuro,
Como quem torna-se sem perceber...

A mãe prematura do bebé prematuro
E a luta por seu bebé sobreviver...
Às vezes tudo é tão sombrio e escuro...
Tudo tão frio, sem amanhecer...

A longa dor de quem aguarda a cura,
Como quem, sem saber o que, procura,
E assim, nessa procura, se desfaz...

Segura nas mãos de Deus, mãe prematura...
Segura nas mãos de Deus que te segura...
Segura nas mãos de Deus e segue em paz...

Drº Luís Alberto Mussa Tavares

Agradecimentos e dedicatórias

A realização deste estudo de Investigação é o culminar de um trajeto académico, que não poderia ser realizado sem o apoio e contributo de alguns intervenientes, pelo que não posso deixar de tecer alguns agradecimentos.

Em primeiro lugar, dirijo o meu obrigado ao Senhor Professor Doutor António Luís Carvalho e à Mestre Sandra Sílvia Santos Cruz, respetivamente orientador e co-orientadora deste estudo, por todo o apoio, orientação, disponibilidade e alguma paciência que sempre demonstraram durante este meu percurso.

Ao Senhor Dr. Rei Amorim, Diretor do Serviço de Pediatria da ULSAM EPE, de Viana do Castelo, pelo apoio e disponibilidade dispensados e por ter autorizado a recolha de dados essenciais para a realização deste estudo, assim como a disponibilidade e colaboração de todos os Neonatologistas da Unidade de Cuidados Intensivos e Pediátricos da mesma Instituição onde exerço funções.

À Senhora Enfermeira Beatriz Correia, Enf.^a Chefe da UCINP da ULSAM, pelo incentivo e apoio que me deu ao longo deste meu percurso académico.

À minha amiga e companheira de jornada, Ana Cristina Rodrigues, pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, pelo apoio dado nesta minha fase pessoal e profissional.

Ao Carlos Sotelo, pelo apoio indispensável na fase crucial deste trabalho.

Um agradecimento muito especial a todos os pais que participaram neste estudo, que demonstraram sempre disponibilidade e simpatia, pois sem a colaboração e participação dos mesmos não o poderia realizar.

Finalmente, dedico este estudo a todos os bebés prematuros, pois é "*por eles e para eles*" que espero que os resultados obtidos possam ser um humilde contributo na melhoria assistencial dos RN/Pais, na Unidade onde exerço funções.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AM - Aleitamento Materno
- APT - Alimentação Parentérica Total
- ARS - Administração Regional de Saúde
- artº- artigo
- CNMC - Comissão Nacional da Mulher e da Criança
- CNSI - Comissão Nacional de Saúde Infantil
- Consult. - Consultado
- CPAP -Continuous Positive Airway Pressure
- CPP -Classificação Portuguesa das Profissões
- E- Entrevista
- Ed. - Edição
- EPE - Entidade Pública Empresarial
- Et al - E outros
- Etc.- E outras coisas mais
- Ex: - Exemplo
- HAP- Hospitais de Apoio Perinatal
- ICNP - International Council of Nurses,
- IG- Idade Gestacional
- In - Dentro
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- LDA - Limitada
- LIG - Leve para a Idade Gestacional
- Neo - Neonatologia
- nº - número
- O2 - Oxigénio
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- Kg - Kilograma
- Rev. - Revista
- Rn - Recém-nascido
- SPS- Sociedade Portuguesa de Pediatria
- TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
- UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UNICEF - United Nations Children's Fund

1º - Primeiro

2º - Segundo

3º - Terceiro

4º - Quarto

< - Inferior

> - Superior

= - igual

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
I PARTE CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	25
1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	25
1.1- Maternidade	28
1.2- Paternidade	29
1.3- Processo de Vinculação	36
2. PREMATURIDADE	41
2.1- Necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros	43
2.1.1. <i>Preparação da regresso a casa</i>	47
2.1.2. <i>Nascer prematuro na ULSAM, EPE de Viana do Castelo</i>	53
2.1.3. <i>Análise da evolução da prematuridade na UCINP da UISAM</i>	55
II PARTE ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	61
3. FINALIDADE DO ESTUDO	61
3.1- Objetivos Específicos.....	61
3.2- Questões de investigação	62
3.3- Metodologia de colheita de dados	63
3.3.1. <i>Instrumentos de recolha de dados</i>	63
3.3.2. <i>Tipo de estudo</i>	63
3.3.3. <i>Contexto e participantes</i>	64
3.4- Considerações Éticas	64
3.5- Procedimentos para a análise de dados	65
III PARTE ESTUDO EMPÍRICO	67
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	67
4.1- Caracterização dos participantes.....	67
4.1.1. <i>Caracterização dos recém-nascidos</i>	76
4.2- Transição para a parentalidade dos pais dos Rn prematuros	79
IV PARTE CONCLUSÕES FINAIS	97
Implicações Práticas	103
BIBLIOGRAFIA.....	105
ANEXOS	115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Matriz das dimensões, categorias e subcategorias.....	80
TABELA 2: Dimensão - “vivências da transição para o domicílio”, categorias “dificuldades cognitivas/afetivas”; “dificuldades familiares e sociais”	81
TABELA 3: Dimensão -“competências parentais no domicílio após a alta da ucinp”; categoria “dificuldades no desempenho do papel parental”	84
TABELA 4: Dimensão - “preparação do regresso a casa”; categoria - “informação/ensinos”	87
TABELA 5: Dimensão “suporte “; categoria “suporte emocional”	89
TABELA 6: Dimensão “recursos “; categoria “comunidade de saúde” e “redes sociais”	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma da parentalidade.....	27
FIGURA 2: Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério.....	29
FIGURA 3: Modelo de transição em enfermagem, de Meleis e Trangenstein	34
FIGURA 4: Círculos dos processos implicados na transação stressante, de Lazarus e Folkman	35
FIGURA 6: Hierarquia das necessidades de Maslow	44
FIGURA 6: Modelo de enfermagem de Casey na parceria nos cuidados.....	48
FIGURA 7: Diagrama do papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na autonomia parental.	49
FIGURA 8: Diagrama das dimensões emergidas para a autonomia parental	79
FIGURA 9: Modelo de Enfermagem de acompanhamento dos pais/rn no pós alta clínica.....	92
FIGURA 10: Diagrama das necessidades dos pais dos rn prematuros para uma autonomia parental no pós-alta clínica.	102

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Prematuros internados na Unidade de neonatologia 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010	56
GRÁFICO 2: Tipo de parto 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010	57
GRÁFICO 3: Gemelaridade 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010	57
GRÁFICO 4: Gravidez não vigiada 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2011	58
GRÁFICO 5: Idade materna % - 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010	58
GRÁFICO 6: Evolução da natalidade/mortalidade neonatal 1989/1993 E 1999/2010	59
GRÁFICO 7: Causas de morte dos prematuros 1989/1993 E 1999/2010.....	60
GRÁFICO 8: Distribuição das mães pela idade	68
GRÁFICO 9: Distribuição dos pais pela idade.....	68
GRÁFICO 10: Distribuição dos pais pelo estado civil	69
GRÁFICO 11: Agregado familiar	69
GRÁFICO 12: Distribuição do número de filhos	70
GRÁFICO 13: Distribuição das mães pela escolaridade	70
GRÁFICO 14: Distribuição dos pais pela escolaridade	71
GRÁFICO 15: Distribuição das mães pela profissão.....	72
GRÁFICO 16: Distribuição das mães pela situação profissional.....	72
GRÁFICO 17: Distribuição dos pais pela profissão	73
GRÁFICO 18: Distribuição dos pais pela situação profissional	73
GRÁFICO 19: Condições habitacionais - tipo de habitação.....	75
GRÁFICO 20: Condições habitacionais -salubridade	75
GRÁFICO 21: Distribuição dos participantes por área de residência	76
GRÁFICO 22: Distribuição dos rn prematuros segundo a idade gestacional	76
GRÁFICO 23: Distribuição dos rn prematuros segundo o peso de nascimento	77
GRÁFICO 24: Distribuição da duração do internamento.....	77
GRÁFICO 25: Distribuição das principais intercorrências no internamento	78
GRÁFICO 26: Distribuição das principais atitudes terapêuticas	79

Resumo

O nascimento de um filho deveria ser sempre um momento feliz, pois é o culminar dos sonhos e das expectativas, mas nem sempre isto acontece e por motivos vários eis que nasce prematuramente um bebé, que irá necessitar de cuidados especiais e mais especializados serão esses cuidados quanto mais prematuro for.

Para os pais inicia-se um longo percurso de aprendizagem a fim de poderem desenvolver a sua autonomia parental após o regresso a casa atendendo à especificidade da prematuridade dos seus filhos.

As Enfermeiras da Unidade desempenham um papel preponderante de parceria com os pais, no cuidar destes recém-nascidos, favorecendo a integralidade dos cuidados, capacitando os pais de autonomia para darem resposta às suas necessidades e dos seus filhos.

Com este estudo pretendemos identificar as necessidades que estes pais carecem de ver satisfeitas para desenvolverem a sua autonomia parental, conhecer o impacto que a prematuridade provoca numa família e as principais dificuldades sentidas durante o período de transição e adaptação da Unidade para o domicílio, assim como o contributo específico do enfermeiro, neste processo de transição.

Participaram neste estudo dez mães (10) de bebés prematuros, que nasceram com peso igual ou inferior a 1800 gramas, os quais estiveram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) da ULSAM EPE de Viana do Castelo desde janeiro de 2010 até março de 2011 e que são seguidos na consulta de pediatria após o regresso a casa.

Foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativo, analítico, recorrendo à utilização da entrevista semiestruturada, com linhas orientadoras sobre as temáticas que pretendíamos estudar, que serviu de fio condutor à nossa investigação, para obtermos informações sobre as principais dificuldades sentidas pelos pais dos bebés prematuros, para desenvolverem autonomamente a sua parentalidade após o regresso a casa. Foi também utilizado um questionário para a caracterização dos participantes.

Através da técnica de análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram cinco dimensões: "Vivências da transição para o domicílio";

“Competências parentais após a alta da UCINP”; “Preparação do regresso a casa”; “Suporte emocional”; “Recursos”.

Dos resultados obtidos verificamos que, para os pais dos recém-nascidos prematuros adquirirem a autonomia parental, têm de percorrer um processo de aprendizagem que se inicia quando o bebé nasce e se prolonga após a alta quando regressa a casa.

A proposta de um modelo de acompanhamento de Enfermagem que satisfaça as necessidades dos pais e a dos seus filhos, a realizar pelos Enfermeiros da UCINP em parceria com os Cuidados de Saúde Primários, foi considerada pertinente, para se sentirem mais confiantes e ajudá-los neste período de transição.

Palavras-chave: Parentalidade; Transição; Vinculação; Prematuridade; Preparação da alta.

Abstract

PREMATURE BIRTH - PARENTAL AUTONOMY IN HOMECOMING

The birth of a child should always be a happy moment, because it is the culmination of dreams and expectations, but not always the case for various reasons and behold, a baby is born prematurely, you will need special care and these are more specialized care the more premature.

For parents begins a long journey of learning to enable them to develop their parental autonomy after the return home given the specificity of prematurity of their children.

The Unit Nurses play a leading role in partnership with parents in caring for these newborns, favoring full of care, enabling parents the autonomy to meet their needs and their children.

This study sought to identify the needs that these parents need to see met to develop their parental autonomy, knowing the impact that prematurity causes a family and the main difficulties during the transition and adaptation of the Unit for the home, as well as the specific contribution of nurses in this transition process.

Ten mothers participated in this study (10) of premature babies, born weighing 1,800 grams or less, who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric (UCINP) of EPE ULSAM of Viana do Castelo from January 2010 until March 2011 and that are followed in pediatric consultation after returning home.

We developed a qualitative study, analytical, using semi-structured interview, with guidelines on the issues we wanted to study, which was the common thread to our investigation, to obtain information about the main difficulties faced by parents of premature babies, independently to develop their parenting after returning home. A questionnaire was also used for the characterization of the participants.

Through the technique of content analysis of interviews emerged five dimensions: "Experiences of the transition to home", "parenting skills after discharge from UCINP", "Preparation of the homecoming", "emotional support", "Resources".

From the results we see that, for parents of premature infants acquire parental autonomy, one must go through a learning process that begins when the baby is born and continues after discharge when you return home.

The proposal of a model of nursing accompaniment that meets the needs of parents and their children, to be held by the Nurses UCINP in partnership with the Primary Health Care, was considered appropriate, to feel more confident and help them during this period of transition.

Keyword: parenting; transition; binding; prematurity; preparation for high

INTRODUÇÃO

Cada vez nascem mais bebés prematuros que sobrevivem porque houve um grande desenvolvimento e investimento tecnológico e humano, tendo os profissionais de saúde, adquirido e desenvolvido competências na área da Neonatologia.

Para os pais, ter um filho prematuro é sinónimo de angústia, sofrimento e incerteza, pelas complicações que normalmente estão associadas à prematuridade e pelas sequelas que poderão comprometer o seu desenvolvimento, para além das implicações que provoca na estrutura familiar, dificultando o processo de transição para a parentalidade e de vinculação com o novo elemento recém-chegado à família.

Para além do desgaste físico, emocional e muitas vezes económico que provoca nas famílias, não podemos esquecer que os custos para a sociedade também são elevados, porque normalmente acarretam internamentos prolongados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Neste período tão difícil para os pais repleto de dúvidas e de angústias, quer pela separação do seu filho, quer pela incerteza da sua evolução, cabe aos profissionais de saúde tentar minimizar os efeitos negativos e, numa perspetiva de relação de ajuda, apoiar e orientá-los na transição para esta nova etapa das suas vidas.

Meleis e Trangenstein (2000) realçam o papel da enfermagem na ajuda na transição dos vários processos que as pessoas enfrentam ao longo do seu ciclo vital.

“Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e tenha 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 crescer” (Gomes-Pedro, 1997, p.77).

Após o regresso a casa, os pais dos recém-nascidos (RN) prematuros verbalizam, através de inúmeros contactos para a Unidade, dificuldades e sentimentos de insegurança para cuidarem dos filhos no domicílio, atendendo às

especificidades que estes bebés muitas vezes apresentam, solicitando o nosso apoio e orientação para os ajudarmos a ultrapassarem essas mesmas inseguranças e dúvidas.

A responsabilidade dos profissionais não pode terminar no dia da alta do recém-nascido, devendo-se manter a continuidade dos cuidados numa fase de transição para o domicílio.

A Comissão Nacional de Saúde Infantil refere que “é necessário uma mudança de comportamentos e de práticas no relacionamento entre serviços e profissionais que prestam atendimento à criança” (CNSI, 1993, p.52).

No Relatório Mundial da Saúde 2005 - primeiro manifesto da Organização Mundial de Saúde (OMS) -, diz-se que a promoção de uma “continuidade de cuidados” é o primeiro princípio que se encontra na base do desenvolvimento da saúde materna, do RN e da criança; refere-se que os programas de saúde materna e infantil apenas serão eficazes se, em conjunto e com o apoio das famílias e das comunidades, estabelecerem uma rede continuada de cuidados, desde a gravidez até à infância, passando pelo nascimento. Este relatório refere ainda, que os grandes ganhos em saúde que se obteriam com a melhoria dos cuidados a este nível têm sido negligenciados e que quarenta por cento (40%) de todas as mortes de crianças ocorre antes dos cinco anos de idade, sendo este o período durante o qual há mais frequentemente quebra da continuidade de cuidados, tão desejada e necessária, e isto acontece porque as responsabilidades dos profissionais não está claramente delimitada (OMS, 2005).

Para que os pais possam dar continuidade aos cuidados no domicílio e desenvolverem a sua parentalidade autonomamente, devemos reconhecer as suas capacidades de interiorização da informação que lhes foi fornecida ao longo do internamento dos seus filhos, assim como identificar as suas dúvidas e receios.

A realização deste estudo de Investigação partiu da seguinte questão: “Qual o modelo de intervenção de Enfermagem adequado às necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros no regresso a casa?”, e a finalidade do mesmo foi propor um modelo de Intervenção de Enfermagem que permita a satisfação das necessidades identificadas, facilitando a integração do Rn prematuro no seu ambiente familiar.

Para dar resposta aos pressupostos atrás referidos, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar as necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros após o regresso a casa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- ✓ Conhecer os fatores que influenciaram as necessidades destes pais;

- ✓ Compreender o modelo da preparação do regresso a casa do recém-nascido prematuro, efetuado na UCIN;
- ✓ Identificar a opinião dos pais dos recém-nascidos prematuros sobre os ensinamentos que foram efetuados no internamento;
- ✓ Propor um modelo de Intervenção de Enfermagem que permita a satisfação das necessidades identificadas.

Este estudo é descritivo, analítico, com recurso à metodologia qualitativa, a qual se centra numa problemática que começa a influenciar a postura dos profissionais que lidam com estes bebés e pais, no sentido de mudarem atitudes e comportamentos, que visem a melhoria dos cuidados prestados, quer durante o internamento, quer na continuidade dos cuidados após o regresso a casa e que se traduzam em ganhos em saúde.

Estruturalmente, o trabalho foi dividido em quatro partes: contextualização teórica, enquadramento metodológico, estudo empírico, finalizando com as conclusões.

I PARTE

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica do nosso estudo, que resulta da pesquisa bibliográfica realizada a partir de livros, publicações periódicas e estudos sobre o tema, o que nos permitiu uma recolha de informação para uma maior compreensão do mesmo.

1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E O PAPEL DO ENFERMEIRO

A parentalidade é um processo que se inicia com o nascimento do primeiro filho e marca uma nova etapa na vida do casal, implicando uma reorganização familiar e um aumento de responsabilidades, sendo influenciada pelos modelos parentais de cada um dos elementos do casal, construídos pela família de origem.

Ao longo dos tempos, o conceito e funções da família dentro das várias sociedades tem sofrido alterações (Hanson, 2005). Segundo esta autora, a família tradicional, constituída através do casamento, tinha como funções assegurar a proteção dos seus membros, transmitir a fé religiosa; o pai desempenhava o papel de sustentação da família e de educação dos filhos do sexo masculino e a mãe era responsável por cuidar da casa, dos filhos e da educação das filhas.

Ser de uma boa família era considerado importante, pelo estatuto social que esta lhe conferia.

As funções da família moderna sofreram também alterações, pelo que a função reprodutora deixou de ser exclusiva dos casais unidos pelo casamento. Houve uma

liberalização da sexualidade, associada às medidas de controlo da natalidade e a procriação com os avanços tecnológicos nesta área veio permitir que os casais inférteis pudessem ser ajudados a terem filhos.

Em relação às outras funções que eram da responsabilidade da família, nomeadamente a transmissão da fé religiosa, de proteção e de educação, os pais demarcaram-se das suas responsabilidades e do seu papel de pais e as instituições sociais como a igreja e a escola passaram a assumir esse papel.

As pessoas passaram a dar mais relevância à afetividade que sentem mutuamente, pelo que o casamento não é a única forma de união.

A função de saúde relaciona-se essencialmente com a importância que atribuem à necessidade de desenvolverem e transmitirem entre os seus membros comportamentos e valores promotores da saúde.

Na sociedade contemporânea, o modelo tradicional de família modificou-se, pelo que se podem encontrar outros modelos.

A família alargada ou consanguínea, sendo constituída pela família nuclear e os parentes diretos (pais avós e netos); as famílias monoparentais ou de pais únicos, estando este modelo relacionado com fenómenos sociais, como o óbito de um dos cônjuges, abandono de lar, divórcio, ilegitimidade ou adoção de crianças por uma só pessoa; a família homossexual, que consiste numa ligação conjugal ou marital entre duas pessoas do mesmo sexo, que podem incluir crianças adotadas ou filhos biológicos de um ou ambos parceiros; e as famílias reconstruídas após divórcios e novos casamentos, Alarcão (2002).

Relvas (1996b, cit. por Alarcão 2002, p. 110) refere que

“o desenvolvimento familiar reporta-se à mudança da família enquanto grupo, bem como às mudanças nos seus membros individuais (...) e o carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na identificação previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas”.

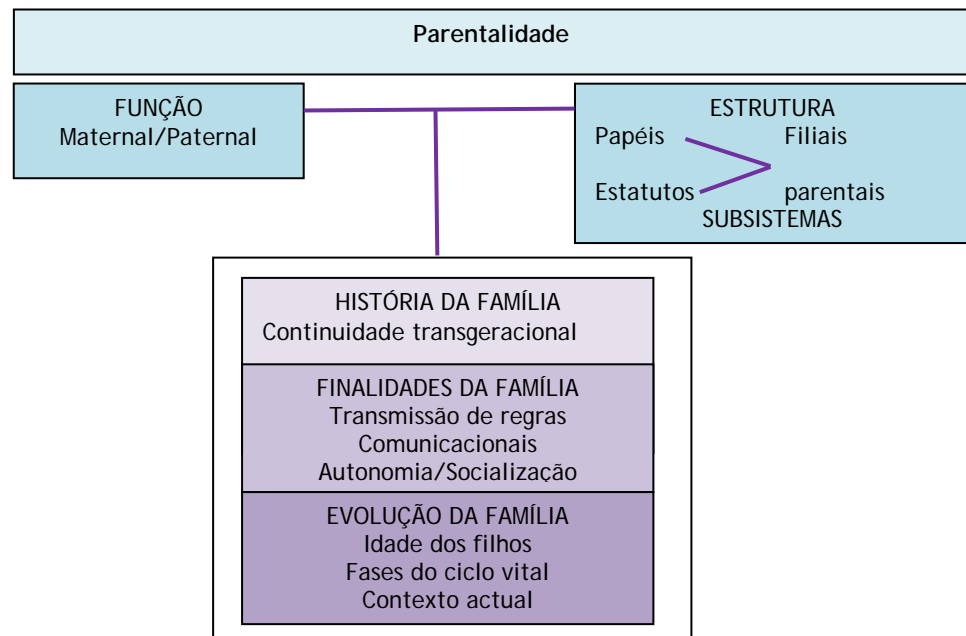
Para esta autora, as etapas do ciclo vital da família correspondem: à formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos.

A gravidez e o nascimento de um filho representam mudanças significativas na vida de qualquer ser humano. O nascimento de um filho prematuro que surge inesperadamente e a sua hospitalização, muitas vezes durante longos períodos, causa nos pais situações de stresse e angústia, obrigando-os a fazer reajustes, emocionais, familiares e sociais. Segundo Relvas, (1996, p.111) na etapa do ciclo vital “casal com filhos pequenos”, “o casal reestrutura-se e constrói o seu modelo

parental, com dois modelos diferentes o maternal e o paternal” e que podem ser definidos como “o conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais que tornam um indivíduo mãe ou pai de outro (s) indivíduo (s)”.

Ainda segundo a mesma autora (1996), esta função parental ultrapassa a simples interação de proteção e educação pelos seus progenitores: interage com as finalidades próprias da família da criança, que se expressa na transmissão intergeracional de regras, nas redundâncias dos modelos comunicacionais, na utilização dos mitos e rituais familiares.

FIGURA 1: Genograma da parentalidade



Fonte: Relvas, 1996, p.86

Brazelton (1983, cit. por Relvas 1996, p.77) considera que “o nascimento do primeiro filho assinala o nascimento da família”. A família desempenha três funções principais relativamente à criança, nomeadamente: Proporcionar cuidados físicos, assumindo a responsabilidade de atender às necessidades básicas de alimentação, vestuário, asilo, proteção contra danos e assistência à saúde; transmitir padrões éticos e de comportamentos através da educação integrando-a na sua cultura; assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar psicológico e emocional, através dos relacionamentos com a família constrói-se a capacidade social de estabelecer relações (Freitas e Freitas 2005).

1.1- Maternidade

A gravidez e a maternidade são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, que de acordo com Canavarro (2001, p.19) “a gravidez transcende o momento da conceção assim como a maternidade transcende o momento do parto”, sendo influenciada pelos valores, crenças e rituais de cada sociedade, que condicionarão os respetivos papéis de mãe, pai e filho, para além das suas histórias pessoais, desejo de ser mãe e pai, relação conjugal, assim como todos os fatores sociais, culturais que os envolvem.

Podemos considerar a gravidez enquanto dimensão temporal, o período que vai da conceção até ao parto, que é de 266 dias ou 38 semanas de gestação. Durante este período a mulher sofre um processo fisiológico e psicológico adaptativo ao desenvolvimento do novo ser.

Aceitar a ideia da gravidez, e assimilar o estado de gravidez no estilo de vida da mulher, é o primeiro passo para a mulher se adaptar ao seu papel de mãe (Ledermen, 1984, cit. por Williams, 1999).

Enquanto Colman e Colman (1994, cit. por Canavarro e Pedrosa 2005, p.242) consideram a maternidade como “uma acomodação entre expectativas e realidades”, para Canavarro e Pedrosa (2005), esta acomodação só se inicia após o parto, quando os pais se confrontam com o bebé real e o comparam com o bebé imaginário.

Ainda de acordo com a mesma autora Canavarro (2001), durante a gravidez e puerpério, a mulher desenvolve sete tarefas: Aceitar a gravidez; Aceitar a realidade do feto; Reavaliação e reestruturação da relação com os pais; Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; Aceitar o bebé como pessoa separada; Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade; Reavaliar e reestruturar a relação com outro (s) filho (s).

Quando ocorre um parto prematuro, a mulher pode não desenvolver todas estas tarefas, podendo interferir posteriormente na relação (vinculação) com o filho.

FIGURA 2: Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério

		Tarefas de Desenvolvimento	
Gravidez	1º Trimestre	Tarefa 1: Aceitar a gravidez	
	2º Trimestre	Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto	Tarefa 3: Reavaliação e reestruturação da relação com os Pais
Puerpério	3º Trimestre	Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada	Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade
	4º Trimestre (aproximadamente 6 semanas)		Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com outro (s) filho (s)

Fonte: Canavarro (2001, p.38)

Durante a vigilância da gravidez, a Enfermeira desempenha um papel importante de ajuda a estes pais, para que eles compreendam o compromisso que assumiram com o filho que vai nascer, as alterações que vão surgir, os reajustamentos que terão que fazer, devendo estabelecer uma relação de empatia que permita a vigilância e prevenção precoce de complicações quer da mãe quer do bebé. Deve também favorecer momentos de escuta para que eles possam expor as suas dúvidas e receios, para viverem a gravidez em toda a sua plenitude.

1.2- Paternidade

O conceito de paternidade tem-se vindo a alterar ao longo dos tempos, assim como a relevância atribuída ao pai no processo de paternidade. Nos primórdios tinha só a função de procriação que foi evoluindo para outras funções, como de sustento e de proteção, Corrêa (2005). Até ao final do século XVII, era o pai o responsável pela educação em geral e religiosa dos filhos, quem tinha o poder de decisão, não havendo evidências de que ele prestasse cuidados aos filhos.

Com as mudanças que se verificaram a nível da estrutura familiar, o papel do pai também se modificou adaptando-se a essas mesmas mudanças. O pai começou a ter uma intervenção mais ativa, acompanhando a companheira durante a gravidez (consultas de vigilância e preparação para o parto), durante o parto e

após o nascimento do filho participa em conjunto com a mãe nos cuidados e na tomada de decisões em tudo o que diz respeito ao filho.

Segundo Barnard (1982, cit. por Brazelton e Cramer 1993, p.55), "(...) o envolvimento dos pais na gravidez e no parto reforça a sua identidade como agentes participantes e ativos, reduzindo a sensação de que estão a ser excluídos".

Brazelton e Cramer (1993, p.50) referem que "*este sentimento de exclusão complica-se com o sentimento de responsabilidade do pai pela gravidez da mulher (...), ele assume um grau irracional de responsabilidade*", ainda segundo os mesmos autores, o envolvimento do pai ao longo da gravidez e parto diminui o sentimento de exclusão.

Durante o processo de maternidade, o envolvimento do pai passa por três fases conforme refere Jordan (1990, cit in Mendes, 2007) num processo semelhante tal como acontece com a mãe nomeadamente, no primeiro trimestre é a fase de aceitação da gravidez da companheira e da criança. No segundo trimestre, o pai tem uma preocupação com o seu próprio corpo, inconscientemente identifica-se com a companheira. No último trimestre, tende a resolver os problemas psicológicos surgidos durante a gravidez e que tem a ver com a análise que faz do seu relacionamento com o pai, no sentido de assumir o seu novo papel, e certificando-se de que tudo foi feito para que ocorra um parto seguro.

O envolvimento do pai durante todo o processo de gravidez e parto permite o desenvolvimento da tríade familiar mãe/pai e filho. Klauss e Kennell (1990), referem que esta aceitação pelo companheiro é relevante para a ligação mãe/filho. A atitude emocional do pai, como refere Brandão (2009), na tríade familiar, é significativa desde o momento da conceção, permite que os laços afetivos se estabeleçam desde cedo e que este envolvimento aumente, quando o pai sorri e pega pela primeira vez; daí a importância do primeiro contacto precoce entre o pai e o bebé, pelo que os Enfermeiros devem proporcionar esses momentos íntimos.

Ser pai pode ter várias definições e os papéis que representam serem variados, assim: pai biológico é aquele que dá a vida e perpetua a espécie, que desempenha a função de educar uma criança (sustenta, dá o exemplo, disciplina), que transmite os valores e a responsabilidade pessoal e social, que se dedica afetivamente à família estando presente, que dá apoio, que desempenha uma função lúdica quando brinca e faz atividades com os filhos. No entanto, pode ser pai e não ter dado a vida biológica, como nos casos de adoção ou quando recebe os filhos de uma nova companheira.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a parentalidade é definida como

“Ação de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Ordem dos Enfermeiros 2010, CIPE versão2).

Ser pai e mãe não é inato, vai-se aprendendo desde a infância - as brincadeiras de criança (brincar ao faz de conta às mães e aos pais) -, reflete muito as vivências familiares pessoais - se a criança está inserida num ambiente familiar harmonioso com afeto e respeito, ou se, pelo contrário, o ambiente familiar é agressivo onde não há afetividade -, assim ela interioriza o modelo familiar em que está inserida e mais tarde quando for mãe ou pai provavelmente irá adotar esse mesmo modelo.

Segundo Relvas (1996, p.80-81), “até ao nascimento da primeira criança tudo se joga ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa... sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família”. Ainda segundo esta autora, o casal organiza o seu modelo parental. A aprendizagem da parentalidade acontece após o nascimento do filho; é neste momento que os pais confrontam o bebé real com aquele que imaginaram durante a gravidez, podendo gerar stresse, pelos receios de não serem capazes de desempenhar estes novos papeis.

Quando os pais têm um filho prematuro, o choque é muito maior. Ao verem um ser tão pequeno, frágil e muitas vezes a lutar pela sobrevivência, o sentimento de impotência para o proteger gera mais stresse e dificuldades em se adaptarem a esta nova etapa das suas vidas, pelo que a Enfermeira da UCIN - como elemento mais próximo destes pais - tem um papel preponderante de ajuda e para minimizar o stresse familiar quando os escuta os apoia e orienta.

Segundo Perry (2008), a adaptação parental dos pais de um recém-nascido prematuro é diferente dos pais que tiveram um filho de termo, pelo que necessitam de enfrentar várias tarefas psicológicas antes das relações efetivas e desenvolverem a sua parentalidade, as quais incluem:

- ✓ Luto antecipado - os pais vivenciam e preparam-se para uma potencial perda do filho, embora ao mesmo tempo acreditem que ele vai sobreviver.

Esta fase inicia-se no momento do parto e dura até que a criança apresente sinais de que vai sobreviver;

- ✓ Aceitação da mãe pela sua incapacidade de não ter conseguido chegar ao término da gravidez - É frequente a mãe estar deprimida, mantendo o luto até que o filho esteja livre de perigo e sobreviva;
- ✓ Reassumir o processo de relacionamento com o filho - Quando o filho demonstra melhorias do seu estado clínico, os pais recomeçam com ele o seu processo de vinculação;
- ✓ Aprender as necessidades especiais - Estes bebés têm padrões de crescimento, de desenvolvimento e necessidades de cuidados diferentes dos bebés de termo, pelo que os pais devem aprender como se processam esses mesmos padrões e como prestar-lhe os cuidados atendendo à sua prematuridade;
- ✓ Ajustar o ambiente familiar - Numa perspetiva de alta, os pais devem preparar o ambiente familiar atendendo às necessidades do seu filho, no que concerne à temperatura, prevenção de infeções limitando as visitas. Os avós e irmãos do bebé não devem ser esquecidos, pois estes também reagem ao nascimento de um bebé prematuro, em especial os irmãos, podendo-lhes provocar ciúme e raiva em relação ao irmão provocada pela ausência prolongada da mãe do domicílio, e mais tarde porque estes bebés exigem uma grande disponibilidade dos pais para os cuidar, eles podem sentir-se "abandonados".

A parentalidade é por si só uma tarefa complexa que envolve adaptações e mudanças para os pais, sendo a perceção sobre as suas capacidades para corresponderem às exigências colocadas pelo papel parental, um importante fator de influência na relação pais/filhos e no desenvolvimento desta relação.

As experiências vivenciadas por estes pais relacionadas com a prematuridade dos seus filhos e a capacidade para lhe prestarem os cuidados podem ser positivas e sentirem-se pais competentes ou, pelo contrário, se as experiências são negativas - porque têm dificuldades em cuidá-los e lidar com a sua prematuridade - são geradoras de stresse por se sentirem frustrados e incompetentes.

A forma como vivem este processo de transição não é igual para todos os pais, pois é influenciada pelo meio sócio cultural em que estão inseridos, pelas suas vivências pessoais e familiares, que irão certamente influenciar a sua forma de ser mãe e pai.

Existem vários fatores que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento do papel parental, nomeadamente: **A idade parental** - embora a idade ideal para

criar uma família seja entre os 25 e os 35 anos, tem-se notado que cada vez mais a mulher engravida mais tarde, estando muitas vezes associado à estabilização, realização pessoal e profissional; **O envolvimento do pai** - O pai começa a ter uma participação mais ativa, desde o planeamento da gravidez ao acompanhamento durante a mesma e do parto, assim como a partilha de responsabilidades no cuidar do filho, que implica que haja uma interação e envolvimento direto (dar-lhe afeto, mudar-lhe fralda, dar-lhe banho, vesti-lo, brincar), que esteja acessível e seja responsável, isto é, que tenha iniciativa e tome decisões. Quanto maior é o envolvimento do pai, mais este está disponível para colaborar e participar nas tarefas diárias para cuidar dos filhos; **Pais com experiências anteriores** - Estes são mais calmos, têm menos stresse, menos dúvidas em relação ao crescimento dos seus filhos; **As características do bebé** - Se este é muito exigente, chora frequentemente, é difícil de se acalmar, difícil em se alimentar, em adormecer, se tem necessidades especiais (se é prematuro ou se tem alguma deficiência), pode criar stresse nestes pais e interferir quer na satisfação das necessidades do filho, quer na própria relação do casal; **As relações conjugais** - Na transição para a parentalidade, pode ter um efeito negativo: há alterações da rotina, há um novo indivíduo na família, que exige muita disponibilidade dos pais, podendo levar a conflitos entre o casal, e interferir na satisfação das necessidades do filho; em contrapartida, quando há partilha e apoio mútuo, o papel parental desenrola-se sem dificuldades.

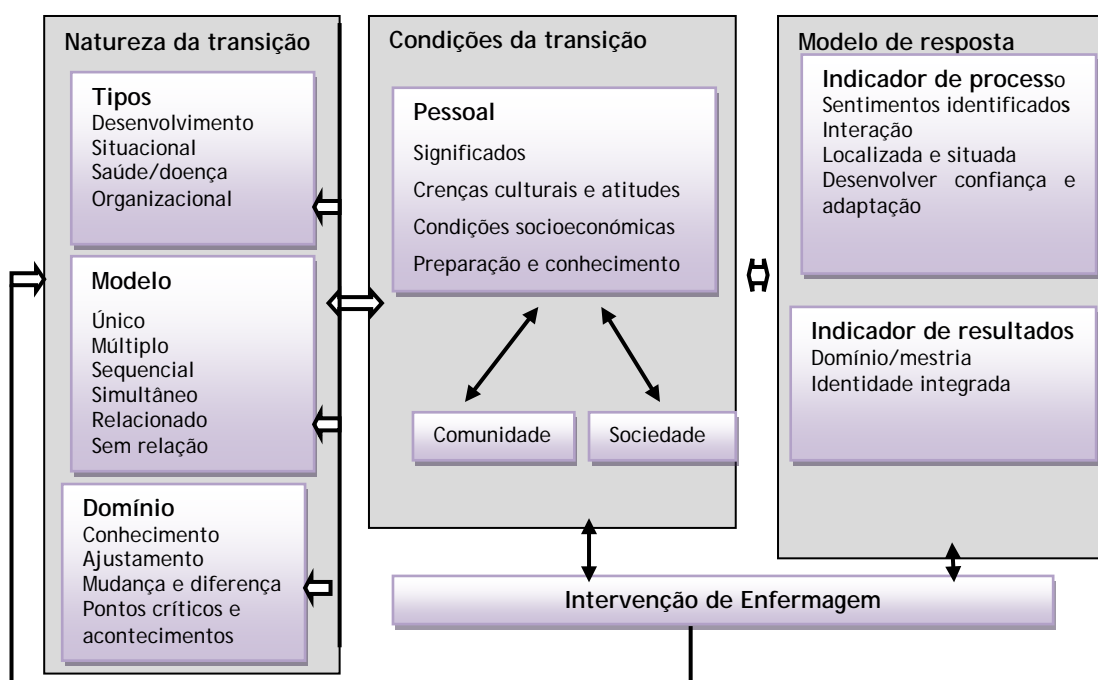
O nascimento de um filho prematuro acontece de uma forma abrupta, gera ansiedade por todo o envolvimento que acarreta, muitas vezes porque estão em risco quer a mãe quer o bebé, provoca sentimentos de medo e angústia, pela separação mãe /filho e por todo o ambiente hostil que envolve uma UCINP.

A forma como estas famílias tentam gerir e ultrapassar as situações de stresse e adaptar-se aos novos papéis (de pais) pode ser explicado por várias teorias.

Segundo a Teoria da Transição em Enfermagem de Meleis (1994), a transição pode ser definida como " a passagem ou movimento de um estado, condição (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa e ambiente (Meleis e Trangenstein, 1994, p.256). A Enfermeira da Unidade responsável pelo Rn prematuro/pais, enquanto principal cuidadora, é o elemento que permanece mais tempo junto destes pais, está mais atento às suas necessidades e mudanças, desempenhando junto deles um papel de ajuda, para que eles consigam ultrapassar estas transições. Sendo o elo de ligação com os restantes elementos da equipa, é também a pessoa capaz de providenciar apoio, informação e mobilizar os recursos necessários para que eles, através da

aprendizagem, adquiram novas competências. Estes autores referem ainda que os processos de transição podem ser influenciados por vários fatores inibidores ou facilitadores deste processo, como pessoais (e nestes inclui-se o significado que se atribui ao acontecimento que gerou a transição, as atitudes e crenças, o status social e económico, a preparação e conhecimento sobre esse mesmo processo de transição), assim como as condições de suporte da comunidade, da sociedade, de familiares e amigos.

FIGURA 3: Modelo de transição em enfermagem, de Meleis e Trangenstein



Fonte - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory; Advances Nursing Science /September (2000, p.17).

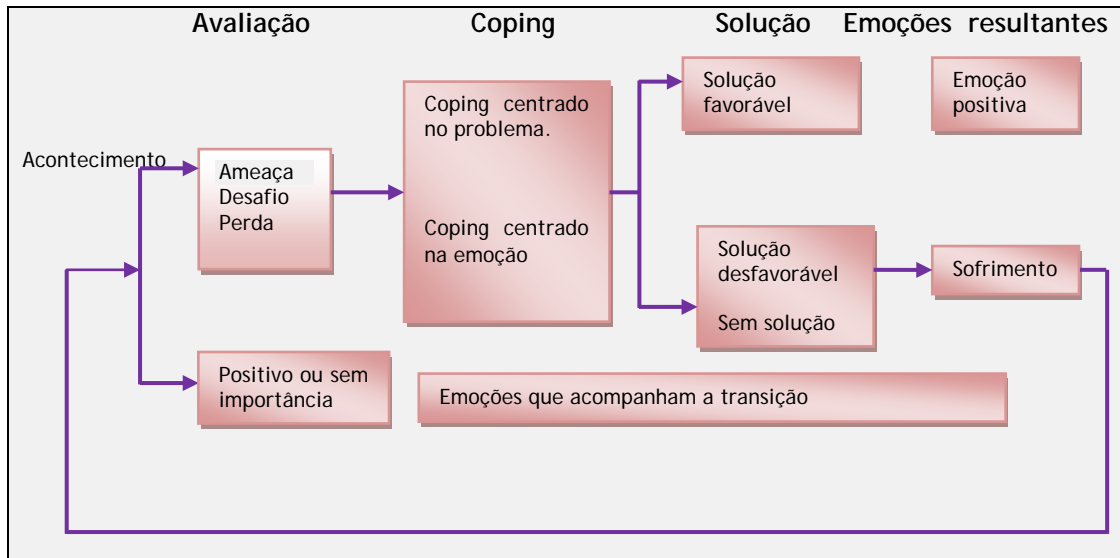
Outros autores, como Lazarus e Folkman (1980), desenvolveram um modelo teórico (modelo transacional do stress), centrado na psicologia da saúde, baseado na forma como o indivíduo percebe uma situação stressante (stress percebido), faz a análise de como a vai enfrentar (controlo percebido) e que estratégias vai utilizar (*coping*).

Segundo este modelo, “uma situação é considerada stressante quando o sujeito considera que a interação entre o indivíduo e o meio excede os seus recursos e coloca em perigo o seu bem-estar”, Lazarus e Folkman (1984b cit. por Graziani; Swendsen 2007, p.55).

Estes mesmos autores, citados por Graziani, e Swendsen, J. (2007, p.56), definem “*coping*” como

“um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que são utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com dificuldades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais”.

FIGURA 4: Círculos dos processos implicados na transação stressante, de Lazarus e Folkman



Fonte- Graziani,P.;Swendsen,J. - O Stresse emoções e estratégias de adaptação (2007, p.57)

O modelo proposto por Folkman e Lazarus divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema, que consiste num esforço para atuar na situação que deu origem ao stresse, tentando mudá-la com a função de alterar o problema existente, e *coping* focalizado na emoção, que consiste no esforço para regular o estado emocional, que é associado ao stresse com a função de reduzir a sensação física desagradável de um estado de stresse.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, *coping* é um foco definido como uma atitude com características específicas: “Disposição para gerir o stresse, que desafia os recursos, que cada individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protetores, que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva”(International Council of Nurses, 2005, p.80).

O enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) deve compreender esse mesmo processo de transição e adotar as melhores estratégias de intervenção, para proporcionar aos pais estabilidade e bem-estar.

As estratégias que os pais dos recém-nascidos prematuros utilizam mais durante o internamento, para tentarem ultrapassarem as dificuldades e adaptarem-se esta nova situação, numa primeira fase é recorrerem aos

profissionais da Unidade para obterem o máximo de informação sobre o estado de saúde e evolução do seu filho, devendo esta ser fornecida de forma assertiva, sem criar grandes expectativas nos pais, mas também sem ser pessimista, pois estes bebés são muito instáveis, com riscos acrescidos, e posteriormente obterem informação sobre o cuidar do bebé.

Como já foi referido anteriormente, o internamento destes bebés é prolongado, pelo que os pais a nível familiar têm que efetuar reajustamentos. Uma das estratégias utilizadas para ultrapassarem as dificuldades é recorrerem a familiares ou amigos.

A nível emocional é importante que sintam, para além do apoio dos profissionais, que os familiares diretos (avós do bebé) e/ou pessoa significativa também possam apoiá-los, assim como poderem partilharem os seus receios e angústias com outros pais que tiveram também filhos prematuros, partilhando sentimentos e experiências.

1.3- Processo de Vinculação

A qualidade da relação mãe/bebé é fundamental para que ocorra um adequado desenvolvimento infantil onde os primeiros meses de vida são primordiais, para que haja o desenvolvimento do apego entre o bebé e a mãe. Um apego seguro é um fator no bom prognóstico do desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o termo vinculação é definido como um foco da parentalidade que significa a ligação entre a criança/mãe e/ou pai que leva à formação de laços afetivos. (Ordem dos Enfermeiros 2010, CIPE versão2).

Outros autores referem o termo vinculação para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida, (Ramos, 2004) ou segundo Ainsworth, (1989, cit. por Canavarro 2001; Bowlby 1969/1982) a vinculação é o processo pela qual o indivíduo estabelece uma ligação afetiva privilegiada e duradoura, com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos. Este processo não é automático e o desenvolvimento dos laços afetivos entre a criança e a mãe é gradual, contribuindo para isso os comportamentos interativos do bebé com a mãe e vice-versa.

Os pais dos recém-nascidos prematuros, ao confrontarem-se com o bebé real, que é tão diferente daquele que imaginaram, realizam um processo de luto até o aceitarem como seu e iniciarem os laços afetivos.

Wong (1999) refere que, numa situação de parto prematuro até aceitarem o seu filho, podem passar por três fases: A primeira, que é a *fase inicial* ou *de impacto*, que é caracterizada por choque, negação e descrença; a segunda, *fase de ajuste* (que pode influenciar futuramente a relação entre os pais e a criança de superproteção ou de rejeição, negação e aceitação gradual) ocorre gradualmente após o choque e é manifestada por sentimentos de culpa, punição, raiva, diminuição da autoestima, vergonha, medo, ansiedade, frustração e depressão; a terceira, *fase final de ajuste*, que é caracterizada por expectativas realistas para o recém-nascido e reintegração da vida familiar com a doença.

Segundo Brazelton (2010), os pais podem reagir das seguintes formas: *não aceitação* - eles relevam a importância do problema, sentindo que esta reação não é muito positiva, retratam a realidade de forma muito otimista ou pessimista; *projeção* - normalmente culpabilizam uma terceira pessoa, sendo os profissionais de saúde os alvos preferenciais; *alheamento* - por considerarem doloroso cuidar de um bebé nesta situação e sentirem-se impotentes, desligam-se do recém-nascido.

Com frequência se observa nos primeiros contactos entre os pais e os bebés prematuros um distanciamento, recusa em tocá-los, permanecem por curtos períodos junto dele com receio de que o filho não sobreviva, não querem ligar-se afetivamente para não sentirem a dor da perda do filho.

A Enfermeira da UCINP desempenha um papel importante na ajuda a estes pais para ultrapassar esta fase tão difícil, respeitando os timings de cada um, mas fomentando ao mesmo tempo a presença deles e a interação Pais/bebé através de um diálogo assertivo.

O recém-nascido desde o nascimento demonstra a sua individualidade, através de comportamentos diferenciados que o tornam disponível para a interação com objetos e com pessoas, pelo que imediatamente após o nascimento o bebé deve ser colocado sobre a mãe (pele com pele) pois, durante as primeiras horas de vida, mantém-se alerta, o que lhe permite explorar o que lhe rodeia, em especial a mãe e o pai, podendo olhar-lhes diretamente nos olhos e responder ao som das suas vozes.

Este é um momento único e íntimo entre os pais e o bebé, que permite também que ele busque o seio da sua mãe e o abocanhe, iniciando assim a

amamentação precoce, proporcionando esta o desenvolvimento e interação de todos os sentidos.

Vários autores consideram que o período pós-natal imediato é um período sensível para a interação mútua bebé/pais, sendo também considerado como um momento formativo importante para a evolução do sistema familiar (Gomes Pedro, 1985; Klaus e Kennell, 1981).

É neste sentido que Nugent e Brazelton (1989, cit. por Canavarro, 2001, p.151) “defendem ser o período neonatal o momento crítico para a intervenção por excelência, durante o qual são possíveis mudanças profundas no modo de funcionamento da família, à medida que ela inicia a integração da nova criança no seu seio”.

O Recém-nascido, mesmo o que nasce prematuro, nasce com os cinco sentidos ativos: visão, tato, olfato, gosto e audição prontos a interagir e a receber qualquer estímulo exterior. Brazelton e Cramer (1993, p.70) dizem: “Todos os jovens pais anseiam por um relacionamento visual com os seus bebés a seguir ao parto”. O recém-nascido consegue visualizar o contorno do rosto humano, mais ou menos a uma distância de vinte e cinco centímetros, que é a distância entre o rosto da mãe e do bebé quando este está ao seio, sendo por isso também um momento íntimo, de contacto visual e de interligação. Segundo Stern (1980, p.46), “ao nascer o sistema visual-motor (olhar e ver) entra imediatamente em funcionamento; o recém-nascido não só consegue ver, mas chega ao mundo mesmo com reflexos que lhe permitem seguir e fixar um objeto (...) Não é necessária nenhuma aprendizagem”.

Também é capaz de reagir de forma sincronizada com a mãe, mediante o ritmo da sua voz. O recém-nascido tem capacidade para reagir ao som, dirigindo a cabeça na sua direção, assustando-se ou ficando em expectativa (William Condon e Louis Sander 1975).

Os pais devem ser orientados para observarem as reações do bebé quando falam com ele; o tom de voz deve ser adequado a essas mesmas reações.

Bowlby (1996) refere pelo menos cinco respostas do bebé - chupar, agarrar, seguir com o olhar, chorar e sorrir -, as quais constituem o comportamento de vinculação e são padrões comportamentais identificados como respostas instintivas e próprias da espécie humana.

“(...) uma indisponibilidade e/ou incapacidade dos pais em se adaptarem às competências e às características individuais do seu bebé inviabiliza uma génese sólida dos primeiros vínculos que sabemos ser as traves mestras da vasta teia dos afetos e emoções e que são, por sua vez, o suporte e o fiel da adaptação social” Gomes-Pedro (2007, p.77).

É importante que na sala de partos os profissionais não tenham pressa de cuidar do bebé (se este está bem) e da mãe, permitindo-lhes essa intimidade. Quando nasce um bebé prematuro, ele é quase imediatamente afastado da sua mãe, por precisar de cuidados médicos e de enfermagem. Se nasceu de cesariana, a mãe nem o vê após o nascimento e pelas suas condições físicas só ao fim de alguns dias é que tem o primeiro contacto com o filho, o que lhe provoca ansiedade e receios.

A equipa de saúde da UCINP deve permitir que o pai possa fotografar ou filmar o bebé, para que a mãe tome consciência e interiorize o seu bebé real e se sinta mais calma.

É de vital importância para restabelecer o vínculo que os enfermeiros da UCINP proporcionem aos pais e ao bebé momentos de intimidade favorecendo o contacto através do toque, da voz e do contacto visual.

Brazelton e Cramer (1993, p.78), referem que

“o tacto é a primeira e a mais importante zona de comunicação entre uma mãe e o seu novo filho. As mães reagem à má disposição dos bebés acalmando-os, tocando-lhes ou pegando-lhes ao colo para refrearem a sua actividade motora desordenada (...). O tacto é um sistema mediático entre a criança e a pessoa que cuida dela, e que funciona simultaneamente para acalmar, alertar e despertar.”.

O toque em forma de carícia, contenção ou massagem, tem como benefícios, para além de permitir a interação e ligação afetiva pais/bebé, promover o crescimento e o desenvolvimento do Rn e em especial do Rn prematuro (Freitas, 2011, p.179), podendo também ter um efeito terapêutico, quando o bebé está agitado ou com dor.

Embora o recém-nascido tenha sensibilidade táctil em toda a sua superfície corporal, parece que a boca, as mãos e a planta dos pés sejam as zonas mais sensíveis.

A utilização da técnica de canguru, para além de proporcionar um contacto íntimo bebé/pais, aumenta o vínculo e diminui o tempo de separação pais/filho, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN. Na mãe, como tem um efeito estimulador da libertação da ocitocina, que afeta positivamente o seu humor, esta demonstra maior estabilidade emocional, sentimentos de maior segurança e competência na perceção das competências do bebé.

Na UCINP da ULSAM esta técnica é utilizada por ambos os pais, mesmo em Rn ventilados desde que estejam minimamente estabilizados; para eles é uma experiência indescritível e ajuda a envolvê-los na participação dos cuidados aos

seus filhos, favorece um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, estimula o aleitamento materno permitindo maior frequência, precocidade e duração. Esta técnica denominada de "Mãe Canguru" foi idealizada e implantada de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1978, no Instituto Materno-Infantil de Santafé de Bogotá, Colômbia, que consistia em as mães carregarem os seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais. Tinha como objetivo permitir dar alta precoce aos recém-nascidos de baixo peso (RNBP), resultante de recursos materiais insuficientes, nomeadamente de incubadoras, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, prevalência de altas taxas de mortalidade neonatal por infeções cruzadas e pelo abandono materno (Charpak, N; Calume, Z; Hamel, A.).

2. PREMATURIDADE

Os bebés prematuros até meados do século XIX eram designados como “bebés fraquinhos”. A seleção natural era aceite, limitando-se os cuidados apenas à higiene e alimentação, assim como era legítimo o infanticídio e o abandono das crianças com deficiência, ou apenas por pobreza.

O termo “bebé prematuro” surge por volta de 1870.

A Neonatologia é considerada como tendo o seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que baseiam a medicina neonatal; e os primeiros cuidados especiais para os “bebés “fraquinhos” foram instituídos pela maternidade de Paris (Paris Maternité Hospital em 1893).

Em 1923 o Sarah Morris Hospital em Chicago desenvolveu o primeiro centro hospitalar para tratar os bebés prematuros, que encorajava a produção do leite materno em casa e incentivava as mães a cuidarem dos seus filhos. No entanto, as Unidades que se formaram depois desenvolveram políticas rígidas em relação aos prematuros, restringindo a manipulação destes bebés apenas no essencial e um isolamento total em relação aos pais, (Klaus e Fanarof, p.142).

A partir da segunda metade do século XX, houve uma melhoria quer do conhecimento científico, quer do desempenho dos médicos e enfermeiros, assim como o aparecimento sofisticado das tecnologias, adaptadas aos variados grupos etários pediátricos, dando-se também o *boom* das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas.

A saúde materna e infantil em Portugal também teve uma grande evolução a partir do final dos anos setenta e início dos oitenta.

Desde 1989, o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil elaborado pela Comissão da Saúde da Mulher e da Criança emanou diretrizes no sentido de garantirem uma vigilância segura da grávida e qualidade do parto a toda a população, através da concentração dos partos de grande risco em hospitais com capacidades de resposta, a nível de recursos humanos qualificados e tecnológicos,

assegurando o transporte seguro e atempado para o hospital mais adequado da grávida e do recém-nascido com necessidades de cuidados especiais, quando não foi possível a sua transferência *in utero*.

Desde 1990 foram criadas a nível nacional, redes de referência entre os hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Centros de Saúde, permitindo uma racionalização equilibrada dos recursos humanos e tecnológicos, para que o nascimento seja o mais seguro possível; os Centros de Saúde foram também dotados de recursos humanos que permitem localmente vigiar a grávida e detetar as situações de risco, encaminhando-as posteriormente para os hospitais da sua rede de referência de apoio Perinatal.

Associado a estas diretrizes houve um investimento das Instituições para que os serviços se dotassem de pediatras com competências na área da Neonatologia e os Enfermeiros se especializassem na área da Saúde Materna e Obstétrica e na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SPS- Secção de Neonatologia, 2007).

Segundo Behrman et al (1994, p.232), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), "os bebés nascidos vivos antes das trinta e sete semanas a contar do primeiro dia do último período menstrual, são denominados prematuros". Muitos destes bebés nascem com um peso adequado ao seu tempo de gestação, mas outros, cujo peso ao nascer seja inferior ao percentil dez ou dois desvios padrões abaixo da média do peso para a idade gestacional, são considerados Leves para a Idade Gestacional - LIG (Bennett, 1987, cit. por Widerstrom, Mowder e Sandall 1991). Estes últimos têm um maior risco de desenvolverem complicações no período neonatal, porque durante a gestação houve algum problema que não permitiu um crescimento adequado.

Podemos considerar três categorias de bebés prematuros: os bebés que nascem antes das vinte e quatro semanas de gestação, considerados de prematuridade extrema, (vinte e quatro semanas de gestação é considerado o tempo limite mínimo para intervir); das vinte e quatro às vinte e seis semanas de gestação, considerados de risco muito elevado ou legal para intervir; entre as vinte e oito e trinta e duas semanas são considerados de risco elevado; superiores a trinta e duas semanas são considerados de baixo risco.

Portugal, desde 1994, efetua a monitorização e o registo contínuo a nível nacional da sobrevida e das sequelas dos recém-nascidos de muito baixo peso. Assim em relação aos prematuros com IG inferior às vinte e três semanas, apenas há esporadicamente sobreviventes e todos com sequelas graves; dos recém-nascidos com IG de vinte e quatro semanas, a taxa de sobrevivência é de 50% e apenas 15 a 20% sobrevivem sem sequelas; dos recém-nascidos com IG de vinte e

cinco semanas, a taxa de sobrevivência é superior a 50% e metade destes têm problemas, (SPS, Consensos em Neonatologia, 2004).

Dependendo da idade gestacional com que nasceu, o Rn prematuro pode desenvolver várias complicações inerentes à sua própria prematuridade, sendo as mais frequentes: a dificuldade respiratória resultante da doença de membrana hialina, podendo o RN necessitar de ventilação invasiva por longos períodos e /ou de oxigénio suplementar com risco acrescido de desenvolverem displasia bronco-pulmonar e /ou retinopatia do recém-nascido; apneias que estão relacionadas com a imaturidade dos mecanismos neurológicos e químicos, caracterizada por uma interrupção da respiração por vinte ou mais segundos; intolerância alimentar, relacionada com a imaturidade do sistema digestivo; sepsies, que pode ser adquirida *in utero*, durante o parto ou após este, podendo neste caso estar relacionado com a utilização de técnicas invasivas ou ser provocada por infeções nosocomiais; instabilidade térmica, relacionada com a imaturidade do sistema termorregulador e com a diminuição das reservas de glicogénio.

2.1- Necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros

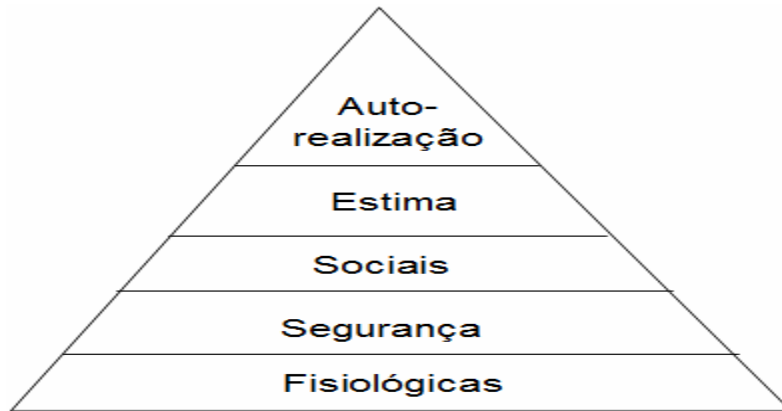
Todos os seres humanos têm necessidades que devem ser satisfeitas, variando de indivíduo para indivíduo a sua manifestação e a sua maneira de satisfazê-la ou atingi-la, podendo ser influenciada por vários fatores, tais como a idade, o sexo, a cultura, os fatores socioeconómicos, entre outros.

Maslow, na sua Teoria de Motivação (Chiavenato, 1998), defende que as necessidades humanas estão, de acordo com o seu grau de importância, hierarquizadas em cinco níveis:

- ✓ Necessidades básicas: são elas a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie: alimentos, ar, água, temperatura, eliminação, descanso, ausência de dor;
- ✓ Necessidade de segurança: a procura de segurança, proteção, ausência de medo, ansiedade e caos;
- ✓ Necessidade de pertença e amor: amor, pertença e intimidade;
- ✓ Necessidade de estima: envolve a autoestima, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de *status*, prestígio e consideração, além de desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia;

- ✓ Necessidade de auto-atualização: processo que se baseia em utilizar ao máximo as nossas capacidades e potencial e desenvolver-se continuamente.

FIGURA 5: Hierarquia das necessidades de Maslow



Fonte: Adaptado de Chiavenato (1998, p.533)

Quando o indivíduo realiza uma necessidade, surge outra em seu lugar, exigindo sempre que a pessoa procure meios para satisfazê-la.

Se alguma destas necessidades não é satisfeita, sobrevém a frustração do indivíduo que poderá assumir várias atitudes:

- ✓ Comportamento ilógico ou sem normalidade;
- ✓ Agressividade por não poder dar vazão à insatisfação contida;
- ✓ Nervosismo, insónia, distúrbios circulatórios/digestivos;
- ✓ Falta de interesse pelas tarefas ou objetivos;
- ✓ Passividade, baixa moral, má vontade, pessimismo, resistência às modificações, insegurança, não colaboração, etc.

Quando cuidamos do recém-nascido prematuro, damos resposta às suas necessidades, mas não podemos esquecer a família onde vai ser inserido após o regresso a casa da Unidade, que tem também necessidades, quer pessoais quer para assegurar as necessidades do novo membro da família, permitindo-lhes a aquisição de competências para o cuidar após o regresso a casa, desenvolvendo plenamente a sua parentalidade.

Steele e Pollack (1968, cit. por Williams 1999) definem as capacidades maternas em competências cognitivas/motoras e cognitivas/afetivas. As competências cognitivas/motoras incluem, segundo Williams (1999), as atividades ou tarefas orientadas no cuidado à criança, na satisfação das necessidades de

alimentação, segurar/acarinhar, vestir, tratar da higiene, proteger do mal e promover a mobilidade. Estas competências não surgem imediatamente após o nascimento da criança, mas são influenciadas pela cultura e experiência pessoal dos pais.

As competências cognitivas/afetivas incluem a atitude de ternura, atenção e interesse quanto às necessidades e desejos da criança, Williams (1999). Esta componente está relacionada com experiências anteriores dos pais, no que respeita ao amor e aceitação da figura materna.

Para os pais, terem um filho prematuro é uma experiência única mesmo que já tenham outros filhos. A maior parte das vezes o nascimento surge de uma forma inesperada e os pais não têm tempo para se preparem para o parto, pelo que enfrentam dificuldades a nível emocional, social e por vezes também económicas, para além de serem confrontados com um bebé muito pequeno, frágil com risco de vida e com probabilidades de surgirem posteriormente sequelas, que poderão comprometer a sua sobrevivência e a sua qualidade de vida.

O ambiente que rodeia o recém-nascido prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos altamente tecnológico e sofisticado intimida os pais, podendo os mesmos desenvolverem sentimentos de incompetência e ansiedade, por se sentirem incapazes de proteger e cuidar do seu filho, pelo que a Enfermeira responsável pelo bebé deve desmistificá-lo, através de um acolhimento que favoreça uma relação empática com os pais, apresentando-se e indicando qual é o seu nome, tratá-los também pelo nome e perguntar-lhes como o bebé se vai chamar.

Para os pais é importante que os enfermeiros, quando falam do seu filho e o identificam pelo nome, sintam que o fazem de uma forma personalizada e não como um número (cama nº) inspirando-lhes confiança, sentimentos de pertença e de que são importantes para a equipa.

Os pais têm necessidade de confiar na equipa - Para sentirem que todos estão empenhados em cuidar com competência do seu filho. Através de uma comunicação assertiva, os pais devem ser informados da situação clínica do Rn, da necessidade de todo o equipamento que o envolve e do tratamento e procedimentos instituídos.

Os pais têm necessidade de suporte emocional para ultrapassarem este período tão difícil das suas vidas. A mãe sente-se muitas vezes incompetente por não ter sido capaz de levar a gravidez até ao seu término e sentir que não vai ser capaz de cuidar de um bebé tão pequenino. Quando existem outro (s) filho (s) mutuamente podem surgir sentimentos de abandono familiar, relacionados com a

sua permanência na UCIN e ausência prolongada do domicílio, podendo surgir conflitos familiares.

Este apoio aos pais é dado pela equipa que cuida do Rn quando os informa, quando os escuta, quando promove e incentiva a cuidar do filho. No entanto, há situações em que também haverá necessidade de os encaminhar para um apoio mais especializado como psicólogo ou psiquiatra. A família e amigos são também uma fonte de apoio, assim como o contacto com outros pais que tiveram filhos prematuros internados na Unidade e/ou com associações de pais de prematuros que já vivenciaram a experiência da prematuridade.

Whaley e Wong (1989, p.483) referem que,

"reuniões de grupos de pais são úteis para ajudá-los a verbalizar pensamentos e sentimentos entre si (...) os pais podem ser incentivados a discutir sentimentos em relação à criança, o impacto deste evento sobre o seu casamento e stresse associado como gastos financeiros."

Os pais têm necessidade de orientação para cuidarem dos seus filhos. Permitir o alojamento conjunto mãe /filho e a presença do pai por um período alargado favorece a vinculação e a participação dos pais nos cuidados. Estes não devem ser impostos, devendo-se respeitar o *timing* de cada um deles (os pais devem fazer o luto em relação ao bebé imaginário e o bebé real e aceitá-lo como filho). Os cuidados devem ser iniciados do mais simples para os mais complexos, colaborando inicialmente no simples mudar a fralda, segurar na seringa na alimentação por gavagem, colaborar no banho, até serem capazes de cuidar integralmente do Rn, devendo primeiro observar como se executam os cuidados, efetuá-los com ajuda e posteriormente executá-los com supervisão. É importante o reforço positivo sempre que eles prestam cuidados, pois estimula-os a continuar e dá-lhes autoconfiança, permitindo que eles adquiram e desenvolvam as competências necessárias para cuidarem autonomamente do filho no domicílio após o regresso a casa.

Os pais têm necessidades nas relações conjugais. O nascimento e posteriormente o cuidar de um filho prematuro implica, por parte dos pais, grande disponibilidade e reorganização familiar e, se existem já outros filhos, estes podem ser descurados, devido muitas vezes ao cansaço da mãe, ou ao desgaste de cuidar das tarefas domésticas e dos filhos, pelo que é importante o apoio do marido. Durante o internamento, o pai também deve colaborar nos cuidados, pelo que a Enfermeira o incentivará a participar nos mesmos, para posteriormente colaborar no domicílio; havendo uma ajuda mútua, a mãe também estará mais disponível para a relação marital. O casal tem necessidade de momentos a sós,

pelo que, se tiverem o apoio de familiares e amigos, poderão manter e fortalecer a relação entre ambos evitando situações de conflitos.

Os pais têm necessidade de recursos sociais, humanos e técnicos. Durante a hospitalização do Rn na Unidade, o Enfermeiro deteta situações que poderão pôr em causa após o regresso a casa o bem-estar destes bebés, relacionadas com fracos recursos socioeconómicos, muitas vezes associadas a comportamentos de risco (alcoolismo, drogas), pelo que são orientados para o Serviço Social, que depois de analisar a situação os encaminham para os respetivos apoios sociais e de redes sociais (creche, ama, infantário) ou outros técnicos.

Os bebés prematuros podem desenvolver handicaps, resultantes das complicações inerentes à sua prematuridade, pelo que, após o regresso a casa, são seguidos na consulta de desenvolvimento, devendo os pais estarem informados da eventualidade de surgir alguns sinais de alerta e da necessidade de serem encaminhados para técnicos especializados.

2.1.1. Preparação do regresso a casa

O nascimento de um filho prematuro causa sempre muita ansiedade nos pais; mesmo quando já têm outro filho, tudo é diferente. A continuidade dos cuidados após o regresso a casa carece de uma preparação prévia, que é iniciada no momento de admissão do recém-nascido na UCINP e se prolonga ao longo do internamento até à alta, tendo como objetivo capacitar os pais com competências para darem continuidade aos cuidados no domicílio.

A utilização de uma metodologia de trabalho por Enfermeira Responsável que promova a personalização e a parceria dos cuidados, centrados na família, permite uma participação mais proactiva dos pais nos cuidados dos seus bebés.

McWilliam (2003a, p.11) cit. In Rodrigues (2010) refere os princípios centrados na família comuns às várias práticas:

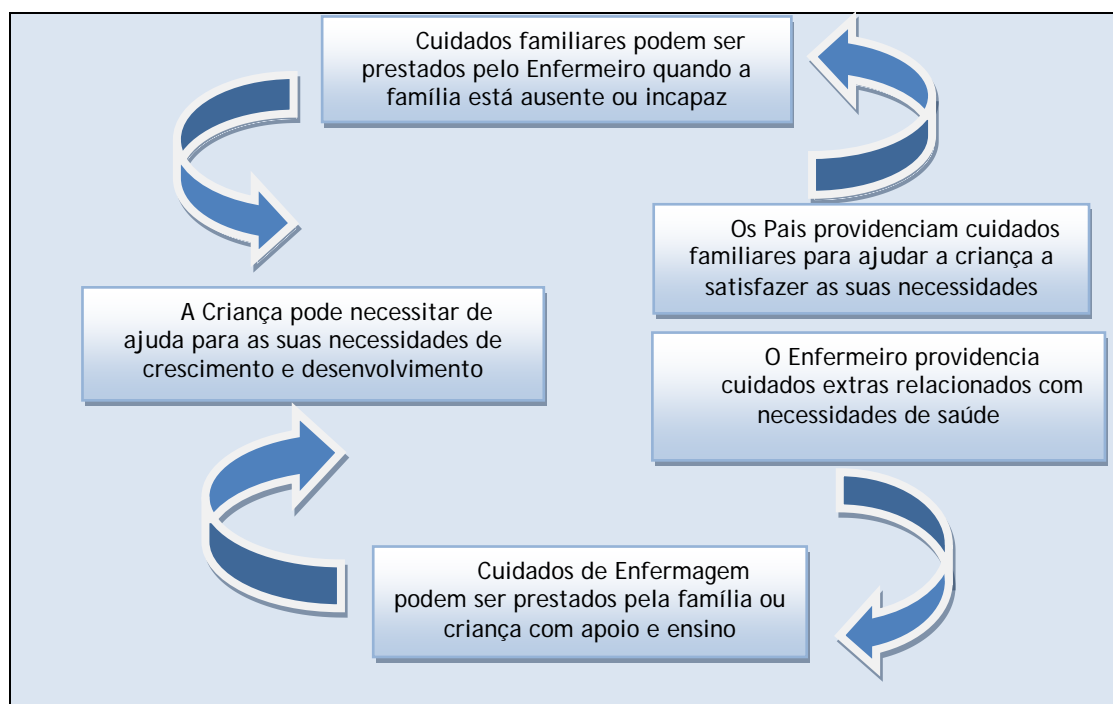
- Encarar a família como a unidade de prestação de serviços.
- Reconhecer os pontos fortes da criança e da família.
- Dar resposta às prioridades identificadas pela família.
- Individualizar a prestação de serviços."

Para este autor deve-se reconhecer as necessidades de cada um dos elementos da família e atender a essas mesmas necessidades, quando um é afetado os restantes também são. Ao contribuir-se para o bem-estar da família diminui-se o stresse e mantém-se a coesão da família.

O modelo de enfermagem baseado na parceria dos cuidados de Anne Casey é um modelo em que, segundo a autora, "os cuidados são centrados na família, prestados em parceria com esta, tendo por base a filosofia de que eles são os melhores prestadores de cuidados à criança".

Embora este modelo seja direcionado para a pediatria, podemos transpô-lo para a Neonatologia, adaptando-o de forma a dar resposta às necessidades dos prematuros e dos pais.

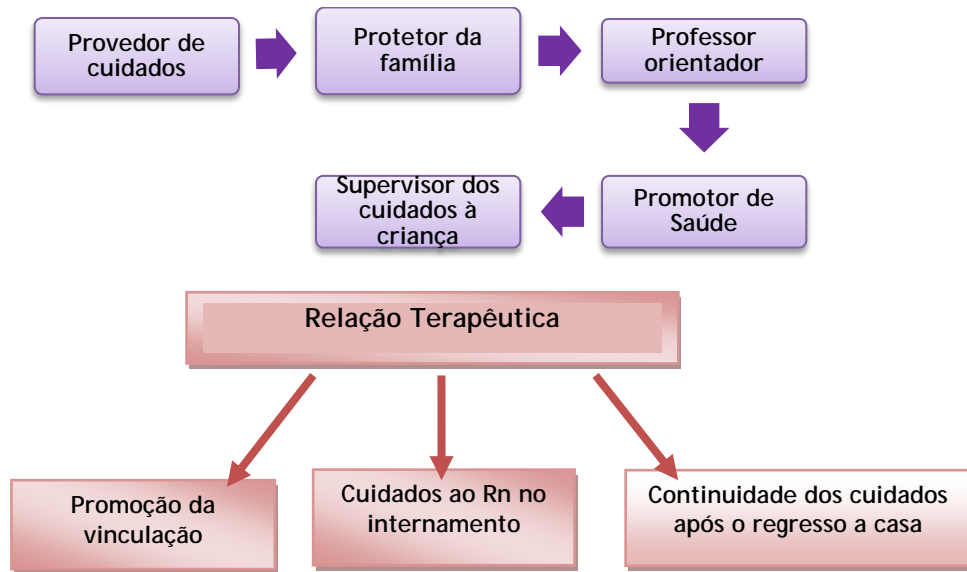
FIGURA 6: Modelo de enfermagem de Casey na parceria nos cuidados



Fonte: Casey, A. (1993, p.93)

O Rn ainda não é um ser autónomo pelo que necessita da ajuda dos enfermeiros e dos pais para suprir as suas necessidades. O Enfermeiro da Unidade é o elo de ligação entre o bebé, os pais e a restante equipa multidisciplinar, que presta cuidados especializados e desempenha um papel de formador orientador e de suporte.

FIGURA 7: Diagrama do papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na autonomia parental.



O enfermeiro só deve substituir os pais nos cuidados apenas enquanto eles não adquiriram e desenvolveram as suas capacidades parentais.

A forma como é efetuado o acolhimento aos pais pode condicionar toda a relação pais/equipa multidisciplinar, assim como a integração dos mesmos nos cuidados aos seus filhos.

Um parto prematuro é sempre uma situação inesperada, muitas vezes resultante de situações emergentes, pelo que a primeira pessoa a visitar o bebé é o pai, a mãe - normalmente e de acordo com a sua situação física e clínica - só mais tarde é que o visita.

É importante desmistificar o ambiente que rodeia o prematuro internado numa UCINP. Para os pais, a panóplia de equipamento (monitores, ventilador, seringas e bombas perfusoras) é aterrador - verem os filhos dentro de uma incubadora, rodeados de tubos, fios e do ruído dos alarmes dos monitores - pelo que se deve explicar a função deles numa linguagem compreensível para os pais. O aspeto do bebé e o grau de prematuridade também pode causar ansiedade nos pais, pois se é muito pequenino os receios de que não possa sobreviver serão maiores.

Na nossa Unidade, se a mãe ainda não teve condições físicas e clínicas para visitar o bebé, a enfermeira de referência (desde que as condições da Unidade o permitam) desloca-se ao Serviço de Obstetria, para a informar sobre o estado do bebé. Isto permite criar uma relação de empatia e confiança com a mãe, que será posteriormente facilitador na integração da mesma na equipa e nos cuidados ao

bebé. Permitir que o pai fotografe ou filme o bebé para mostrar à mãe é outra estratégia da equipa facilitadora dessa integração.

A informação sobre a evolução do bebé deve ser dada sempre que solicitada, de forma assertiva, sem criar grandes expectativas nos pais, mas também sem ser pessimista, pois estes bebés são muito instáveis, com riscos acrescidos; trata-se de uma luta pela sobrevivência, e cada dia que eles ultrapassam é uma batalha ganha. “(...) os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”.(art.º 4 dos Direitos da Criança Hospitalizada 1988).

A utilização de folhetos informativos direcionados para os pais, sobre os vários procedimentos utilizados na Unidade, são uma forma de elucidar e explicar aos pais, de uma forma simples, o “porquê” da necessidade dos bebés serem submetidos a algumas técnicas, umas mais invasivas do que outras, nomeadamente: ventilação assistida, cateterismo central e periférico, fototerapia.

Os pais, antes de se sentirem capazes de participarem nos cuidados, têm que aceitar o filho como seu, pelo que o *timing* para iniciarem os cuidados não é igual para todos. Não devem ser forçados se ainda não se sentem capazes emocionalmente.

Existe um processo de luto que tem de ser resolvido, pois aquele bebé tão minúsculo não é o bebé saudável e rechonchudo que eles idealizaram. Muitas vezes as mães sentem-se culpabilizadas por não terem conseguido chegar ao término da gravidez.

Promover a autonomia dos pais no cuidar dos seus filhos é um dos objetivos da preparação da alta. O cuidar implica a capacidade de entender as necessidades do outro e ser capaz de responder adequadamente a elas.

Os pais/cuidadores devem aprender a identificar as necessidades dos seus filhos.

Esta aprendizagem deve ser gradual, personalizada e deve dar respostas às dificuldades sentidas pelos pais ou observadas pela equipa, pelo que é importante saber se já cuidaram de algum bebé e quais as expectativas que têm em relação a este bebé.

A promoção e o incentivo ao aleitamento materno (mesmo que o bebé não mame diretamente ao seio) para além das vantagens para a mãe - por facilitar a involução uterina mais precocemente, reduzindo o risco do aparecimento do cancro da mama entre outros - e para o bebé - por ser um alimento completo e

natural, previne as infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tendo um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca - favorece a presença da mãe, a sua participação nos cuidados e é indutora da vinculação.

Desde 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o UNICEF tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o AM, assumindo que “todas as mulheres devem ter a mesma oportunidade de amamentar os seus filhos exclusivamente desde o nascimento até aos 6 meses de idade e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais”. (Declaração de Innocenti. OMS/UNICEF, 1990).

A promoção, proteção e suporte ao AM deve ser entendida como uma prioridade no que diz respeito à saúde pública, visto que recai diretamente no domínio dos direitos humanos perfeitamente veiculada na Convenção sobre os direitos da criança (1989), a quem é reconhecido o direito de gozar o melhor estado de saúde possível e a realização integral desse direito, o que passa necessariamente pela informação, acesso e apoio a conhecimentos básicos em saúde, nomeadamente no que respeita ao AM.

A OMS (1991) considera que o **Aleitamento Materno exclusivo**: Significa dar ao bebé apenas leite materno, sem nenhum outro líquido ou sólido, inclusivamente água (exceto medicamentos, gotas de vitaminas ou sais minerais; leite Materno extraído também é permitido); **Aleitamento misto**: Significa amamentar parcialmente ao peito em algumas mamadas e dar também alimentação artificial, seja de outro leite, cereal ou outro alimento; **Aleitamento por biberão**: Significa dar a alimentação por biberão, independentemente do conteúdo deste, mesmo que se trate de leite Materno obtido por extração; **Aleitamento artificial**: Significa alimentar uma criança com alimentos artificiais e não dar alimento Materno (não dar mama).

Para darem cumprimento a estas recomendações, os hospitais criaram políticas de incentivo ao aleitamento materno, nomeadamente:

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF, 1992)

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.

4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.

6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.

8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.

9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.

10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após o regresso a casa do hospital ou da maternidade.

Os profissionais fizeram formação em aconselhamento em aleitamento materno, tendo-se realizado o primeiro curso de Formação de Formadores em Aconselhamento em Aleitamento Materno da OMS/UNICEF (Curso de 80 horas com práticas clínicas), em 1996 na Escola Nacional de saúde Pública.

A ULSAM EPE de Viana do Castelo está sensibilizada para esta problemática, é promotora de políticas que favoreçam o aleitamento materno, proporcionando aos profissionais formação, como conselheiras e como promotoras do aleitamento materno.

Os Enfermeiros da UCINP da ULSAM EPE realizaram um estudo sobre a realidade do aleitamento materno na Unidade, que decorreu de Janeiro a Dezembro de 2010 e, relativamente aos dados obtidos referentes aos Rn prematuros alimentados exclusivamente com leite materno, verificámos que a prevalência do mesmo em Rn com peso inferior a 1600gr foi de 78% e, com peso superior a 1600gr, foi de 66,4%. Relativamente à idade gestacional, nos Rn com idade inferior a 34 semanas, a prevalência foi de 86% e com idade superior a 34 semanas foi de 49,6% (Amaral et al 2011).

As mães estão sensibilizadas para as vantagens do aleitamento materno, em especial as que têm bebés com menor peso e idade gestacional. As Enfermeiras orientam e ensinam as mães sobre a técnica de extração à bomba do leite materno e sobre a conservação e congelação do mesmo.

Todos os Rn prematuros de baixo peso fazem o rastreio da retinopatia do prematuro e o rastreio auditivo neonatal de surdez. Os prematuros até às trinta e cinco semanas gestacionais fazem ainda no internamento a primeira avaliação pela técnica de motricidade, que depois encaminha para a consulta de

estimulação precoce, onde periodicamente é efetuada a avaliação psico-motora e a necessidade de intervenção.

2.1.2. Nascer prematuro na ULSAM, EPE de Viana do Castelo

Consideramos pertinente efetuar uma breve resenha histórica da Instituição onde se desenvolve o estudo, sobre a evolução da assistência à grávida de risco e do Rn prematuro ao longo de duas décadas.

No Hospital Distrital de Viana do Castelo, até 1988, não existiam Obstetras e Pediatras em número suficiente para dar assistência médica em presença física as vinte e quatro horas do dia, pelo que ficavam em regime de prevenção a partir do período da tarde e noite. Por esse motivo, todas as grávidas de risco e /ou com ameaça de parto prematuro eram transferidas para a Maternidade Júlio Diniz. Muitos bebés nasciam pelo caminho, acompanhados apenas pela Enfermeira parteira, com todos os riscos inerentes quer para a mãe quer para o recém-nascido.

A 14 de Abril de 1988, foi inaugurada a Unidade de Neonatologia, tendo sido adaptada dentro do espaço da Pediatria, mas como um serviço independente da Pediatria, com uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) fixa, existindo apenas uma sala destinada aos bebés com necessidade de incubadora e/ou ventilação assistida, uma sala de berçário e uma sala de trabalho.

Como a equipa médica e de enfermagem não tinha experiência em Neonatologia, efetuaram formação num Hospital Central (Hospital de São João), para desenvolverem competências nesta área tão específica, assim como as assistentes operacionais também tiveram formação específica, atendendo às características dos nossos utentes. A equipa médica passou a dar assistência as 24 horas em presença física na Unidade de Neonatologia, garantindo a assistência médica a todos os Rn internados, assim como garantindo a assistência médica a todos os partos de risco e às cesarianas.

Esta Unidade, com capacidade para oito recém-nascidos, estava vocacionada para prestar cuidados intermédios a oito recém-nascidos com idade gestacional superior a 33 semanas, efetuando também cuidados de suporte ventilatório a recém-nascidos com necessidades de cuidados intensivos, até à sua transferência para um Hospital diferenciado. No entanto, admitia recém-nascidos de outros hospitais com necessidade de suporte ventilatório quando não existiam vagas nos hospitais centrais.

Em 1997 a Comissão Nacional da Mulher e da Criança (CNMC), tendo em consideração a boa evolução dos cuidados prestados na UCIN de Viana do Castelo, e a necessidade de existir mais Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, na região Norte, decidiu criar uma unidade com as características necessárias para a prestação de cuidados intensivos em Viana do Castelo, proporcionando quer os meios necessários para a adaptação do novo espaço físico, aquisição de equipamento e de formação toda a equipa médica e de enfermagem. Esta última decorreu nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, dos Hospitais de S. João e Santo António no Porto em 1999 (Moura, 2007).

A 11 de abril de 2001, a Unidade transferiu-se para as novas instalações, onde se prestam cuidados intensivos neonatais a recém-nascidos, com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, ou inferior se não foi possível transferir *in utero* para um hospital diferenciado e cuidados intensivos a crianças/adolescentes em idade pediátrica.

Os Rn com patologias cardíacas e cirúrgicas que requeiram intervenção imediata são transferidos para os hospitais centrais, por não existirem na nossa instituição essas valências pediátricas de cirurgia e cardiologia; mas são-lhes prestados todos os cuidados imediatos e de suporte até à sua transferência.

A Unidade admite Rn cujos pais residem no Distrito de Viana do Castelo, que abrange dez concelhos: Viana do Castelo, Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença e Vila Nova de Cerveira.

A partir do momento que foi encerrada a maternidade do Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos, a assistência da grávida e Rn passou para a área de influência do Hospital de Braga; mas muitas dessas grávidas residem geograficamente mais perto de Viana do Castelo, pelo que recorrem à nossa maternidade e também associado ao facto de serem vigiadas durante a gravidez por obstetras que, apesar de manterem as consultas de obstetrícia no Hospital de Santa Maria Maior EPE, Barcelos, prestam serviço de urgência na nossa instituição, assim como, também admitimos Rn que nascem em Instituições de saúde privadas, mas, por necessitarem de cuidados intensivos neonatais, são transferidos para a nossa Unidade.

A nova Unidade veio proporcionar uma melhoria das condições a nível tecnológico, a nível de espaço físico e de conforto para a equipa, para os recém-nascidos e pais.

As mães podem permanecer as vinte e quatro horas junto dos bebés após a alta de Obstetrícia, existindo alojamento conjunto mãe/Rn (com capacidade para

cinco mães) e refeições gratuitas; também é permitido a presença do pai das oito às vinte e duas horas; e no caso de bebés gemelares, o pai tem direito às refeições (almoço e jantar), pois o Decreto-Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, no seu sexto artigo, concede a gratuidade das refeições aos acompanhantes de crianças internadas em Unidades de Saúde.

“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou do seu estado”, Carta da criança Hospitalizada Leiden (1988).

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, que revoga a Lei 21/81 de 19 de agosto, salienta no seu segundo artigo que a criança, com idade até aos dezoito anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua

Para os pais é importante o apoio familiar para ajudar a ultrapassar esta fase de transição repleta de medos e insegurança sobre a evolução do seu bebé; pelo que a presença dos avós, mesmo por um curto período, é importante para o seu equilíbrio emocional. A presença dos outros filhos também é importante, para estes sentirem-se integrados no seio familiar (a ausência da mãe pode-lhes provocar sentimentos de rejeição, alterações comportamentais e psicossomáticas), pelo que é permitida também a visita dos avós e irmãos dos bebés (a partir dos dois anos de idade) no período das quinze até às dezanove horas e trinta minutos, visitas com duração de quinze minutos.

Um bebé prematuro pode manter-se internado por longos períodos na Unidade, dependendo da idade gestacional com que nasceu e das complicações que desenvolveu inerentes à sua própria prematuridade, da aquisição ou não das competências parentais para cuidar do filho.

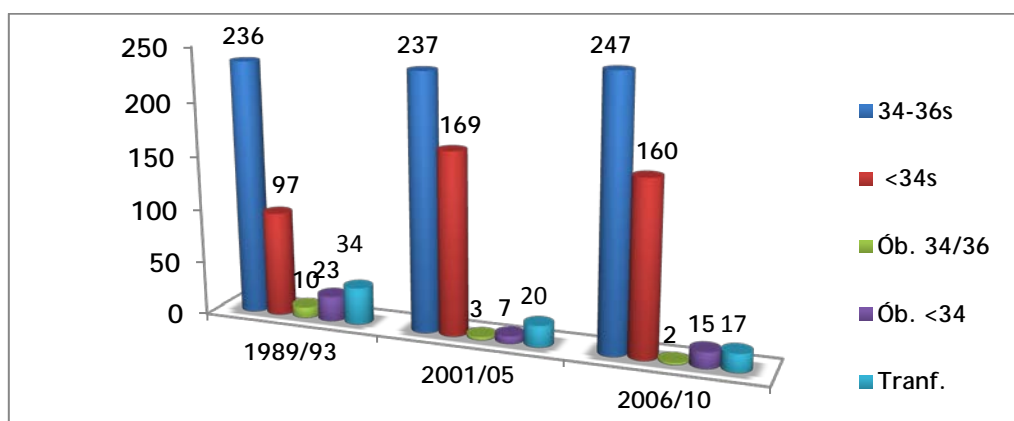
2.1.3. Análise da evolução da prematuridade na UCINP da UISAM

Para caracterizarmos a evolução da prematuridade na UCINP da ULSAM relativo ao período 1999/2010, analisamos a informação registada no ficheiro informático da Unidade sobre os recém-nascidos prematuros e dos dados divulgados pela ARS Norte no trabalho de investigação: “Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes na Região Norte” (2011, p.60-61), relativo ao número de internamentos na Unidade por prematuridade, tipo de parto, número de partos gemelares, vigilância da gravidez, idade materna, evolução da natalidade/mortalidade neonatal e principais causas de morte neonatal tardia

relativas ao período 1999/2010. Para melhor compreensão da mesma, apresentamos a casuística da Unidade.

Conforme se pode observar no gráfico nº 1, registou-se um aumento de admissões de Rn com idade gestacional <34s, mas verifica-se uma diminuição quer da mortalidade (sobretudo a associada à imaturidade), quer de algumas patologias comuns na prematuridade, esta diminuição está associada à melhoria da vigilância da grávida de risco com postura mais interventiva, transferência *in utero*, a utilização pré-natal de corticoides, rastreio de infeção por estreptococo, o recurso a cesarianas, e o uso de outras terapêuticas (ex: surfactante), assim como a melhoria das condições tecnológicas da Unidade (investimento da instituição em equipamento de monitorização e de suporte de vida) e de investimento a nível da formação dos profissionais (pediatras e enfermeiras).

GRÁFICO 1: Prematuros internados na Unidade de neonatologia 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010

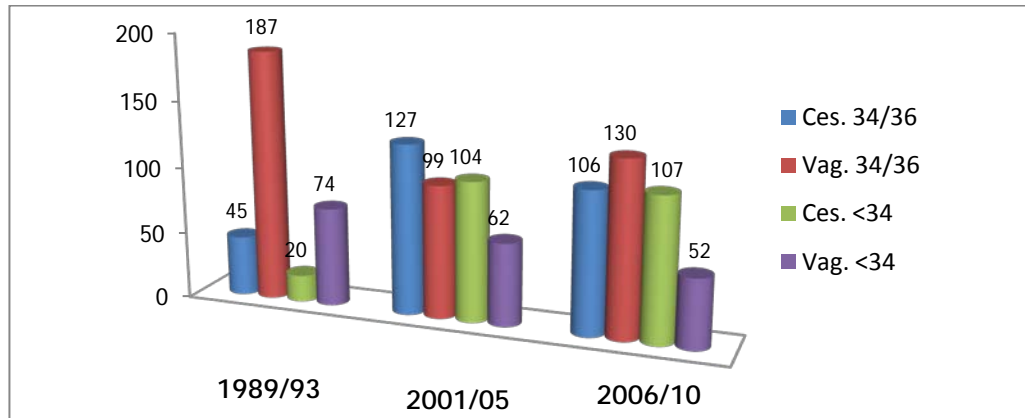


Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

Relativamente ao tipo de parto, conforme se verifica no gráfico nº 2, houve um aumento dos partos por cesariana nos prematuros a partir de 2001, que está associado a uma melhoria das condições técnicas e humanas dos serviços envolventes, permitindo uma melhor monitorização das grávidas de risco, com uma intervenção atempada, diminuindo o risco de complicações para a grávida e para o bebé. No quinquénio 1989/93, o número de partos de prematuros com IG <34s por cesariana é reduzido porque, de acordo com os critérios de admissão na UCIN em vigor naquele período, só eram admitidos os Rn prematuros com IG > a 34s, pelo que as grávidas com IG < 34s eram transferidas para a Maternidade Júlio

Dinis, exceto as que não havia possibilidade de efetuar a sua transferência por já terem desencadeado o parto.

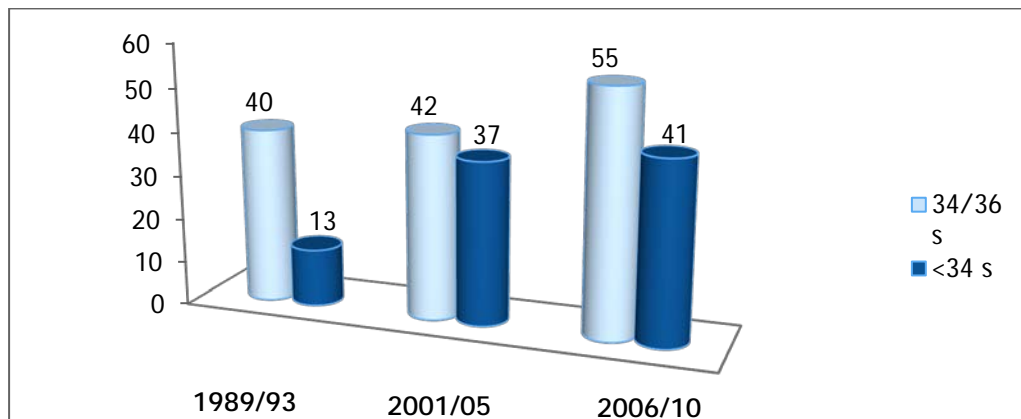
GRÁFICO 2: Tipo de parto 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010



Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

No gráfico nº 3, relativamente ao número total de partos de Rn prematuros, verifica-se um aumento dos partos gemelares, sendo mais acentuado nos Rn com IG <34s e que estão relacionados com a utilização de técnicas de reprodução medicamente assistida.

GRÁFICO 3: Gemelaridade 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010



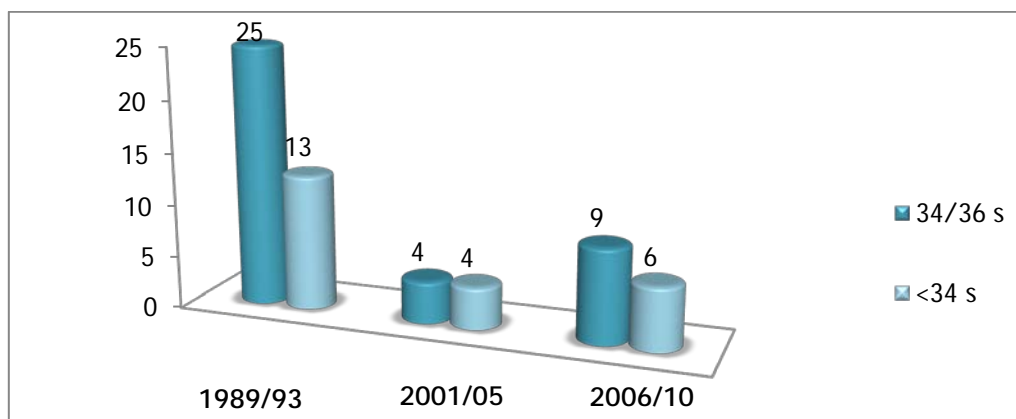
Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

Podemos verificar no gráfico nº 4 um decréscimo acentuado das gravidezes não vigiadas. Comparando o quinquénio 1989/93 com o quinquénio 2006/11, verificamos no primeiro que vinte e cinco Rn com IG 34/36 semanas e treze Rn com IG <34 semanas eram fruto de gravidez não vigiada; e no segundo apenas nove Rn com IG 34/36 semanas e seis Rn com IG <34 semanas não foram vigiados

Olga Arriscado

durante a gravidez. Este decréscimo está relacionado com as melhorias das condições de acessibilidade aos serviços de saúde, da informação sobre as vantagens da vigilância da gravidez e do parto hospitalar, tudo isso permitindo o despiste e a prevenção de complicações da grávida e do recém-nascido.

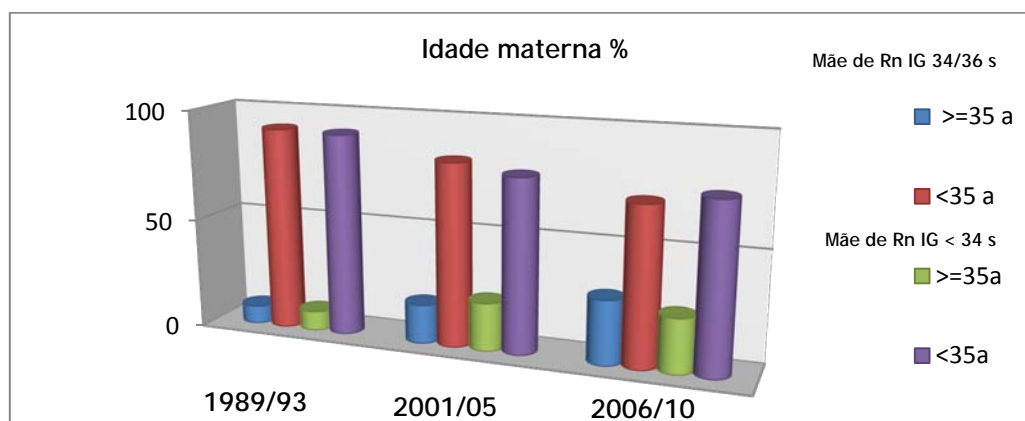
GRÁFICO 4: Gravidez não vigiada 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2011



Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

No gráfico nº 5, verifica-se - em percentagem - um aumento gradual da idade da mãe de Rn prematuros, porque os casais planeiam ter filhos cada vez mais tarde, por vários motivos pessoais, sociais (estabilidade económica) e profissionais (investimento na carreira profissional), surgindo muitas vezes problemas de infertilidade relacionados com problemas físicos do casal e com a idade mais avançada da mãe, pelo que muitas vezes têm de recorrer a métodos de fertilidade medicamente assistida, implicando um longo processo a percorrer e consequentemente a uma gravidez mais tardia.

GRÁFICO 5: Idade materna % - 1989/1993 - 2001/2005 - 2006/2010

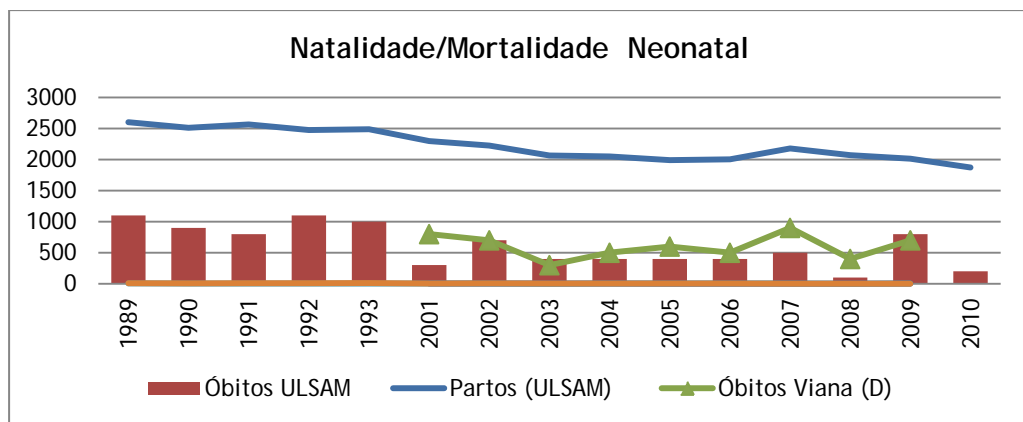


Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

No gráfico nº 6, verifica-se um decréscimo do número de nascimentos e do número de óbitos no período neonatal. O primeiro está em consonância com a diminuição da natalidade que se regista a nível nacional e que se relaciona com vários fatores como: um maior controlo da natalidade por parte dos casais; menor número de mulheres em idade fértil por envelhecimento da população entre outras. O segundo está relacionado com o que foi referido anteriormente em relação às melhorias das condições assistenciais da mulher durante a gravidez e parto.

No entanto, no ano de 2009, registou-se um aumento do número de óbitos no período neonatal, que está associado à alteração dos critérios de admissão na UCINP, das ≥ 30 semanas gestacionais para ≥ 28 semanas com um maior risco de complicações. Os óbitos dos Rn estão relacionados com menor idade gestacional (três com IG 24s), que tinham um risco acrescido de complicações associadas a patologias graves.

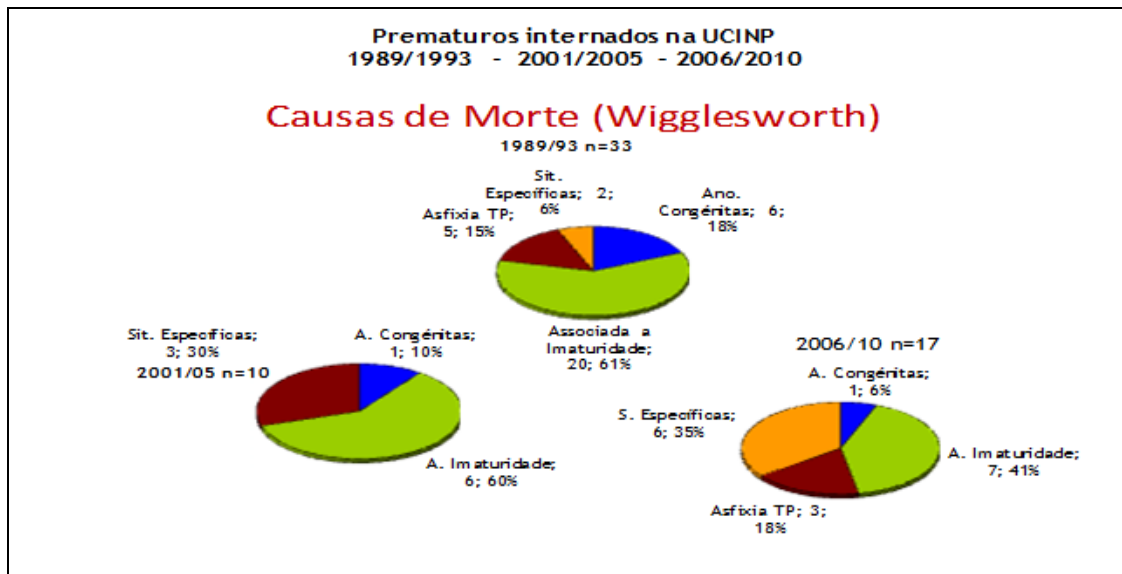
GRÁFICO 6: Evolução da natalidade/mortalidade neonatal 1989/1993 E 1999/2010



Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

Podemos verificar no gráfico nº 7 que a principal causa de morte dos prematuros está associada à prematuridade (admissão de Rn com menor idade gestacional e maior risco de complicações). No entanto, verifica-se também que diminuíram as mortes por asfixia e anomalias congénitas; as primeiras relacionam-se com a melhoria da assistência durante a gravidez e parto; as segundas com o diagnóstico precoce de anomalias e malformações, podendo a mulher recorrer à interrupção terapêutica da gravidez.

GRÁFICO 7: Causas de morte dos prematuros 1989/1993 E 1999/2010



Fonte: Registos do ficheiro informático relativo à prematuridade da UCINP da ULSAM, EPE de Viana do Castelo; ARS do Norte (2011).

II PARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Segundo Fortin (1999, p.108), “ a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

Este capítulo descreve o processo metodológico utilizado e a sua fundamentação, que inclui a finalidade e objetivos do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, contexto e participantes e as considerações éticas.

3. FINALIDADE DO ESTUDO

A finalidade deste estudo foi propor um modelo de acompanhamento de enfermagem após o regresso a casa, que satisfaça as necessidades dos recém-nascidos prematuros/pais, promovendo a autonomia parental no domicílio.

3.1- Objetivos Específicos

Para este estudo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar as necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros após o regresso a casa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

- ✓ Conhecer os fatores que influenciaram as necessidades destes pais;
- ✓ Compreender o modelo da preparação do regresso a casa do recém-nascido prematuro, que tem sido efetuado na UCIN;
- ✓ Identificar a opinião dos pais dos recém-nascidos prematuros sobre os ensinamentos que foram efetuados no internamento;
- ✓ Propor um modelo de Intervenção de Enfermagem que permita a satisfação das necessidades identificadas.

3.2- Questões de investigação

As questões de Investigação são as premissas onde se apoiam os resultados de uma investigação, ou seja, elas permitem orientar e ajudar na organização da recolha de dados durante o estudo.

Para Fortin (1999, p.101), são “enunciados interrogativos, precisos, escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada”.

Assim, foram definidas para este estudo as seguintes questões de Investigação:

- ✓ Quais as necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros no regresso ao domicílio?
- ✓ Quais os fatores que influenciaram as necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros no regresso ao domicílio?
- ✓ Qual é o modelo da preparação do regresso a casa do recém-nascido prematuro efetuado na UCIN?
- ✓ Como é o modelo da preparação do regresso a casa do recém-nascido prematuro efetuado na UCIN?
- ✓ Qual a opinião dos pais dos recém-nascidos prematuros sobre os ensinamentos que foram efetuados no internamento?
- ✓ Qual o modelo de acompanhamento de enfermagem a propor aos pais após o regresso a casa do recém-nascido prematuro que promova a autonomia parental?
- ✓ Qual a opinião dos pais sobre esse modelo?

3.3- Metodologia de colheita de dados

O tipo de investigação que se pretende efetuar determina as escolhas dos instrumentos de recolha de dados mais adequados a utilizar que “seja capaz de produzir todas as informações” (Quivy e Campenhoudt, 2005, p.181). O modelo a utilizar depende dos objetivos, do modelo de análise e das características do campo de análise.

3.3.1. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e o inquérito com recurso ao questionário.

A entrevista semiestruturada (Anexo I) com a utilização de um guião que foi elaborado, tendo como linhas orientadoras as temáticas que se pretendeu estudar, serviu de fio condutor à investigação; permitiu-nos obter informações sobre as dificuldades sentidas pelos pais dos bebés prematuros para desenvolverem autonomamente a sua parentalidade após o regresso a casa.

O questionário utilizado, com questões fechadas (Anexo II), permitiu-nos efetuar a caracterização sociodemográfica dos pais, que incluiu a idade dos pais, estado civil, situação familiar, número de filhos, escolaridade, situação profissional dos pais, condições habitacionais e local de residência, e a caracterização dos recém-nascidos que incluiu a idade gestacional, o peso de nascimento, dias de internamento e principais complicações desenvolvidas relacionadas com a prematuridade e terapêuticas instituídas

A utilização desta técnica de colheita de dados, que é flexível e permite o contacto real entre o entrevistador e o entrevistado, foi enriquecedora, pois permitiu aos entrevistados (pais dos Rn prematuros) verbalizarem de forma heterogénea as suas vivências, as dificuldades e necessidades sentidas no domicílio após o regresso a casa.

3.3.2. Tipo de estudo

O tipo de investigação mais adequado às Ciências Sociais e Humanas, onde se enquadra a disciplina de Enfermagem, é a investigação qualitativa.

Streubert (2002a, p.3) refere que "(...) é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas."

Quanto aos objetivos é descritiva, porque os factos foram observados, registados e analisados, sem interferência do investigador.

A Investigação Descritiva:

"(...) implica estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação. Inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder a questões que lhe digam respeito. Os dados numa investigação descritiva são normalmente recolhidos mediante a administração de um questionário, a realização de entrevistas ou recorrendo à observação da situação real" Carmo e Ferreira (1998, p.213).

Pelo facto de ter decorrido durante um período de tempo previamente definido, este estudo pode ser considerado como transversal.

3.3.3. Contexto e participantes

O estudo teve por base a análise de conteúdo das entrevistas efetuadas a uma amostra intencional de dez (10) pais de recém-nascidos prematuros, que estiveram internados na UCINP da ULSAM EPE de Viana do Castelo desde o início de 2010 até março de 2011; as mesmas decorreram de abril até ao final de junho de 2011.

3.4- Considerações Éticas

Quando se realiza um estudo de investigação que envolve a componente humana, este levanta questões éticas e morais, tornando-se necessário salvaguardar o respeito pela intimidade, os direitos e liberdades dos participantes em estudo, Fortin (2009), pelo que foram respeitados os seguintes princípios éticos:

- ✓ Princípio da beneficência - não causar dano e maximizar os eventuais benefícios;
- ✓ Princípio do respeito à dignidade humana - direito à autodeterminação, à revelação completa e ao consentimento autorizado;
- ✓ Princípio da justiça - tratamento imparcial (anonimato), isenção de preconceitos e direito à privacidade.

Assim, foram solicitadas ao Conselho de Administração, à Comissão de Ética, ao Diretor do Serviço de Pediatria e ao Diretor do Departamento da Mulher e da Criança da ULSAM, EPE de Viana do Castelo, as respetivas autorizações para a recolha dos dados essenciais para a realização deste estudo (anexo III).

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo, valorizando o seu contributo para a realização do mesmo e para a melhoria dos cuidados que se prestam aos Rn/Pais; verificou-se a disponibilidade dos mesmos e foram alertados para o facto de em qualquer momento da realização do mesmo poderiam desistir; foi solicitada a sua autorização para gravar e divulgar os dados obtidos, salvaguardando todas as questões éticas através da livre e esclarecida participação, o anonimato e confidencialidade dos dados (anexo IV); no final da entrevista agradeceu-se a participação dos mesmos.

Foi também solicitada ao Senhor Diretor do Serviço de Pediatria autorização para a utilização e divulgação da casuística da UCINP da ULSAM EPE de Viana do Castelo, relativa ao período 1999/2010, para caracterizarmos a evolução da prematuridade na nossa Unidade (Anexo V).

3.5-Procedimentos para a análise de dados

A técnica de análise de dados selecionada e que se coaduna com o tipo de estudo realizado, que se enquadra no âmbito das ciências sociais, é a análise de conteúdo. A análise de conteúdo permitiu descrever e interpretar o conteúdo das mensagens obtidas através das entrevistas realizadas aos pais dos recém-nascidos prematuros e conduziu a descrições sistemáticas e qualitativas de mensagens, permitindo-nos atingir uma compreensão de seus significados.

O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido da comunicação, o seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas, Chizzotti (1998).

A Análise de Conteúdo constitui

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1988, p.38).

Segundo Martins e Lintz (2000), a análise de conteúdo engloba cinco etapas:

- ✓ **Leitura Inicial** - Leitura transversal da informação e percepção de um sentido;
- ✓ **Pré-Análise** - Colheita e organização do material a ser analisado - identificar a unidade de análise;
- ✓ **Identificação de categorias** - Estudo aprofundado do material, orientado pelos objetivos e/ou referencial teórico. Escolha das unidades de análise (a palavra, o tema, a frase, os símbolos, etc.) Essas unidades são aglutinadas segundo algum critério e definem as categorias;
- ✓ **Classificação da informação** - As categorias devem ser exaustivas e mutuamente exclusivas, ou seja, devem ser exaustivas para englobar o máximo dos conteúdos e mutuamente exclusivas porque uma palavra, frase, símbolo, etc., não pode existir em mais que uma categoria, interpretação e inferências - Com os quadros de referência, os conteúdos (manifesto e latente) são revelados em função dos propósitos do estudo;
- ✓ **Interpretação e inferências** - Com os quadros de referência, os conteúdos (manifesto e latente) são revelados em função dos propósitos do estudo.

III PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos, através da técnica de análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos pais, sobre as dificuldades sentidas para desenvolverem a sua parentalidade autonomamente após o regresso a casa. Os dados do questionário permitiram a caracterização da amostra.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se o questionário como método de recolha de dados para se proceder à caracterização sociodemográfica, tendo-se realizado o seu preenchimento imediatamente antes da entrevista.

4.1- Caracterização dos participantes

Para caracterizar os pais dos recém-nascidos prematuros, foram utilizados os seguintes dados: a idade, o estado civil, o agregado familiar, o número de filhos, a escolaridade dos pais, a profissão e situação profissional, as condições habitacionais no que concerne ao tipo de habitação, condições de salubridade e área de residência.

Relativamente à primeira questão do questionário, referente à idade da mãe e conforme podemos observar no gráfico nº 8, esta variou entre os 22 e 41 anos de

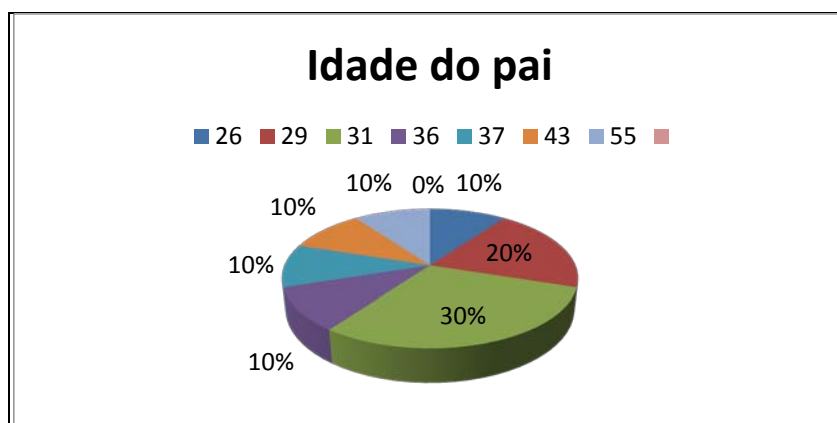
idade. A média de idades é de 27,8 anos e a moda corresponde aos 32 anos de idade.

GRÁFICO 8: Distribuição das mães pela idade



Relativamente à questão sobre a idade do pai, conforme se verifica no gráfico nº 9, esta variou entre os 26 e os 55 anos de idade. A média de idades foi de 34,8 anos e a moda corresponde aos 31 anos de idade.

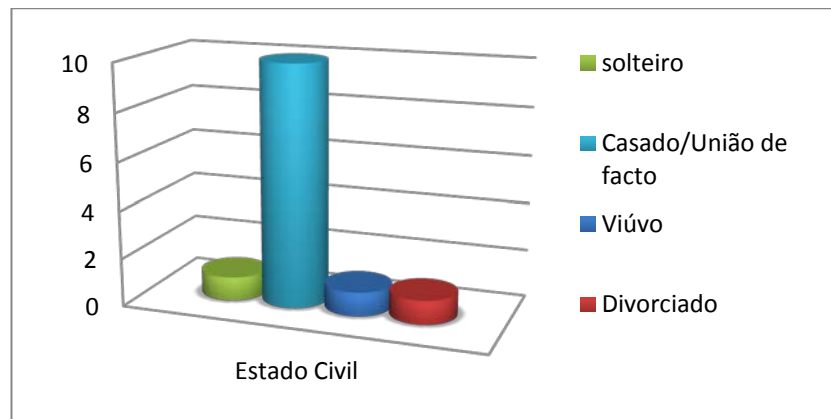
GRÁFICO 9: Distribuição dos pais pela idade



Em relação à idade dos pais, não se verifica uma grande disparidade de valores, exceto um pai mais velho (51 anos), cuja filha é fruto de um segundo casamento.

O contexto social e familiar da região do Minho é ainda muito tradicional, pelo que o casamento faz parte do projeto de vida dos casais. Conforme podemos observar no gráfico nº 10, todas as inquiridas referiram que eram casadas.

GRÁFICO 10: Distribuição dos pais pelo estado civil

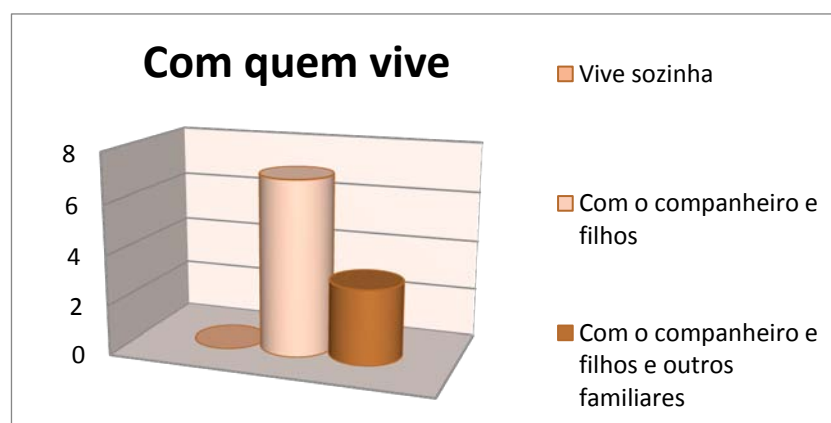


Relativamente à questão sobre a situação familiar e com quem vive, verifica-se que predomina o modelo de família nuclear (pais e filhos), embora nas zonas rurais seja frequente o modelo de família alargada (pais, filhos e outros familiares).

A região do Minho é predominantemente rural, pelo que é usual a existência de famílias alargadas.

No gráfico nº 11, podemos verificar que do total das inquiridas sete mães (70%) responderam que vivem com o companheiro e filhos; três mães (30%) referiram que vivem com o companheiro, filhos e outros familiares, sendo estes familiares diretos (duas referiram que eram os avós maternos e uma referiu que, para além dos avós maternos, coabitavam também dois tios maternos).

GRÁFICO 11: Agregado familiar

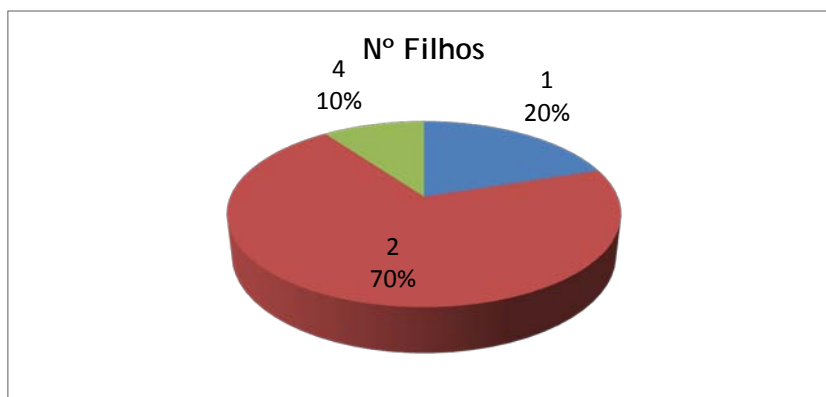


A taxa de natalidade em Portugal segundo o INE (2006/2009) tem vindo a decrescer, fruto de vários fatores, económicos (dificuldade no acesso ao primeiro emprego, emprego precário, despedimento por encerramento de empresas...) e pessoais (investimento pessoal e profissional em detrimento do familiar,

adiamento cada vez mais tardio da primeira gravidez), diminuição do número de mulheres em idade fértil por envelhecimento da população.

Verificamos no gráfico nº 12 que, relativamente à questão sobre o número de filhos, duas mães (20%) das inquiridas referiram que era o primeiro filho; sete mães (70%) referiram que tinham dois filhos; e apenas uma mãe (10%) referiu que tinha quatro filhos.

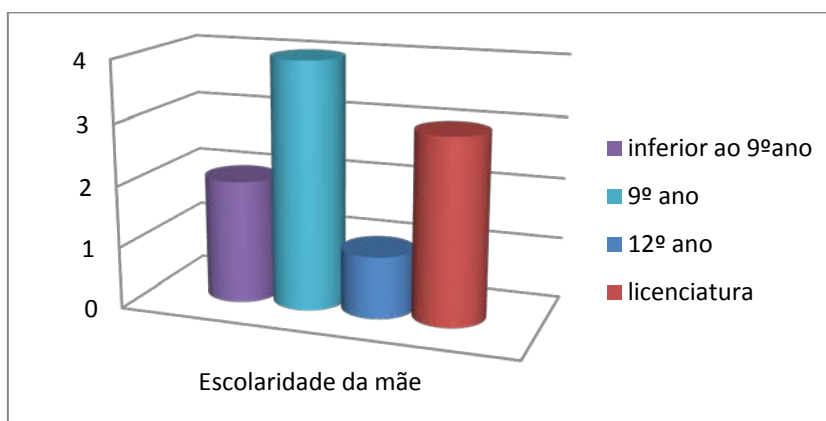
GRÁFICO 12: Distribuição do número de filhos



Relativamente à questão sobre a escolaridade da mãe, podemos observar no gráfico nº 13, que há uma distribuição pelos vários níveis de escolaridade, com um maior número de mães com ensino superior.

- ✓ Duas mães referiram que possuíam habilitações literárias inferiores ao 9º ano;
- ✓ Três mães referiram que possuíam o 9º ano de escolaridade;
- ✓ Uma mãe referiu que possuía o 12º ano de escolaridade;
- ✓ Três mães referiram que possuíam uma licenciatura.

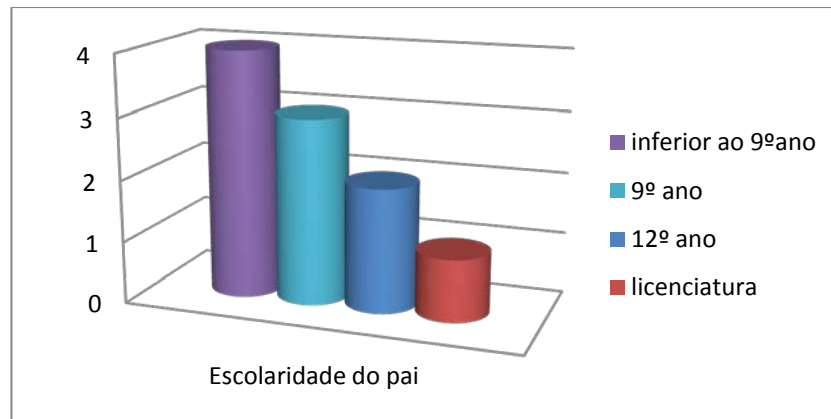
GRÁFICO 13: Distribuição das mães pela escolaridade



Relativamente à questão sobre a escolaridade do pai, verifica-se no gráfico nº 14 que a maioria dos pais possuíam nível de escolaridade mais baixo.

- ✓ Quatro pais referiram que tinham habilitações inferiores ao 9º ano de escolaridade;
- ✓ Três pais referiram que possuíam o 9º ano de escolaridade;
- ✓ Dois pais referiram que possuíam o 12º ano de escolaridade;
- ✓ Apenas um pai refere que possuía uma licenciatura.

GRÁFICO 14: Distribuição dos pais pela escolaridade

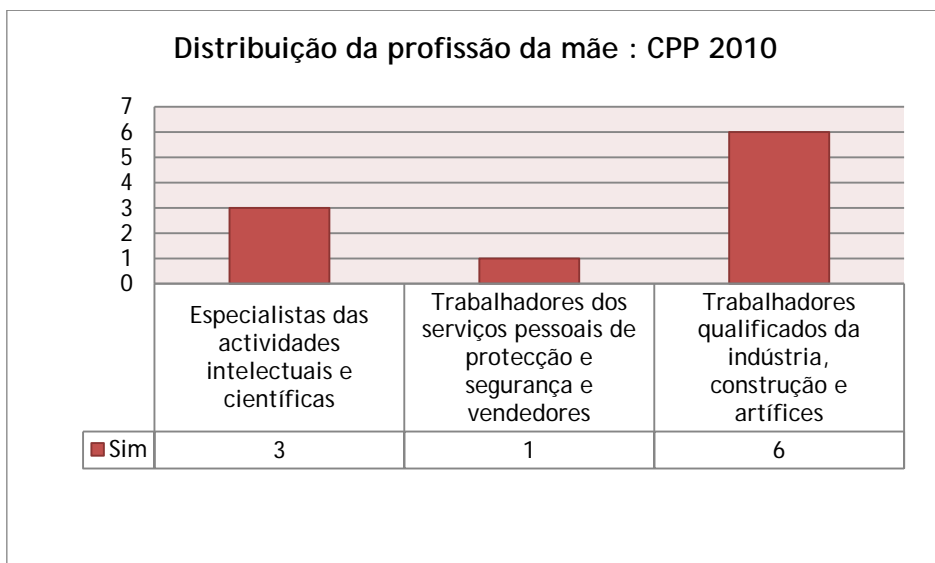


Comparando o nível de escolaridade das mães com o dos pais, verifica-se que há uma maior percentagem de mães (30%) com maior nível de escolaridade (licenciatura), comparativamente ao nível de escolaridade dos pais, em que apenas dez por cento (10%) tem uma licenciatura.

Relativamente à questão sobre a profissão da mãe, verificamos no gráfico nº 15 que há uma predominância de trabalhadoras da indústria e a situação de empregabilidade está adequada ao nível de escolaridade.

- ✓ Das inquiridas, seis mães responderam que eram empregadas fabris;
- ✓ Uma mãe respondeu que era balconista numa loja comercial;
- ✓ Uma mãe respondeu que era educadora de infância;
- ✓ Uma mãe respondeu que era nutricionista;
- ✓ Uma mãe respondeu que fisioterapeuta.

GRÁFICO 15: Distribuição das mães pela profissão



Relativamente à questão sobre a sua situação profissional, conforme se observa no gráfico nº 16, a maioria está no ativo.

Das inquiridas oito mães responderam que estavam no ativo;

Uma mãe respondeu que estava desempregada;

Uma mãe respondeu que era doméstica e estava em casa por opção pessoal.

GRÁFICO 16: Distribuição das mães pela situação profissional



Relativamente à questão sobre a profissão do pai, conforme podemos observar no gráfico nº 17, a maioria dos pais estão a trabalhar na construção civil e a situação de empregabilidade está adequada ao nível de escolaridade.

Dois pais responderam que eram empregados fabris;

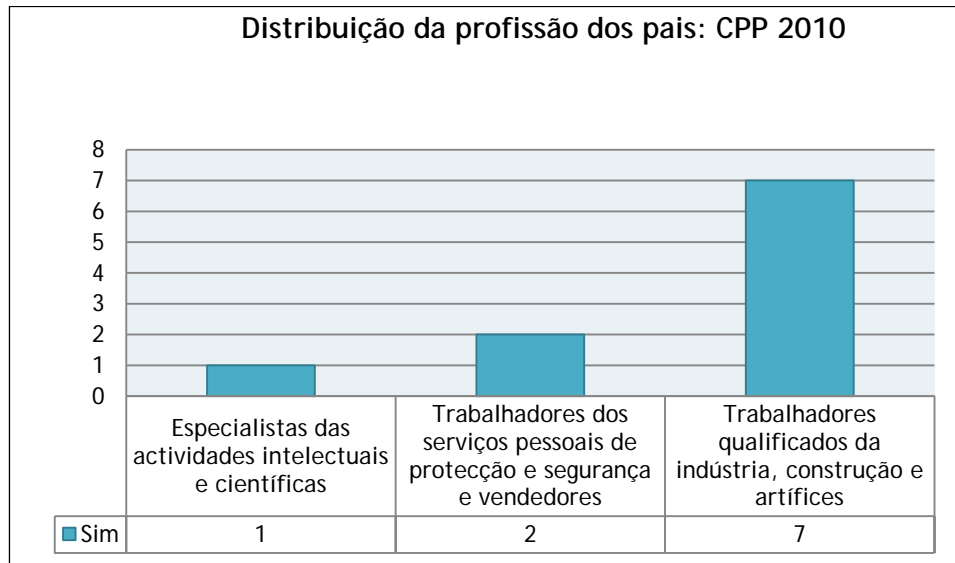
Três pais responderam que eram empregados da construção civil;

Um pai respondeu que era técnico superior de saúde (fisioterapeuta);

Um pai respondeu que era empregado comercial;

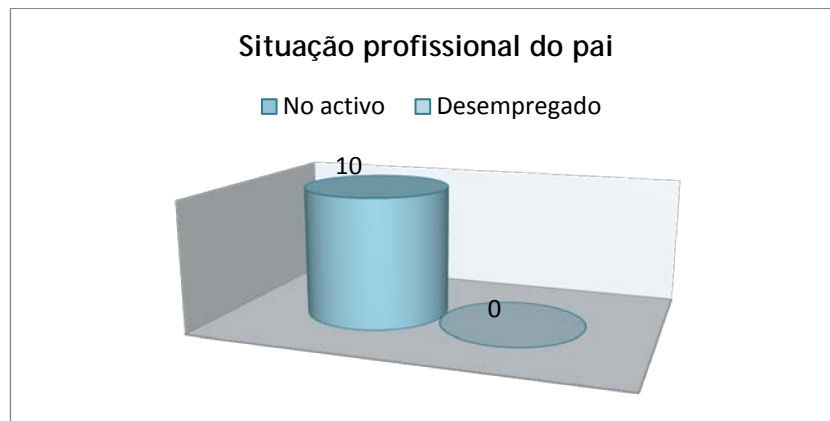
Um pai respondeu que era técnico de turismo.

GRÁFICO 17: Distribuição dos pais pela profissão



Relativamente à questão sobre a sua situação profissional, conforme se pode observar no gráfico nº 18, todos os pais estavam no ativo, mas dois trabalhavam fora do país.

GRÁFICO 18: Distribuição dos pais pela situação profissional



Na família tradicional, o pai continua a ser a base de sustentação da mesma, assumindo a responsabilidade de atender às suas necessidades básicas, pelo que se verificou que todos os pais estão no ativo. Devido à conjuntura económica e laboral atual do nosso país, dois pais trabalham no estrangeiro (na construção civil).

De acordo com a “Classificação Portuguesa das Profissões de 2010”, abreviadamente designada por CPP/2010, as profissões dos pais dos bebés prematuros que fazem parte do estudo inserem-se nas seguintes classificações:

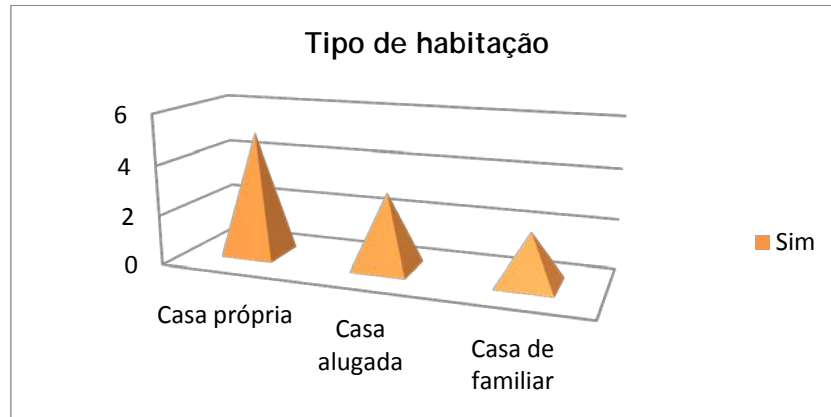
- ✓ Especialistas das atividades intelectuais e científicas - inclui os especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins, profissionais de saúde, professores, especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais, em especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC), em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais.
- ✓ Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores - inclui os trabalhadores dos serviços pessoais, vendedores, dos cuidados pessoais e similares, pessoal dos serviços de proteção e segurança.
- ✓ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices - inclui os trabalhadores qualificados da construção e similares, exceto eletricista, os trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares, da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares em eletricidade e em eletrónica, da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato.

Quando um recém-nascido prematuro tem alta clínica e vai para o domicílio, é importante conhecermos previamente as características da habitação, pois ele esteve durante um longo período num ambiente adequado, em relação à temperatura ambiental e de higiene, pelo que em casa deve manter um ambiente semelhante atendendo às suas características de prematuro (dificuldade para manter a temperatura corporal, suscetibilidade para as infeções).

Relativamente à questão sobre as condições habitacionais, foi considerado o tipo de habitação, se é própria, alugada ou de familiares, as condições de salubridade, se tem saneamento básico, água canalizada e eletricidade e se a mesma situa-se em meio urbano ou rural.

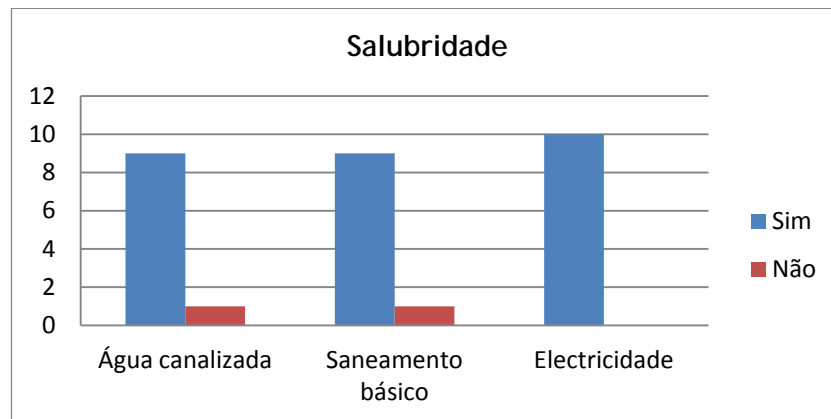
Relativamente ao tipo de habitação, verificamos no gráfico nº 19, que cinco mães (50%) responderam que moravam em habitação própria; duas mães (20%) responderam que residiam em casa alugada e três mães (30%) responderam que residiam com familiares.

GRÁFICO 19: Condições habitacionais - tipo de habitação



Relativamente às condições de salubridade, pode-se observar no gráfico nº 2: dez mães (100%) responderam que a casa tinha electricidade, nove mães (90%) responderam que tinham água canalizada e saneamento básico, e uma mãe (10%) referiu que apenas não tinha saneamento básico (esta última reside em meio rural).

GRÁFICO 20: Condições habitacionais -salubridade



Verificou-se que as habitações reuniam as condições adequadas para acolherem um bebé prematuro.

A região do Minho é constituída por dez concelhos: Viana do Castelo, Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença e Vila Nova de Cerveira. Relativamente à zona de residência dos pais dos Rn prematuros internados na UCINP, conforme verificamos no gráfico nº 21, cinco pais (50%) referem que residem no meio rural e cinco pais (50%), referem que residem no meio urbano.

GRÁFICO 21: Distribuição dos participantes por área de residência



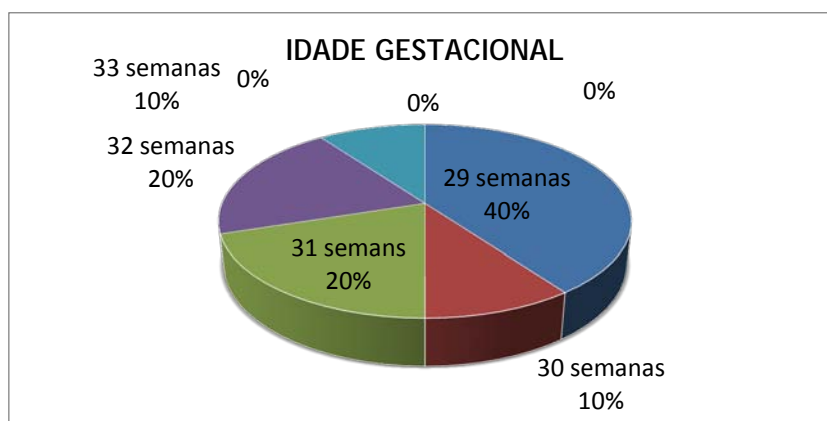
4.1.1. Caracterização dos recém-nascidos

Como critérios de inclusão para o nosso estudo, definimos os Rn prematuros que nasceram com peso de nascimento \leq 1800 gramas, que estiveram internados na UCINP da ULSAM EPE de Viana do Castelo desde o início de 2010 até março de 2011, são seguidos na consulta de Pediatria após o regresso a casa e residem no Distrito de Viana do Castelo.

A caracterização dos recém-nascidos incluiu os dados referentes à idade gestacional, o peso de nascimento, a duração do internamento, intercorrências ocorridas durante o mesmo e as atitudes terapêuticas instituídas durante o internamento.

Relativamente à idade gestacional, verifica-se no gráfico nº 22 que a mesma variou entre as 29 e as 33 semanas, sendo a média de 30,5 semanas gestacionais e a Moda de 29 semanas gestacional.

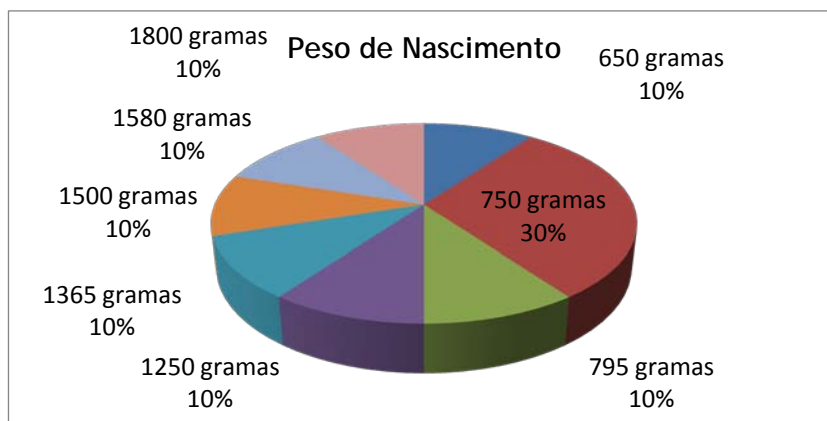
GRÁFICO 22: Distribuição dos rn prematuros segundo a idade gestacional



Podemos observar no gráfico nº 23 que, relativamente ao peso de nascimento, este variou entre as 650 gramas e as 1800gramas, o mesmo estava adequado à idade gestacional, o peso médio foi de 1119 gramas e a Moda foi de 750 gramas.

A bebé com 650 gramas e com idade gestacional de 33 semanas apresentava uma restrição grave do crescimento intrauterino.

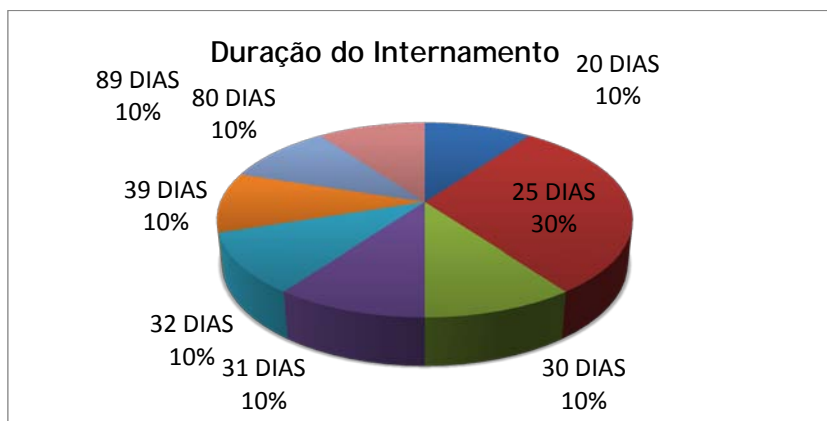
GRÁFICO 23: Distribuição dos rn prematuros segundo o peso de nascimento



Conforme se observa no gráfico nº 24, o período de internamento na UCINP variou entre os 20 e os 89 dias e a média foi de 40,1 dias. A duração do mesmo esteve diretamente relacionado com as complicações inerentes à prematuridade que estes RN desenvolveram, da sua evolução clínica, assim como da aquisição das competências dos pais.

Um bebé prematuro tem alta clínica da UCINP quando atinge 1800 gramas de peso e tem trinta e seis semanas gestacionais corrigidas, sempre que estejam clinicamente bem e os pais tenham desenvolvido competências para os cuidarem no domicílio.

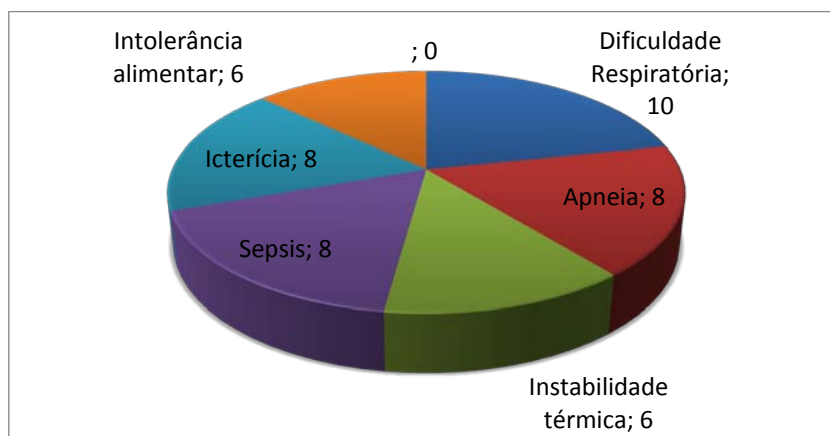
GRÁFICO 24: Distribuição da duração do internamento



Os recém-nascidos prematuros podem desenvolver várias complicações, inerentes à sua prematuridade (quanto mais prematuro maior risco acrescido). As principais complicações que os RN prematuros desenvolveram durante o internamento foram: Dificuldade Respiratória resultante da Doença Membrana Hialina; Apneia do prematuro; Instabilidade térmica; Sepsis (ou risco pelas manobras invasivas); Intolerância alimentar; Icterícia.

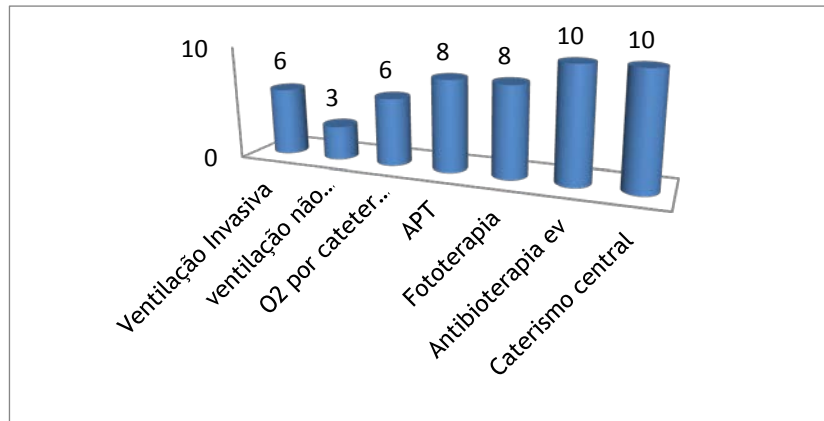
O Rn que esteve internado 89 dia, desenvolveu todas as complicações inerentes à prematuridade, e como sequelas apresenta displasia broncopulmonar e má progressão ponderal, esta associada a uma desnutrição grave (atualmente tem 14 meses e pesa 4,800Kg), o que tem levado a sucessivos reinternamentos na Unidade.

GRÁFICO 25: Distribuição das principais intercorrências no internamento



Conforme podemos observar no gráfico nº 26, resultante das intercorrências que surgiram, foram instituídas determinadas atitudes terapêuticas, nomeadamente: Ventilação invasiva ou não invasiva (CPAP) e posteriormente O2 por cateter binasal; Cateterismo central, que é a via de eleição, porque estes bebés ficam em pausa alimentar por longos períodos, com necessidade de fluidoterapia e APT; a administração de antibioterapia endovenosa quer como tratamento da sépsis quer como profilaxia da mesma; Fototerapia (80% dos Rn prematuros desenvolvem icterícia).

GRÁFICO 26: Distribuição das principais atitudes terapêuticas



4.2-Transição para a parentalidade dos pais dos Rn prematuros

Da análise do conteúdo das entrevistas, emanaram cinco dimensões e posteriores categorias e subcategorias relativamente a cada questão de investigação.

FIGURA 8: Diagrama das dimensões emergidas para a autonomia parental

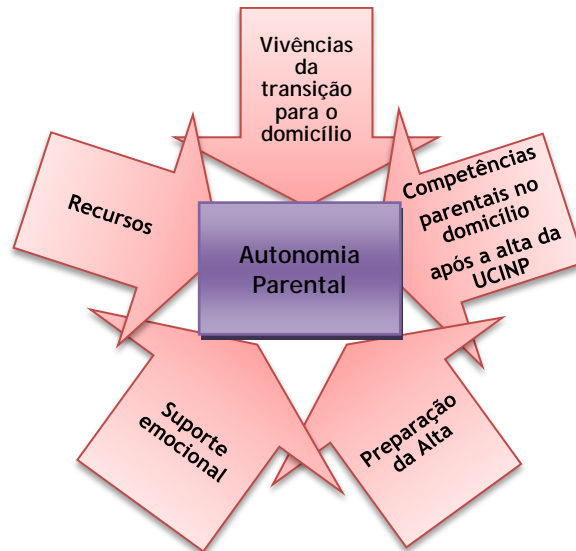


TABELA 1: Matriz das dimensões, categorias e subcategorias

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Vivências da transição para o domicílio	Dificuldades Cognitivas/Afetivas (Sentimentos vivenciados no regresso a casa)	Medo e ansiedade
		Ambivalência
	Dificuldades Familiares e sociais (sentimentos vivenciados em relação aos outros membros da família)	Suporte aos outros filhos
		Suporte conjugal
Competências parentais no domicílio após a alta da UCINP	Dificuldades no desempenho do papel parental	Alimentação
		Higiene/conforto
		Temperatura
		Proteção dos perigos
		Comunicação e estimulação
		Sono e repouso
Preparação do regresso a casa	Informação/Ensinos	Relação terapêutica
		Suporte e orientação (direcionado para os cuidados)
Suporte	Suporte emocional	Apoio profissional
		Apoio informal: -Reuniões com outros pais -Partilha de experiências
Recursos	Comunidade de Saúde	Técnicos de saúde (Enfermeira da UCINP; Pediatra da UCINP; Técnica de Motricidade; Enfermeira e Médico de família).
		Redes sociais
	Grupos de pais de RN prematuros	
	Serviço Social, Amas e Creche	

Relativamente à pergunta: Como foi o regresso a casa com a bebé e quais foram as dificuldades que sentiu?

Na análise de conteúdo desta questão, foram identificadas duas dimensões “Vivências da transição para o domicílio” e “Competências parentais no domicílio após o regresso a casa da UCINP”.

A primeira relaciona-se essencialmente com os sentimentos e emoções, associados à vivência da parentalidade no domicílio; a segunda relaciona-se com as competências parentais de natureza prática e afetivas para satisfazer as

necessidades do bebé e dos pais, essenciais para um crescimento e desenvolvimento harmonioso.

Relativamente à primeira dimensão, foram identificadas duas categorias: **Dificuldades Cognitivas/afetivas** (sentimentos associados à parentalidade) e **Dificuldades Familiares e sociais** (sentimentos vivenciados em relação aos outros membros da família). Da primeira emergiram duas subcategorias: “**Medo e Ansiedade**”; “**Ambivalência**”; Da segunda emergiram duas subcategorias “**Suporte aos outros filhos**” e “**Suporte conjugal**”.

TABELA 2: Dimensão - “vivências da transição para o domicílio”, categorias “dificuldades cognitivas/afetivas”; “dificuldades familiares e sociais”

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Dificuldades Cognitivas/ Afetivas (Sentimentos vivenciados no regresso a casa)	Medo e Ansiedade	“O regresso a casa foi com muitas expectativas... uma coisa é estarmos com vocês, outra é estarmos sozinhas... (E2); “logo na primeira noite não dormi, fiquei a olhar para ele porque não tinha as máquinas...risos) tinha medo que ele não respirasse (E3); “O regresso a casa foi com muita ansiedade, quase não dormia, tinha medo que ele deixasse de respirar ...por isso ficava as noites a olhar para ele...não tinha vocês nem os aparelhos... mas feliz por já estar em casa...” (E6).
	Ambivalência	“Apesar de estar feliz por já estarmos em casa, tinha muito medo... o estar agora sozinha sem vocês...e se acontecia algum problema com o meu filho...vocês estavam sempre ali à mão...qualquer coisa era só chamar...é difícil” (E7); “É uma felicidade estar tudo bem e estar em casa.....mas tive muito medo....não é a mesma coisa sem as enfermeiras...se há algum problema não temos a quem recorrer...” (E8).
Dificuldades Familiares e Sociais	Suporte aos outros filhos	“Tem sete anos, não o largava, mas ainda agora tem uns ciúmes, mas queria pôr-lhe a fralda, queria tratar dele.... Temos que lhe dar atenção ao mesmo tempo, dar-lhe um beijinho daqui, um beijinho dali, abraçá-lo, às vezes a gente distrai-se um bocadinho e esquecemos que ele está com a gente...” (E2); “ O irmão está sempre de volta dele, quer ajudar no banho e dá-lhe muitos beijinhos... mas às vezes fica triste porque a atenção é toda para o pequenino...a gente às vezes esquece-se...” (E3).
	Suporte conjugal	“Quando queremos sair a minha mãe fica com a bebé... senão o marido reclama ... (risos)” (E4); “É importante o suporte familiar... O marido colabora agora nos cuidados, menos a dar o biberão...mas colabora com o outro filho” (E3); “Deixamos de sair, íamos sempre comer a casa dos meus pais e passaram eles a vir à minha casa” (E4); “ Não saímos ...não tenho cá família, nem quem fique com os meus filhos....não vou pedir aos amigos...” (E6).

Subcategoria - Medo e ansiedade: Medo é uma emoção negativa em que o indivíduo se sente ameaçado, em perigo ou perturbado, devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica de lutar ou fugir; Ansiedade é um sentimento em que um indivíduo sente angústia. (Ordem dos Enfermeiros 2010, CIPE versão2).

Apenas três das inquiridas não referiram estes sentimentos. Após o regresso a casa, os pais passam a prestar sozinhos os cuidados aos seus filhos, o que lhes provoca medos e inseguranças, sentem-se desprotegidos porque não têm os enfermeiros para os ajudar se tiverem alguma dúvida. Não é uma situação rara os pais ficarem em pânico quando são informados da alta do bebé, (embora ela seja preparada com tempo) alguns tentam protelar o abandono da Unidade.

Subcategoria - Ambivalência: É uma emoção em que o indivíduo tem sentimentos contraditórios e opostos sobre o mesmo objeto.

Os pais apresentam sentimentos contraditórios de felicidade e angústia por terem o filho em casa.

Subcategoria- suporte aos outros filhos: Refere-se essencialmente aos sentimentos do outro (s) filho (s) em relação ao filho prematuro e à relação dos pais com o (s) filho (s) mais velhos.

As mães que já tinham outros filhos verbalizaram na sua totalidade que, após o regresso a casa com o bebé, os irmãos demonstraram ambivalência de sentimentos em relação ao bebé, sentindo-se “esquecidos”, havendo necessidade de lhes dar mais atenção, alguns apresentaram sinais de regressão (uso de chupeta e biberão) e alterações do rendimento escolar em criança maior.

Um bebé é totalmente dependente dos seus cuidadores, sendo os pais normalmente os principais cuidadores, que devem suprir as suas necessidades físicas, biológicas, de segurança e emocionais, pelo que exige muita disponibilidade por parte dos cuidadores. Um bebé prematuro necessita de cuidados específicos, atendendo à sua prematuridade, pelo que a disponibilidade para os outros filhos pode ficar mais relaxada. No entanto, esta atitude pode causar no irmão (s) mais velho (s) sentimentos de rejeição, abandono, ciúmes com manifestações psicossomáticas como: vômitos, agressividade, e, se já está em idade escolar, desconcentração na escola e comportamentos de regressão: enurese, uso de chupeta, biberão.

Lederman (1997, cit. por Canavarro, 2001, p.45) num estudo que efetuou com mulheres grávidas do segundo filho, identificou três temas básicos de preocupações:

“(1) a capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo; (2) os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão; e (3) a capacidade para amar as duas crianças de forma igual...A mulher deve durante a gravidez integrar a ideia de mais um filho como outra pessoa separada, não o assimilando à identidade do outro

(s) filho (s) ...e ajude o outro (s) filho (s) a prepararem-se para a chegada do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel na família”.

Subcategoria - *Suporte conjugal*: Refere-se à parceria de interajuda no cuidar do (s) filho (s) e nas tarefas domésticas, estabelecida entre o casal, permitindo a preservação da relação enquanto casal.

As mães consideraram importante que a relação entre o casal seja preservada, para manterem estabilidade emocional e afetiva entre a família, sendo importante o apoio familiar. As que não tinham suporte família referiram que não tinham momentos só para o casal.

Após o regresso a casa do prematuro, a família tem que fazer reajustes. Sendo a mãe a principal cuidadora, assume integralmente os cuidados para além de cuidar dos outros filhos e da casa, pelo que, quando não tem ajuda do companheiro, familiares ou amigos, acaba por não ter vida conjugal. A participação dos pais nos cuidados permite que as mães fiquem mais disponíveis para o companheiro, que haja uma maior satisfação marital, que se reflete na forma como o casal comunica entre si, com respeito, afeto e interajuda.

Em relação à dimensão “**Competências parentais no domicílio após a alta da UCINP**”, foi identificada uma categoria “ **Dificuldades no desempenho do papel parental**”, que se relaciona com as competências parentais de natureza prática e afetivas para satisfazer as necessidades do bebé, e seis subcategorias: “**Alimentação**”, “**Higiene/Conforto**”, “**Temperatura**”, “**Proteção dos perigos**”, “**Comunicação e estimulação**”, “**Sono e atividade**”.

A assistência ao Rn na UCINP engloba as componentes bio-psico-social. A humanização dos cuidados implica que esses devem ser individualizados e fazendo parte integrante deles os pais. A presença dos pais durante o internamento do Rn prematuro e o alojamento conjunto da mãe/filho permite que eles sejam integrados nos cuidados, preparando-os para a alta dos seus filhos.

Atendendo a que a imagem que estes pais têm pela primeira vez do bebé não é a que eles idealizaram durante a gravidez, têm que fazer o luto para o aceitarem como seu, pelo que o timing não é igual para todos. Assim, não os devemos forçar a participar nos cuidados se ainda não se reestruturaram emocionalmente.

Normalmente um prematuro tem um internamento prolongado, pelo que os pais também têm tempo para se adaptarem e darem resposta às necessidades dos seus filhos. Não deve haver rigidez nas normas dos Serviços, mas sim flexibilidade e adaptá-las também às disponibilidades dos pais.

A forma como eles participam e interagem com o bebé durante o internamento permite aos profissionais observar se os ensinamentos foram apreendidos, ou se há necessidade de reforço dos mesmos. Já foi referida a importância do reforço positivo para os pais desenvolverem autoconfiança, para após o regresso a casa prestarem os cuidados autonomamente.

TABELA 3: Dimensão - "competências parentais no domicílio após a alta da ucinp"; categoria "dificuldades no desempenho do papel parental"

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Dificuldades no Desempenho do papel parental	Alimentação	"...a dar o leite tinha medo que ela se engasgasse... (E1); "...em relação aos horários das mamadas primeiro fazia de três em três horas mas chegou a fazer de noite intervalos de seis horas, mas como não aumentava muito de peso não podíamos facilitar e tínhamos de o acordar" (E2); "A maior dificuldade foi com a alimentação e o receio de a pôr ao seio e o leite não chegar e comecei a dar leite artificial" (E3); "...de ela cansar-se mais do que estava a alimentar-se e com isso não aumentar de peso....passei a dar do outro leite" (E4); "Tive dificuldade na comida porque ela ficou apenas um dia e meio a comer sem sonda antes de ter alta e eu estava com muito medo que ela não aceitasse o leite...dava suplemento" (E5); "...porque ela chorava quase toda a noite e lá não acontecia isso...na neonatologia as enfermeiras insistiam para ela mamar e estimulavam-na e ela mamava....aqui ela adormece" (E6).
	Higiene/ conforto	"...tinha dificuldade a vesti-la porque tinha medo de a magoar" (E1); "Tive dificuldades no banho porque ele era muito pequenino...ele fugia-me das mãos..." (E3); "... dar o banho sozinha era uma aventura..." (E4); "...ficou com cólicas e mesmo com a massagem que me ensinaram na neonatologia era difícil ele sossegar, chorava muito..." (E8).
	Temperatura	"...estava sempre no quarto para não apanhar frio" (E5); "... " ...comprei aquecedores para ter a temperatura do quarto igual à da neo" (E9).
	Proteção dos perigos	"...pus a cabeceira da cama mais elevada para não bolçar..." (E1); "...não deixei vir gente cá a casa enquanto não fez as vacinas" (E2); "Não faltar às consultas do médico e às vacinas..." (E4); "Saber o que fazer quando eles têm febre..." (E5); "...quando tenho que ir ao centro de saúde ligo primeiro para marcar a hora para ser logo atendida e não estar à espera....não sabemos que doenças têm as outras pessoas que lá estão..." (E6); "...até ter mais peso não saía com ele, só para ir ao médico..." (E7).
	Comunicação e estimulação	"Ele às vezes chorava muito e eu não sabia se era dor ou fome" (E8); "...porque ele chorava e não sabia se era fome ou não..." (E9); "...O que me custa é as vezes saber por que chora...já não sei se é manha para ter colo..." (E10).
	Sono e atividade	"...em relação aos horários das mamadas primeiro fazia de três em três horas, mas chegou a fazer de noite intervalos de seis horas, mas como não aumentava muito de peso..." (E2) "Os horários das mamadas" (E3) "...a rotina dos horários, porque ela chorava quase toda a noite e lá não acontecia isso..." (E5)

Subcategoria - *Alimentação*: Esta subcategoria engloba as competências dos pais para reconhecer quando o filho tem fome, reconhecer o ritmo do bebé para mamar ao seio ou biberão e a eficácia da mamada, através da execução correta da técnica da mamada e estimulação adequada do bebé.

A prestação dos cuidados básicos como a alimentação é das situações que mais angustia os pais. As inquiridas referiram que os maiores receios relacionaram-se com a incapacidade para reconhecer se a mamada era eficaz ou não, se estimulavam ou não adequadamente o bebé durante a mamada (ao seio ou biberão), pelo que abandonaram precocemente o aleitamento materno.

Cada bebé é único e cada um tem o seu ritmo para mamar. Os bebés prematuros fazem mamadas prolongadas, pausam porque se cansam com o esforço, os reflexos são mais débeis comparando-os com um bebé de termo, necessitando muitas vezes de serem estimulados durante as mesmas.

Subcategoria - *Higiene e conforto*: Esta subcategoria engloba as competências para prestação dos cuidados de higiene (banho), adequação do vestuário, vestir e despir o bebé.

As mães verbalizaram dificuldades na manipulação dos filhos, por estes serem ainda muito pequenos e terem também receio de os magoar, em especial no banho se não têm a colaboração de um familiar.

Subcategoria - *temperatura*: Esta subcategoria engloba a adequação da temperatura do bebé e da temperatura ambiente.

Todas as inquiridas reconheceram a necessidade de proporcionar ao bebé um ambiente, no que concerne à temperatura, o mais semelhante possível à da Unidade. O bebé prematuro, pela sua imaturidade, tem dificuldade em manter a estabilidade térmica.

Subcategoria - *Proteção dos perigos*: Esta subcategoria engloba a capacidade de os pais, através de atitudes e comportamentos, protegerem os filhos de infeções e acidentes, assim como da necessidade de manterem a vigilância de saúde e do cumprimento do esquema nacional de vacinação.

Todas as mães reconheceram a necessidade de proteger os bebés de riscos: infeções através do controle das visitas nos primeiros tempos e da utilização de cuidados de higiene, lavagem das mãos e desinfeção das mesmas, evitarem sair com eles e estarem em ambientes suscetíveis de possíveis contaminações, assim como tomarem medidas preventivas contra a morte súbita e face ao risco de

aspiração nos bebés com refluxo gastro-esofágico. Manterem a vigilância médica e cumprirem o esquema de vacinação também foram aspetos que as inquiridas referiram como sendo importantes para proteger os filhos.

Subcategoria - Comunicação e estimulação: Refere-se à interação pais/bebé, nomeadamente falar com ele, utilizar o contacto visual, variar o tom de voz, acariciá-lo, fazer cócegas, fazer massagem, cantar, colocar brinquedos ao seu alcance.

Descodificar o choro dos filhos foi uma das dificuldades verbalizadas pelas inquiridas, que lhes provocou ansiedade e sentimentos de incapacidade para o acalmarem. Para a maior parte dos pais, o filho chorar era sinónimo de fome ou cólica.

O bebé comunica através da sua linguagem corporal e através do choro, sendo este a principal forma de comunicar, pelo que os pais têm de aprender a descodificar o tipo de choro que os filhos apresentam; este pode ter várias causas:

- ✓ Físicas - Podem estar relacionadas com fome, estar sujo ou molhado, frio ou calor excessivo, sono, excesso de estímulos;
- ✓ Causas emocionais - Insegurança, exigir a presença dos pais/cuidador, falta de atenção; pedido de consolo ou mimo;
- ✓ Causas patológicas - podem significar dor, síndrome de privação (em mães toxicodependentes), ser concomitante com sinais de doença como febre, dificuldade/recusa em se alimentar, dificuldade respiratória entre outras.

(Direção da Secção de Neonatologia 2007:121-124

Para Boukydis (1979, cit. por Brazelton e Cramer, 1993, p.81), “Uma mãe consegue distinguir o choro do seu bebé do de outros recém-nascidos ao fim do terceiro dia (...). No final da segunda semana, começa a distinguir se o choro é de dor, de fome ou de aborrecimento. Um pai consegue fazer este mesmo tipo de reconhecimento ao fim de três semanas.”

Subcategoria - Sono e atividade: Refere-se à capacidade dos pais se adaptarem aos padrões de sono e atividade do filho prematuro, atendendo a que este tem características estruturais e fisiológicas próprias, que o diferem do recém-nascido de termo.

Oito das inquiridas referiram ter dificuldade em se adaptarem aos padrões de sono e reatividade dos filhos, no estabelecimento de horários e rotinas em relação à alimentação e aos períodos de sono.

O RN não distingue o dia da noite e ainda não tem hábitos de sono nem horários estabelecidos, pelo que os pais devem ajudá-lo a estabelecer uma rotina, como por exemplo, fazer pouco barulho à noite, dar banho; brincar um pouco com ele antes de o deitar; assim, lentamente, irão incorporando os horários ao RN.

Brazelton e Cramer (1993, p.80) consideram que “Uma das primeiras tarefas dos pais é aprender a reconhecer e a prever os estados de consciência do bebé, para saber se ele estará disponível para comer, dormir e para se relacionar”.

Em relação à pergunta: “Para si, acha que o apoio e os ensinamentos efetuados durante o internamento foram adequados em relação às dúvidas que tinha, para cuidar do seu filho com segurança?”

Relativamente a esta pergunta, na análise de conteúdo, foi identificada uma dimensão “Preparação do regresso a casa”, assim como uma categoria “Informação/ensinos” que engloba as seguintes subcategorias “Relação terapêutica” e “Suporte e orientação”. A primeira refere-se à informação que deve ser fornecida aos pais e a segunda refere-se à componente de orientação e suporte, para capacitar os pais de autonomia nos cuidados a prestarem aos filhos no domicílio.

A preparação do regresso a casa inicia-se no momento de admissão do recém-nascido e tem como objetivos capacitar os pais com competências para darem continuidade aos cuidados no domicílio.

TABELA 4: Dimensão - “preparação do regresso a casa”; categoria - “informação/ensinos”

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Informação/ Ensinos	Relação terapêutica	“...Senti que vocês abordaram de uma forma correta as minhas ansiedades, em relação à evolução dela e às minhas dificuldades para cuidar dela...” (E4); “Acho que foi muito bem... mas eu também ia apanhando as conversas que tinham com as outras mães...” (E5); “...quando faziam os ensinamentos a uma mãe, tinham o cuidado de se nós já quiséssemos ouvir e ver alguma coisa...” (E6); “...O que vocês instruíram lá é aplicável, mas quando vim para casa não queria saber...(risos)...” (E7); “Os ensinamentos foram adequados apesar de na altura eu achar que não eram...” (E8);
	Suporte e orientação (direcionado para os cuidados)	“Acho que os ensinamentos foram bons...depois em casa é que vi que o que diziam estava certo...” (E2); “...Somos muito curiosas e perguntamos muito” (E4); “Foi boa! Quando tem cólicas massajo-lhe a barriguinha como me ensinaram...” (E5); “...como ela era muito pequena para dar de mamar ensinaram-me a estimulá-la...” (E6); “Em relação aos cuidados explicaram-me bem: como preparar a água do banho...” (E7); “...não sabia que a cabeceira da cama devia estar ligeiramente levantada por causa dos bebés não regurgitarem...” (E8).

Subcategoria - *Relação terapêutica*: Refere-se à parceria estabelecida entre a enfermeira e os pais. É um processo dinâmico desenvolvido ao longo do internamento do Rn prematuro, onde a comunicação desempenha um papel preponderante na transmissão de informação, direcionada para os cuidados dos Rn, capacitando os pais com competências para os cuidar autonomamente após o regresso a casa, devendo esta ser gradual e antecipada. A enfermeira deve utilizar adequadamente as técnicas de comunicação, adaptando-as de acordo com as capacidades de descodificação e compreensão dos pais.

Todas as inquiridas consideraram que a informação fornecida foi adequada, gradual e antecipada para desenvolverem as suas competências parentais.

A relação terapêutica no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo) (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Subcategoria - *Suporte e orientação*: Esta subcategoria engloba a informação de suporte e orientação de natureza prática a ser fornecida aos pais sobre os cuidados integrais ao Rn, para que eles sejam capazes de os interiorizar e os executar sozinhos.

Todas as inquiridas consideraram que o suporte e orientação foram adequados.

No caso de oito mães já tinham tido outros filhos, deve-se dizer que estas também demonstraram falta de conhecimentos e habilidades ao longo do internamento para cuidar de um bebé prematuro pela sua especificidade, carências que foram colmatados através dos ensinamentos.

A utilização de uma metodologia de trabalho por Enfermeira Responsável, que promove a personalização e a parceria dos cuidados, permite uma participação mais proactiva dos pais nos cuidados dos seus bebés; estes devem ser centrados na família, prestados em parceria com esta, tendo por base a filosofia de que eles são os melhores prestadores de cuidados à criança.

O enfermeiro só deve substituir os pais nos cuidados apenas enquanto eles não adquiriram e desenvolveram as suas capacidades parentais.

“A existência de um acompanhamento, diário, com esclarecimento e orientações da equipe de enfermagem aos pais, sobre a forma como participar e prestar cuidados básicos ao (s) seu(s) filho(s), e como resolver alguns dos problemas mais comuns que possam surgir (cólicas, obstipação, regurgitação...) além de promover o ensino/aprendizagem, permite que se sintam mais tranquilos e seguros expondo as suas dúvidas e inquietações, fomentando assim a aquisições de competências e habilidades” Silva, Soares e Linhares (2007, p.46).

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria é incumbido o papel de provedor de cuidado, protetor da família, promotor da saúde, professor orientador e supervisor dos cuidados à criança e é por excelência o elemento que estabelece a ligação entre a criança/família com a equipa multidisciplinar de saúde.

Relativamente à pergunta - “Na sua opinião, há algum aspeto que não tenha sido abordado e que poderia ter contribuído para se sentir mais segura no domicílio?”

Em relação a esta questão, da análise de conteúdo emanou a dimensão “Suporte” tendo sido identificada uma categoria “Suporte emocional”, com duas subcategorias “Apoio profissional”, que se refere ao apoio emocional disponibilizado pelas Enfermeiras da Unidade e ao apoio específico do Psicólogo, e “Apoio informal”, através da partilha de experiências com outros pais que já vivenciaram a prematuridade. Estas componentes visam a estabilidade e o equilíbrio emocional dos pais que estão a viver a experiência de terem um filho prematuro.

TABELA 5: Dimensão “suporte”; categoria “suporte emocional”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Suporte emocional	Apoio profissional	<p>“...Ao principio quando ia vê-lo tinha muito medo que me dessem alguma má notícia...depois fui-me acalmando porque me iam explicando tudo... mas tinha receios se ele ia reagir...(E2);</p> <p>“...se calhar era bom termos a ajuda de alguém... foi difícil gerir as emoções sozinha....foi muito complicado....era bom ter apoio...” (E3);</p> <p>“Acho que foi suficiente o apoio das enfermeiras e dos médicos...explicavam tudo o que faziam” ..(E4);</p> <p>“...toda a gente apoiava-me, em especial as Enfermeiras ...informavam todos os dias o que se passava com ela...” (E5);</p> <p>“...estava a gerir a prematuridade da filha, o meu pós-cirúrgico e ainda tinha que apoiar o filho em casa...”...eu e o pai tínhamos muito medo...apoiávamos um no outro...mas sofríamos...” (E6);</p> <p>“...as enfermeiras acalmam os nossos medos ...diziam que era um dia de cada vez...mas o pai vai para casa e fica a sofrer sozinho pela mãe e pelo filho...se calhar termos alguém para falar dos nossos medos tivesse sido bom...” (E7).</p>

	<p>Apoio informal: -Reuniões com outros pais -Partilha de experiências</p>	<p>" Vocês mostravam-nos os álbuns dos bebés que foram prematuros como os nossos... mas podermos falar com os pais era bom...(E2); " ...ouvir as experiências dos outros pais e como ultrapassaram os maus bocados era bom...." (E6); " ...falar com outros pais, era bom...ficávamos mais sossegados..." (E7)</p>
--	---	--

Subcategoria - Apoio profissional: Esta subcategoria refere-se essencialmente à forma como os pais percecionaram o apoio emocional dado pelas enfermeiras e se correspondeu às necessidades sentidas, para gerirem as suas emoções para alcançarem a estabilidade e equilíbrio emocional.

Sete das inquiridas referenciaram que tiveram apoio das enfermeiras, que foi importante para gerirem as suas emoções em relação à prematuridade dos seus filhos, assim como a informação fornecida sobre a evolução. Mas quatro destas mães também referenciaram que os pais não tiveram esse apoio tão visível, porque eles não transparecem as suas emoções, apesar de estarem também em sofrimento, assim como os irmãos dos bebés, pelo que terem apoio de um técnico especializado (psicólogo) poderia contribuir para uma maior estabilidade familiar.

Como já foi referido anteriormente, o nascimento de um bebé prematuro provoca nos pais /família sentimentos de angústia, impotência por verem os filhos a sofrerem, medos pela incerteza da evolução e possíveis sequelas que possam surgir.

A enfermeira, através de uma escuta ativa, permitindo que os pais verbalizem e expressem as suas emoções, respondendo de forma assertiva a todas as suas dúvidas e receios, contribui para a estabilidade emocional dos mesmos.

O pai, como fonte de suporte emocional da família, normalmente não exterioriza as suas emoções, culturalmente o homem não chora, tem dificuldades em gerir as emoções relacionadas com a prematuridade do filho, pelo que muitas vezes a valorização dos sentimentos e a forma como estes pais estão a gerir estas situações de stresse são negligenciadas pela equipa de saúde.

Subcategoria - Apoio informal: Esta subcategoria refere-se ao apoio emocional proporcionado pelos pais que já vivenciaram a experiência da prematuridade, que poderão contribuir para a diminuição dos receios e dúvidas, dos pais que estão a viver no momento essa mesma experiência, através da partilha de experiências.

Quatro das inquiridas referenciaram a importância de trocarem experiências com outros pais que já passaram pela mesma situação. Para elas, o apoio que é dado pela equipa não é suficiente para se sentirem mais calmas e confiantes, precisam de ouvir os que já vivenciaram a mesma situação.

Como já foi referido, a partilha de experiências com outros pais que tiveram filhos prematuros ajuda-os a verbalizar pensamentos e sentimentos entre si e em relação à criança.

A equipa de saúde da Unidade deve facilitar aos pais estes encontros e informá-los sobre grupos ou associações já existentes.

Relativamente à pergunta: “Pensa que teria sido importante que, na transição para o domicílio, houvesse continuidade no apoio da equipa da Neonatologia?”

Quando questionámos as mães, apresentámos a proposta de um Modelo de Acompanhamento de Enfermagem após o regresso a casa, que consiste essencialmente na manutenção do apoio durante um período transitório até os pais se sentirem autónomos nos cuidados; apoio esse disponibilizado através da realização de visitas domiciliárias - achamos pertinente que a primeira a efetuar seja sete dias após o regresso a casa, a segunda quinze dias após, e a terceira trinta dias depois, ou quando solicitadas e/ou consideradas oportunas pela família/equipa.

Estas visitas permitiriam efetuarmos *in loco* uma avaliação das condições habitacionais e higiene da mesma, verificarmos como estão a ser prestados os cuidados ao bebé e colmatar dúvidas que as mães apresentem, reforçando os ensinamentos, detetar precocemente sinais de alarme e, se necessário, encaminhar para os respetivos técnicos de apoio.

O apoio seria feito em articulação com o Centro de Saúde. Tal articulação terá início ainda durante o internamento do prematuro na Unidade, com a deslocação à Unidade da Enfermeira associada ao médico de família, para um primeiro contacto com o bebé/mãe, e esta também fará o acompanhamento no domicílio com a equipa da Unidade, para posteriormente assumir a continuidade dos cuidados e vigilância.

A promoção de reuniões periódicas com a equipa multidisciplinar e com grupos permitiria também aos pais de Rn prematuro a partilha de experiências.

FIGURA 9: Modelo de Enfermagem de acompanhamento dos pais/rn no pós alta clínica

OBJECTIVO	PLANO DE ACÇÃO	AValiação
Promover contacto entre os pais e equipa multidisciplinar Promover contacto entre os pais com grupos de apoio de pais de Rn prematuros	Elaboração de um ficheiro de identificação dos Recém-nascidos Prematuros; Reunião quinzenal dos Pais com a equipa multidisciplinar; Reunião quinzenal com grupos de apoio de pais de Rn prematuros	Nº de reuniões realizadas no final do ano
Informar e orientar os pais sobre os cuidados ao Rn Prematuro	Elaboração de Guia informativo sobre os cuidados ao Rn Prematuro e sinais de alerta. Elaboração de Folha de Registo de Avaliação Reforço de EPS após o regresso a casa de acordo com as necessidades verbalizadas pelos pais/cuidadores ou observadas pela equipa	Nº de Avaliações efetuadas Análise dos registos de Avaliação
Promover a integração do Rn prematuro no seu ambiente familiar	Elaboração de Folha de Registo das visitas domiciliárias; Visitação domiciliária: - 7 dias após o regresso a casa clínica - 15 dias após o regresso a casa clínica - 30 dias após o regresso a casa clínica; Elaboração de questionário direcionado para os pais sobre os cuidados e /ou dificuldades sentidas no cuidar do bebé prematuro no domicílio e preenchimento do mesmo após o regresso a casa e na 1ª visita domiciliária; Referenciar Rn/pais em casos especiais para outros técnicos.	Nº de visitas domiciliárias Análise dos questionários Nº de referências para outros técnicos

A proposta de intervenção que resulta deste estudo recolhe os contributos do trabalho desenvolvido pelo grupo da UCINP da ULSAM EPE (no qual eu participo) e deste Trabalho de Investigação resultante da análise da informação recolhida através das entrevistas realizadas aos pais.

Em relação a esta questão foi identificada uma dimensão “Recursos”. Esta engloba duas categorias: “Comunidade de saúde” e “Redes sociais”; da primeira resultou uma subcategoria “Técnicos de saúde”, e da segunda resultaram três subcategorias: “Famíliares”, “Grupos de pais com Rn prematuros” e “Estruturas sociais”

TABELA 6: Dimensão “recursos “; categoria “comunidade de saúde” e “redes sociais”

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Comunidade de Saúde	Técnicos de Saúde (Enfermeira da UCINP; Pediatra da UCINP; Técnica de Motricidade; Enfermeira e Médico de família).	“...irem a casa nos primeiros dias, eles choram e a gente ainda não sabe bem porque choram e ajudar no banho... (E2); “... ia fazer com que eu me sentisse mais confiante e estivesse mais tranquila...”(E3); “... umas três semanas e depois nós virmos e passado um mês para ver se temos dúvidas e para nos explicarem....(E5); “...ir ao centro de saúde não é a mesma coisa, não tenho motivo de queixa, mas as enfermeiras não são iguais às da neonatologia...(E6).”
Redes sociais	Familiares	“...a minha mãe também me apoia....”(E2); “...como estou sozinha, não tenho família para me dar apoio... é muito angustiante...(E3).
	Grupos de pais de RN prematuros	“...o contacto com os outros pais....termos reuniões para falar das nossas experiências....”(E3); “...quando tenho dúvidas, no imediato recorro aos pais que estiveram comigo e vejo o que é que eles fazem...as situações são semelhantes(E4).
	Serviço Social, Amas e Creche	“...Como já trabalho está na creche....”(E5); “...Só quando for maior é que vai para o infantário”(E6).

Subcategoria - *Técnicos de saúde*: que se relaciona com o apoio dado pela equipa de saúde da Unidade e do Centro de Saúde.

Todas as inquiridas consideram que era importante a continuidade do apoio da equipa da Neonatologia por um período transitório até se sentirem autónomas no domicílio, para verificarem se estavam a prestar corretamente os cuidados aos seus bebés, esclarecer dúvidas e reforçar os ensinamentos

Uma mãe referiu que as Enfermeiras da Neonatologia deveriam verificar se os pais tinham no domicílio as condições mínimas para acolher um bebé prematuro.

Uma mãe referiu que, embora pequenas dúvidas possam ser resolvidas por telefone, consideram que estas devem ser efetuadas em presença física no domicílio ou na Unidade.

Uma mãe referiu que, apesar de recorrer ao Centro de Saúde, considerou que o apoio das enfermeiras da Neonatologia era diferente.

As Enfermeiras desenvolvem ao longo do internamento dos Rn prematuros uma relação terapêutica de suporte e apoio. Para os pais, as Enfermeiras da Neonatologia conhecem melhor os bebés e as mães, ficando mais recetíveis ao apoio, valorizando o papel do enfermeiro como orientador, para poderem desenvolver a sua parentalidade.

Essa ligação que desenvolvemos com os pais, não termina no momento em que o bebé tem alta e abandona a Unidade. São frequentes, após a alta, as visitas dos bebés e pais, aproveitando a ida à consulta, para vermos como eles estão bem.

Para a equipa (multidisciplinar), é gratificante ver reconhecido o nosso trabalho e o nosso empenho valorizado, mas principalmente vermos o “fruto” dessa nossa dedicação e profissionalismo.

A OMS, através do Primeiro manifesto sobre a promoção de uma “continuidade de cuidados”, preconiza que “Os cuidados têm de ser prestados continuamente ao longo de todo o ciclo de vida” e “os cuidados têm de ser prestados, garantindo relação de proximidade efetiva entre os cuidados prestados no domicílio, na comunidade, no centro de saúde e no hospital”, (OMS, 2005, p.2-3).

A Ordem dos Enfermeiros no seu Regulamento define as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (2010 p.2). Refere que “este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família durante o período que medeia do nascimento até aos dezoito anos, podendo prolongar-se em situações especiais, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”, assim como o

“Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre (hospital, cuidados continuados, centro de saúde comunidade, casa) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim com identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”

Subcategoria - *Familiares* - Engloba o suporte dos familiares diretos.

Cinco das inquiridas referiram que não tinham qualquer suporte familiar mas que era importante o apoio familiar na ajuda aos cuidados dos filhos, nos trabalhos domésticos e quando têm dúvidas.

Subcategoria - *Grupos de pais de Rn prematuros*: que engloba o suporte dado pelos pais dos Rn prematuros que estiveram internados na Unidade e também fornecido pelas associações de pais de Rn prematuros.

Os pais consideraram que era importante poderem partilhar experiências e dúvidas com outros pais que também tiveram filhos prematuros. O convívio entre famílias que têm em comum a existência de filhos prematuros no seu seio, para além da troca de experiências, contribui para diminuir receios, esclarecer dúvidas, corrigir comportamentos e conseqüentemente aumentar a segurança e melhorar a confiança, principalmente se não têm apoios familiares. As novas

tecnologias de comunicação (internet) permitem que os pais possam ter acesso a associações e blogs de pais que tiveram filhos prematuros. Já existem algumas associações de apoio ao bebé prematuro: “XXS”-Associação Portuguesa de Apoio”; ou a de “Pais e Amigos das Crianças do Hospital S. Francisco Xavier”, entre outras.

Subcategoria: *Estruturas Sociais* - Esta categoria engloba os apoios da comunidade à criança, nomeadamente apoios sociais (económicos), o acesso a amas e creches.

Uma mãe referiu que recebia um apoio complementar da segurança social. Duas mães referiram que tinham os bebés na creche; outra que o tinha numa ama. Uma mãe referiu que o filho só iria para o infantário quando tivesse idade para o mesmo, porque até lá tinha apoio familiar.

Algumas famílias mais carenciadas necessitam de apoios económicos, pelo que é importante estarem informados sobre os seus direitos e como podem obtê-los. Após o término da licença de maternidade, as mães que trabalham e não têm apoios familiares têm que recorrer ao apoio de estruturas sociais públicas ou privadas, nomeadamente amas e creches, para deixarem os seus filhos durante o período laboral. Mas, pela sua prematuridade, o ideal para estes bebés seria que, durante os dois primeiros anos, tivessem algum familiar que cuidasse deles, porque são mais suscetíveis a complicações em caso de infeções.

IV PARTE

CONCLUSÕES FINAIS

O nascimento de um filho prematuro é um marco para os pais, a partir do qual vão percorrer um longo caminho de aprendizagem, até serem capazes de assumirem a sua autonomia parental após o regresso a casa.

A realização deste estudo partiu da seguinte questão de investigação “Qual o modelo de intervenção de Enfermagem adequado às necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros no regresso a casa?”. Através de um processo de análise e interpretação, identificamos como é que estes pais vivenciaram a experiência de um filho prematuro e quais as dificuldades sentidas para desenvolverem autonomamente no domicílio o seu papel parental; também elaboramos como proposta o modelo de acompanhamento de enfermagem mais adequado que vai de encontro a essas mesmas necessidades.

A utilização da entrevista como técnica de recolha de dados tornou este permitiu a compreensão do fenómeno em estudo. De facto, tal técnica permitiu-nos o contacto direto com as inquiridas, que espontaneamente verbalizaram as suas opiniões, receios e dificuldades para cuidarem dos seus filhos no domicílio, demonstrando sempre simpatia, disponibilidade e principalmente sentirem que estavam a contribuir para melhorarmos o atendimento e o seguimento dos pais/recém-nascidos prematuros após o regresso a casa, pelo que as suas participações foram inestimáveis.

MINAYO (1993) refere que, num estudo de Investigação Qualitativa, existe uma aproximação de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, envolvendo-se com empatia nos motivos, nas intenções, nos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas, o que implica a existência da componente relacional.

Ao finalizarmos este trabalho de investigação, consideramos que atingimos os objetivos que foram delineados e que demos resposta às nossas perguntas de investigação. Assim, relativamente à primeira questão, constatamos que os pais,

após o regresso a casa, ainda têm necessidades que devem ser satisfeitas para desenvolverem a sua parentalidade autonomamente, e identificamos as principais dificuldades que eles tiveram para a sua concretização.

O desenvolvimento da parentalidade é um processo que começa pelo impacto de um parto inesperado, do qual resulta um ser tão pequeno que os pais diariamente se questionam se ele irá sobreviver. O ambiente da Unidade, considerado pelos pais hostil por toda a envolvência tecnológica que envolve o bebé, impede-os de o ter no colo e de o levar para casa, e acaba por influenciar as suas expectativas e esperanças.

A Enfermeira da UCINP desempenha um papel preponderante através da relação terapêutica que estabelece com os pais, no sentido de minimizar as experiências stressantes que estes pais vivenciam, compreendendo-os e respeitando-os. A Enfermeira, em definitiva, é promotora e facilitadora da vinculação pais/Rn. Através da humanização dos cuidados, estabelece uma relação terapêutica com os pais, permitindo o acompanhamento e integração dos mesmos nos cuidados, que devem ser centrados no Rn/pais de forma a possibilitar a identificação de necessidades, planeamento de cuidados e intervenção, autonomizando-os no exercício da sua parentalidade.

Ao longo deste estudo, verificámos que os pais necessitam de informação sobre: o diagnóstico, tratamentos instituídos, evolução e prognóstico do Rn, devendo esta ser dada assertivamente sempre que solicitada. Também precisam de informação e orientação sobre os cuidados ao bebé como preparação para o regresso a casa, respeitando o *timing* de cada um deles (os pais devem fazer o luto em relação ao bebé imaginário e o bebé real e aceitá-lo como filho), até se sentirem capazes de participarem nos cuidados.

Os pais consideraram que a informação fornecida foi adequada, atempada e que veio de encontro às suas necessidades.

A evolução destes Rn não é linear; há uma luta constante pela sobrevivência, pelo que os pais ficam emocionalmente fragilizados, necessitando de suporte para terem estabilidade emocional; este engloba o apoio dado pelas Enfermeiras da Unidade durante o internamento, que foi considerado adequado pelas mães dos Rn. Em relação aos outros membros da família, as mães referiram que os pais e irmãos tiveram dificuldades em gerirem os sentimentos em relação à vivência da prematuridade, pelo que se sentiram negligenciados pela equipa. Algumas mães referenciaram a importância de poderem ter um acompanhamento mais específico de um técnico para ajudar a ultrapassar as dificuldades e permitir uma maior estabilidade emocional e familiar.

A possibilidade de terem apoio dos pais que já passaram pela mesma experiência foi considerada relevante para poderem partilhar sentimentos e dúvidas a fim de se sentirem mais calmos e confiantes, quer durante o internamento quer após o regresso a casa.

Whaley e Wong (1989, p.483), referem que "reuniões de grupos de pais são úteis para ajudá-los a verbalizar pensamentos e sentimentos entre si (...) os pais podem ser incentivados a discutir sentimentos em relação à criança, o impacto deste evento sobre o seu casamento e stresse associado como gastos financeiros."

Embora não seja uma prática sistemática na nossa Unidade, pontualmente promovem-se contactos de pais com bebés prematuros que estiveram na Unidade com pais que estão a vivenciar a prematuridade e que estão emocionalmente muito fragilizados. Quando os bebés prematuros nos visitam e há no momento Rn prematuros internados promovemos logo esse contacto entre pais.

O apoio emocional posterior no domicílio refere-se essencialmente ao suporte familiar face às dificuldades sentidas para gerir os sentimentos entre irmãos / bebé /pais, tendo sido referido que os irmãos manifestaram sentimentos de ambivalência em relação ao bebé, de ciúme, amor e de rejeição, muitas vezes associado com manifestações de regressão, pelo que os pais necessitaram estar mais atentos e disponíveis para os irmãos mais velhos. Referiram também que a relação conjugal também era afetada, pois a atenção e a disponibilidade para com o companheiro diminuía, se ele não colaborava nos cuidados ou se não tinham ajuda de algum familiar.

Os pais têm que adquirir e desenvolver competências parentais, que incluem as atividades ou tarefas de natureza prática direcionadas para o cuidar e a satisfação das necessidades de alimentação, segurar/acarinhado, vestir, tratar da higiene, proteger dos perigos e competências cognitivas/afetivas que incluem a atitude de ternura, comunicação/estimulação, promoção de hábitos de sono e atividade e interesse quanto às necessidades e desejos da criança.

A Enfermeira da Unidade que presta cuidados de enfermagem especializados desempenha um papel de formador/orientador e de suporte, sendo por excelência o elo de ligação entre o bebé, os pais e a restante equipa multidisciplinar; desenvolve com os pais uma relação terapêutica de confiança e proximidade de modo a possibilitar a identificação de necessidades, planeamento de cuidados e intervenção.

Personalizar os cuidados, utilizando como metodologia de trabalho o de Enfermeira Responsável e a parceria dos cuidados, centrados na família baseado no modelo de Enfermagem Anne Casey (1993, p.93), que preconiza "os cuidados

são centrados na família, prestados em parceria com esta, tendo por base a filosofia de que eles são os melhores prestadores de cuidados à criança”, permite uma participação mais proactiva dos pais nos cuidados dos seus bebés, devendo substituir os pais nos cuidados apenas enquanto estes não adquiriram e desenvolveram as suas capacidades parentais.

As inquiridas consideraram que o suporte e a orientação disponibilizados pelas Enfermeiras da Unidade durante o internamento como preparação para o regresso a casa, foi pertinente e ajustado às suas necessidades.

No entanto, constatamos que, após o regresso a casa, os pais apresentaram dificuldades para dar resposta às necessidades dos filhos e que estas se relacionaram essencialmente com a alimentação, com a identificação da eficácia das mamadas, com a estimulação adequada do bebé para a mamada, pois tinham muitos receios de que o bebé não aumentasse de peso por não ser adequadamente alimentado, pelo que abandonaram precocemente a manutenção do aleitamento materno; referiram também dificuldade na manipulação do bebé no banho e dificuldade em identificar o motivo do choro que ele apresentava, assim como no estabelecimento de horários quer em relação aos intervalos das mamadas quer em relação aos períodos de sono.

As características dos pais relativamente à idade, estado civil, escolaridade, situação de empregabilidade, número de filhos e experiências anteriores com outros filhos, não influenciaram a perceção das necessidades do bebé prematuro no domicílio; pelo que sentiram de igual forma as mesmas dificuldades para desenvolverem autonomamente a sua parentalidade.

Os pais - para poderem desenvolver plenamente a sua parentalidade após o regresso a casa - têm necessidade de continuidade de cuidados no domicílio, recorrendo quer ao apoio dos técnicos de saúde quer ao apoio de redes sociais.

Após o regresso a casa, os pais sentem-se desprotegidos, porque em caso de dúvidas não têm a enfermeira da Unidade, que era a pessoa a quem recorriam e que estava sempre presente.

A Comissão Nacional de Saúde Infantil refere que “é necessária uma mudança de comportamentos e de práticas no relacionamento entre serviços e profissionais, que prestam atendimento à criança” (CNSI, 1993, p.52).

O Relatório Mundial da Saúde 2005 - primeiro manifesto, da Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza a promoção de uma “continuidade de cuidados” e que estes devem ser realizados em conjunto e com o apoio das famílias e das comunidades, devendo-se estabelecer uma rede continuada de cuidados, desde a gravidez até à infância, pelo que em conformidade com estas

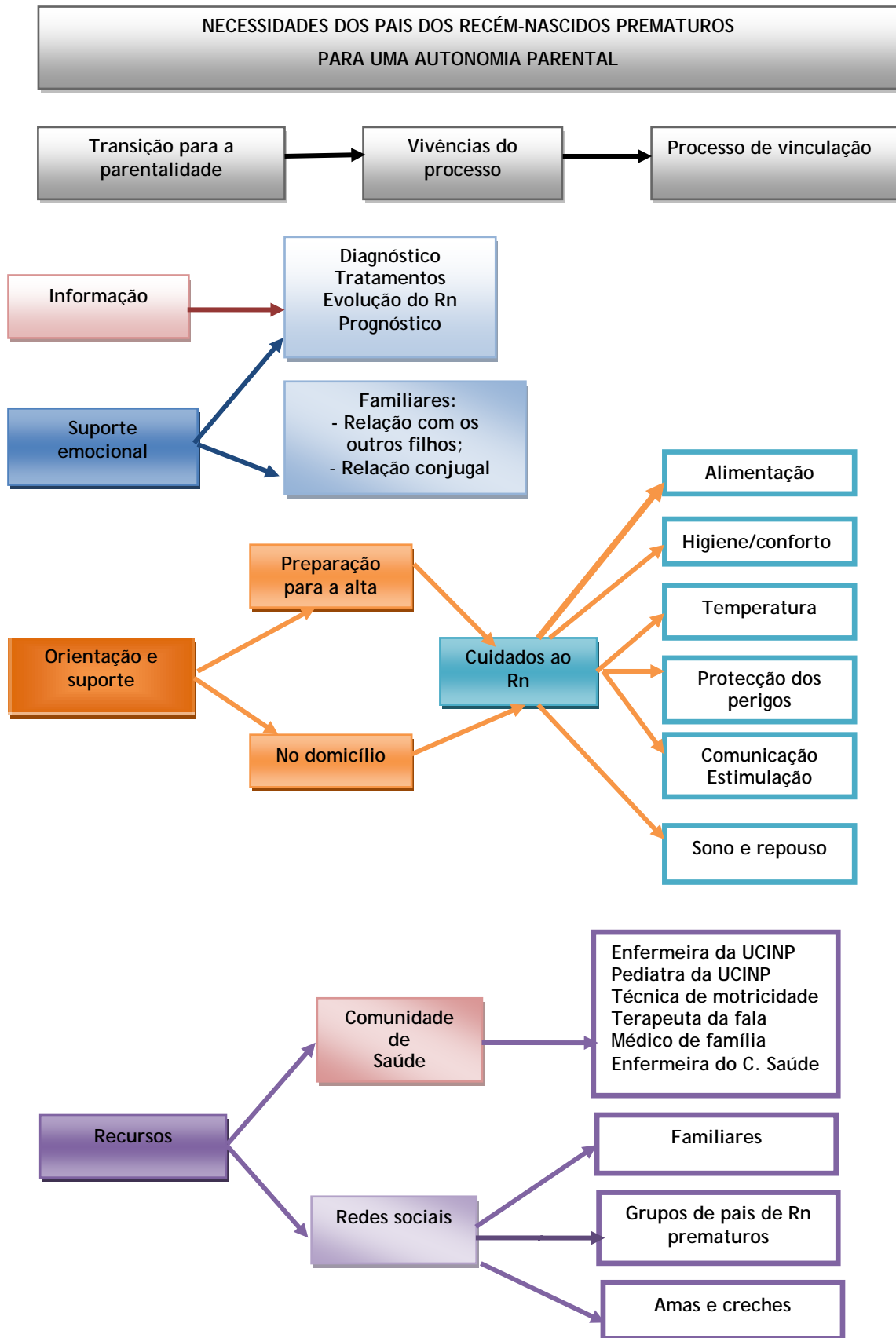
orientações a responsabilidade dos profissionais da Unidade não pode terminar no dia da alta do recém-nascido, devendo manter-se a continuidade dos cuidados numa fase de transição para o domicílio.

A utilização de um modelo de enfermagem de acompanhamento destes pais, que tenha por base estes pressupostos, que os apoie e oriente, durante um período transitório em articulação com os Cuidados de Saúde Primários, é sem dúvida importante para ajudar os pais a desenvolverem a sua parentalidade autonomamente.

No estudo realizado, as inquiridas salientaram a importância de terem o apoio das Enfermeiras da Unidade durante um período transitório, pelo que a proposta de um modelo de Enfermagem de acompanhamento foi visto com satisfação, embora elas dele não usufríssem, esperando que os futuros pais de Rn prematuros possam beneficiar.

Como foi referido, estes bebés exigem muita disponibilidade dos pais, obrigando-os a fazer reajustes familiares e sociais, pelo que as inquiridas referenciaram a importância do apoio de familiares e amigos, não só para os ajudar a cuidar do bebé, mas também para que possam ter alguma disponibilidade para os outros filhos e para a própria relação conjugal.

FIGURA 10: Diagrama das necessidades dos pais dos rn prematuros para uma autonomia parental no pós-alta clínica.



Implicações Práticas

A utilização do modelo proposto de acompanhamento destes pais pelos Enfermeiros da Unidade, após o regresso a casa com o seu filho prematuro, permite a continuidade dos cuidados durante um período transitório até que eles se sintam capazes de desempenhar autonomamente o seu papel parental. Esta continuidade da relação terapêutica que se desenvolveu com os pais, desde a admissão do Rn na Unidade, permitirá que eles se sintam seguros e confiantes na prestação desses mesmos cuidados, contribuindo para elevar a qualidade de vida do bebé prematuro e a sua integração familiar.

Consideramos que seria pertinente, após a sua implementação, que se analise o impacto e a eficácia do mesmo junto dos pais e os ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Madalena - *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.

AMARAL, Luísa [et al.] - Realidade do aleitamento materno na UCINP da ULSAM. Revista Juvenil nº 17 (2011), Viana do Castelo: Órgão da Associação Pediátrica de Viana do Castelo, p. 21-26

BAIÃO, Rute - *Stresse parental e prematuridade*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009. Tese de Mestrado.

BALDINI, Sonia Maria - *Avaliação das reacções dos pais à internação do filho em Unidade de Terapia Intensiva e Desenvolvimento de uma Proposta de Apoio Psicológico*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 2001. Tese de Doutoramento.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda., 1988.

BATALHA, Luís; FRANCO, F.; MATOS, L - Relações de parceria nos cuidados neonatais. *Revista Sinais Vitais*. nº 22 (Jan. 1999), Coimbra: Formasau, p. 21- 23.

BELO, Helena -- *Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, 2006. Tese de Mestrado.

BOTELHO, Teresa Morais; LEAL, Isabel Pereira - A Personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. N. 8, (2007). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, p. 127-142.

BOTELHO, Teresa Morais; LEAL, Isabel Pereira - *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2001.

BOTELHO, Teresa Morais; LEAL, Isabel Pereira - *Sobre a prematuridade*. In BOTELHO, Teresa Morais; LEAL, Isabel Pereira - *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Edições SNR, 2001. p 64-98.

BOWLBY, John - *Apego a natureza do vínculo*. 2ª ed. S. Paulo: Martins Fontes Editora, 1990.

BOWLBY, John - *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRANDÃO, Sónia - *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método*. [em linha]. (2009). Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança - Brasília: Ministério da Saúde, [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru>.

BRAZELTON, Thomas Berry - *Bebés e mães*. Rio de Janeiro: Campos LDA, 1981.

BRAZELTON, Thomas Berry - *O Desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, Thomas Berry - *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento nos primeiros anos de vida*. Lisboa: Editorial Presença, 12ª Edição 2010.

BRAZELTON, Thomas Berry - *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Editores Terramar, 1993.

BRAZELTON, Thomas Berry. - *A Dinâmica do bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BRAZELTON, Thomas Berry; GREENSPAN, Stanley - *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver*. Porto Alegre: Artmede Editora SA, 2002.

CAMPOS, Claudinei José Gomes - *Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. [em linha]. *Rev Bras Enferm*, 57(5) (Set/Out 2004), Brasília (DF), p. 611-614. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro - *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. (1998)

CASEY, Anne. *The development and use of the partnership model of nursing care* In: *Glasper EA, Tucker A* (eds) (1993) *Advances in Child Health Nursing*. London, Scutari Press; 1993.

CASEY, Anne; MOBBS, Sara - *Partnership in practice*. *Nursing Times.*, 2. Vol. 84. Nº 44 (Nov 1988).

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; CALIRI, Maria Helena Larcher; PELÁ, Nilza Teresa Rotter - A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. [em linha]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. v. 4 - Nº3 (Dez 1996), p. 75-88. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>

CHARPAK, Nathalie; CALUME, Zita Figueroa de; HAMEL, Annick - *El Método Madre Canguro- Padres y familiares de niños prematuros pueden reemplazar las incubadoras*. Bogotá: Mc Graw-Hill, Interamericana, S.A., 1998.

CHIAVENATO, Idalberto - *Introdução à teoria geral da administração*. 5ª ed. São Paulo: Makron books do Brasil Editora Ida., 1998.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. [em linha]. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 16, n.2. p. 221-236. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/374/37416210/37416210_5.html

CORRÊA, Aurea - *Paternidade na adolescência: vivências e significados no olhar de homens que a experimentaram*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo Brasil, 2005. Tese de Doutorado.

CORREIA, Luciana Leonetti; LINHARES, Maria Beatriz Martins - Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol15, n. 4 (2007). p. 677-683.

DECRETO-LEI nº 106/2009. D.R. I Série. Nº 178 (2009-09-14), p. 6254-6255.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(4) (Julho-Agosto 2007), p. 1-5.

DUARTEL, Elysangela [et al.] - Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. [em linha]. *Rev. Eletrônica Enf.*; 12 (3):53 (2010), p. 9-46. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a18.htm>.

ERIKSSON, B. S.; Pehrsson, G. Emotional reactions of parents after the birth of an infant with extremely low birth weight. *Journal of Child Health Care*. 9, (2005), p. 122-136.

ERIKSSON, Birgitta Sandén; PEHRSSON, G. Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care*. 6, (2002). P. 19-33.

FERECINI, Geovana Magalhães [et al.] - Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. [em linha]. *Acta Paul Enferm.* 22(3) (2009), p. 250-6. [Consult. 03 Maio. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a03v22n3.pdf>

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, RICHARD S. - An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, (1980), p. 219-239.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta, 2009

FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência, 1999

FREITAS, Otilia - Efeitos da massagem no recém-nascido pré-termo: avaliação de uma intervenção de enfermagem. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Tese de Doutoramento.

GOMES-PEDRO, João Carlos - *A Relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1985.

GOMES-PEDRO, João Carlos - Viver numa unidade especiais para recém-nascido - um risco, uma oportunidade. [em linha]. (1997). In: *I Seminário de Neonatologia Porto*. Departamento de Pediatria e Medicina - Hospitais de S. João: Laboratórios Bial, (1997), p. 67-73. [Consult. 03 Maio. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://hdl.handle.net/10400.19/442>

GOMES-PEDRO, João Carlos, Coord., *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

GUIMARÃES, H. - *Aos pais: Nascer prematuro em Portugal*. [em linha]. Web Site de Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (2007). [Consult. 5 de Jan. de 2009]. Disponível na internet: <URL: <http://www.lusoneonatologia.net/>

HANSON, Shirley May Harmon. - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2005.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn L. - *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7^a ed. Rio de Janeiro : Mosby Elsevier, 2006.

KLAUS, M.; FANAROFF, F. - *Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, S.A., 1989.

KLAUS, M; Kennel - *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1976.

KLAUS.M, KLAUS.P - *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Edições Artes Médicas, 1989.

LAVILLE, Chistian; DIONNE Jean - A construção do saber. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 2009.

LEITÃO, Francisco Alberto Ramos - *Interação Mãe- Criança e actividade simbólica*, Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1994.

LESSARD-HÉBERT, Michelle, GOYETTE, G., BOUTIN, G. - *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

LIMA, Patrícia Ribeiro de Vilares, SIMÕES, Sílvia Cristina Almeida Simões - O Luto. *Revista Nursing*. Nº 227 (Nov. 2007), p. 45-46

LUCAS, T. et al. - A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal, *Rev Enferm UFPE On Line*. 3 (4), (Out/Dez 2009), p. 322-28.

MACFARLANE, Aidan - A psicologia do nascimento. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.

MARQUES, Sílvia Maria Neto; SÁ, Maria Goreti Santos - Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade, *Rev. Referência*, Nº 11 (Mar. 2004), p. 33-41

MARTINS, Cristina - Repercussões de um prematuro na vida familiar. *Revista Sinais Vitais*, nº 55 (Jul 2004), p. 61-62.

MARTINS, Cristina - *Transição para a parentalidade: programa de doutoramento em enfermagem, revisão sistemática da literatura*, Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. Tese de Doutoramento.

MAYRING, Philipp - Qualitative content analysis. [em linha]. *Forum qualitative social research*. Volume 1, No. 2, Art. 20 (June 2000), [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=mayring%20qualitative%20content%20analysis%2C%20forum%20qualitative%20social%20research%2C%20volume%201&source=web&cd=1&ved=0CCQOFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.qualitative-research.net%2Findex.php%2Ffqs%2Farticle%2Fdownload%2F1089%2F2386&ei=0zgPT5HGlcBNhAe2qYS-Ag&usq=AFQjCNGXpYbAnGxYoad8NMsyd40Q7qe8eQ>>

MELEIS, A. e. TRANGENSTEIN, P. - *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*, Nursing Outlook, 1994.

MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3rd ed.rev. Philadelphia: Lippincott Williams; Wilkins, 2005

MELEIS, Afaf Ibrahim; [et al] - Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(Sep 2000), p. 12-28

MENDES, Isabel - Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós parto. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

MINAYO, M. C. S. ; SANCHES, O. - Quantitativo -Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?, [em linha] *Cadernos de Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, 9 (3) (Jul/Sep. 1993). P. 239-262. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>

MONTAGNER, H., A - *Vinculação: a aurora da ternura*, Lisboa: Ed. Instituto Piaget, 1993.

MORAES, Roque. - Análise de conteúdo. [em linha] *Revista Educação*, Porto Alegre, vol. 22, n. 37 (1999), p. 7-32. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html.

MOURA, M.J, - *Memórias de uma boa etapa da minha vida: Serviço de Pediatria 1981-2006*, Viana do Castelo, 2007.

NEVES, J. - Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. [em linha] *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, V.1, Nº 3 (2º Semestre 2006) [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento que define as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. [em linha] [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - *Direitos da Criança*, Organização Das Nações Unidas, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, - *Declaração de Innocenti: protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno*, Alto Comissariado da Saúde. (2005) [em linha] [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBebés/10medidasparaserconsideradoHospitalAmigosdos/tabid/414/Default.aspx>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Mundial da Saúde 2005: para que todas as mães e crianças contem*. [em linha] [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório Mundial da Saúde 2005: para que todas as mães e crianças contem, primeiro manifesto integrar os programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança*. [em linha] [Consult. 02 Set.

2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.who.int/whr/2005/media_centre/1_maternal_pr.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF - *Dez medidas para ser considerado hospital amigo dos bebês*, Comissão Nacional "Iniciativa Hospitais Amigo dos bebês". [em linha] [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBebês/10medidasparaserconsideradoHospitalAmigosdos/tabid/414/Default.aspx>

PEDRO, J. Gomes - *Viver numa unidade especiais para recém-nascido - um risco, uma oportunidade*. [em linha] In: I Seminário de Neonatologia Porto. Laboratórios Bial, (1997) Departamento de Pediatria e Medicina - Hospitais de S. João p. 67-73. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://hdl.handle.net/10400.19/442>

PERRY, S.- *Recém-nascido*. In I. Bobak, D. Lowdermilk; M. Jensen, (1999B) - Perry, S; Lowdermilk, D.- *Enfermagem na maternidade* (2008:522-556; 900-921), 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2008.

PINTO; Cândida; FIGUEIREDO, M^a do Céu - *Cuidar da criança doente*. *Nursing*, Ano 8 (Dez. 1995), p. 15-16.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente*, 2004/2008.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL - *Organização Perinatal Nacional, Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*, 2006.

RAMOS, N. - *A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil: Uma abordagem intercultural comparativa* In COVA, 2004.

RAMOS, N. - *Relações e solidariedades intergeracionais na família : dos avós aos netos*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Coimbra : UC, Ano 39, n. 1 (2005), p. 195-216

RAMOS, Nuno; JOAQUIM, T. - *Desafios da comparação: família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*, Oeiras: CELTA Editora, 2004.

RELVAS, Ana Paula - *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, 1996.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. - *Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajectória*, *Revista ALEA* Vol. 7 N. 2 (Jul-Dez. 2005), p. 305-322.

RODRIGUES, Sandra - *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*, Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Mestrado.

SÁ, Eduardo - *Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim do Século, 2004.

SÁ, Eduardo - O dedo de ET. *Pais*. Lisboa (Jun. 1992), p. 42-45.

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOC. PORT. DE PEDIATRIA - *Nascer prematuro: um manual para os pais de bebés prematuros*, Direcção da Secção de Neonatologia, 2005-2007.

SILVA, Carla. - *Necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: exercício de uma parentalidade autónoma*, Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Mestrado.

SÍLVIA, C.: SOARES, C. e LINHARES, C. (2007) - *Continuidade de cuidados no regresso a casa do rn internado em neonatologia: a percepção dos enfermeiros*. Vila Nova de Famalicão. Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.

SOARES, Hélia - *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Consensos nacionais em neonatologia, Secção de Neonatologia, Coimbra, 2004.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa, [em linha]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 15(3). (Mai.-Jun. 2007), [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf

STERN, Daniel - *Bebé-mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Moraes, 1980.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja - *Enfermagem na UTI neonatal- assistência ao recém-nascido de alto risco*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, L. - *Declaração Universal dos direitos do bebé prematuro*, Brasil, [em linha] (Dez. 2008). [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2044.pdf.

TURATO, E. - Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. [em linha] *Rev. Saúde Pública*, 39 (3) (2005), p. 507- 14. [Consult. 02 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: www.fsp.usp.br/rsp

UNICEF - *Manual de aleitamento materno*, Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*, 2008.

WILLIAMS, R. P. - *Dinâmica familiar após o nascimento*. in *enfermagem na maternidade*. Ed. por: M. Bobak, D.L. Lowdermilk e M.D. Jensen. Loures: Lusociência, 1999. p. 467-481.

WINNICOTT, D. W. - *Os Bebés e suas mães*. São Paul: Martins Fontes, 1988.

ANEXOS

Anexo I - Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1 - Como foi o regresso a casa com o bebé e quais foram as dificuldades que sentiu?

2 - Para si acha que o apoio e os ensinamentos efectuados durante o internamento, foram adequados em relação às dúvidas que tinha para cuidar do seu filho com segurança?

3 - Na sua opinião, há algum aspeto que não tenha sido abordado e que poderia ter contribuído para se sentir mais segura no domicílio?”

4 - Pensa que teria sido importante que na transição para o domicílio houvesse continuidade no apoio da equipa da Neonatologia?

Anexo II - Questionário Para A Caracterização Dos Participantes

QUESTIONÁRIO

1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

1.1. - Mãe Idade: anos

Pai. Idade: anos

1.2-. Estado Civil:

Solteira(o) Viúva(o)

Casada(o) / União de facto

Separada(o) / Divorciada(o)

Situação Familiar

Vive sozinha.....

Vive com o companheiro e filhos

Vive com o companheiro, filhos e outros familiares

Especificar.....

Quantos filhos tem? _____

1.3 - Escolaridade:

Mãe

Pai

Inferior ao 9º ano

Inferior ao 9º ano

9º ano 9º ano

12º Ano

12º Ano

Licenciatura

Licenciatura

1.4 - Situação Profissional

Mãe

Pai

Profissão /Ocupação.....

Profissão/Ocupação.....

No activo Desempregada

No activo Desempregado

1.5 - Condições Habitacionais:

Tipo de casa

Casa Própria Casa Alugada Casa de familiares

1.6 - Condições de salubridade

Saneamento Fossa Municipalizado

Água canalizada Sim Não

Electricidade Sim Não

1.7 - Residente em

Meio urbano Meio rural

CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

Idade Gestacional semanas

Peso de Nascimento gramas

Dias de Internamento

Anexo III - Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSAM EPE de Viana do Castelo para a realização das Entrevistas aos pais dos Rn prematuros.

Exmº Srº
Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
de Viana do Castelo.

Olga Maria David Arriscado, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos desta Instituição, estando a realizar o Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendendo realizar o seu Projecto de Dissertação, orientada pelo Prof. Drº António Luís Carvalho, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e co-orientada pela Mestre Sandra Cruz, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que tem como tema "*Nascer Prematuro: Autonomia Parental no Pós -Alta Clínica*", vem por este meio solicitar a V. Exª se digne autorizar a recolha de dados através da realização de entrevistas na consulta de Pediatria, aos pais dos últimos vinte recém-nascidos prematuros, que nasceram com peso inferior a 1800 gramas e estiveram internados até ao final de 2010, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos desta Instituição, e efectuem consultas de seguimento clínico na consulta de Pediatria.

Serão respeitados todos os pressupostos Éticos.

Este trabalho de Investigação tem como objectivos:

- 1- Identificar as necessidades dos pais dos recém-nascidos prematuros, após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos;
- 2- Conhecer os factores que influenciaram as necessidades destes pais;
- 3 - Compreender a eficácia da preparação do regresso a casa do recém-nascido prematuro, efectuado na UCINP;
- 4 - Propor um modelo de Intervenção de Enfermagem, que permita a satisfação das necessidades identificadas.

O período previsto para a recolha de dados será de Fevereiro a Março.

No final da Dissertação enviarei um exemplar da mesma, com as respectivas conclusões do Trabalho de Investigação.

Junto em anexo:

- Documento comprovativo da matrícula no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Declaração comprovativa da autorização do Orientador para a realização da Dissertação;
- Documento comprovativo da aceitação do pedido de admissão à Dissertação, pelo Conselho Técnico Científico;

- Um exemplar do guião orientador da entrevista;
- Um exemplar do modelo do Consentimento Informado para a realização da entrevista;
- Um exemplar do Projecto de Investigação.

Grata pela atenção dispensada, subscrevo com cordiais cumprimentos, fico a aguardar deferimento.

Viana do Castelo, 9 de Fevereiro de 2011
(Olga Maria David Arriscado)

Olga Maria David Arriscado

Supra mencionado Dr. Serv. Pediatría:

Do facto de existir do Serv. Ped
o trabalho proposto nest colide
com o funcionamento do serviço e
compete-se no âmbito de investi-
ção institucional

8/fevereiro/2011

Imilia An

Informar do Dr. do Departamento

A dissertação empedir-se
no objectivo da UCF pois
que isto não muda a opção

8 Fevereiro de 2011

Imilia An
CHAM
CENTRO HOSPITALAR ALTO MINHO EPE
Director Serviço Gin./Obstetricia
José Maia

*Anexo IV - Parecer do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da
ULSAM EPE de Viana do Castelo para a realização das entrevistas*

ANA , MORAIS

De: ANA , MORAIS
Enviado: segunda-feira, 21 de Fevereiro de 2011 14:48
Para: Olga Arriscado; JOSE REI, AMORIM
Cc: Ana Maria Lopes Silva Rego
Assunto: Estudo de Investigação: "Nascer Prematuro: Autonomia Parental no Pós Alta Clínica" -
Enfª Olga Mª David Arriscado
Anexos: Estudo de Investigação.pdf
Importância: Alta

Boa tarde!

Informamos que o Estudo de Investigação mencionado em epígrafe, que junto se anexa, foi autorizado por despacho do Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSAM, datado de 16/02/2011, após Parecer favorável da Comissão de Ética desta Instituição.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Margarida
Assistente Técnica
Gabinete de Formação ULSAM
Tlf. 258 802316
Fax 258 802498
Mail Ana.morais@ulsam.min-saude.pt

COMISSÃO de ÉTICA


Assinado
16.2.11
Franklim Ramos
Presidente do
Conselho de Administração

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C. A. o pedido de parecer, de um projecto de investigação, sendo a investigadora, **Olga Maria David Arriscado**, Enfermeira especialista de Saúde Infantil e Pediatria a frequentar o Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem no Porto. e cujo tema é: "**Nascer Prematuro: Autonomia Parental no Pós-Alta Clínica**". Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 09 de Fevereiro de 2011

O Presidente da C. E.


.....
(Dr. Pedro Meireles)

Anexo V - Consentimento Informado para a realização da Entrevista

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

Chamo-me Olga Maria David Arriscado, sou Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos da Unidade Local do Alto Minho EPE. DE Viana do Castelo e pretendo fazer um estudo de Investigação, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Com ele, pretendo compreender as dificuldades dos pais dos recém-nascidos prematuros, após a alta clínica, para o exercício de uma parentalidade autónoma e saber a sua opinião sobre um modelo de acompanhamento por elementos da equipa da Neonatologia, após o regresso a casa, que ajude a satisfazer as necessidades dos prematuros/pais, o que será concretizado através da realização de uma entrevista semi-estruturada.

Naturalmente, só será integrado neste estudo se assim o desejar e poderá rever a sua decisão em qualquer altura.

A entrevista será gravada. Pode ficar seguro que o seu nome NUNCA será publicado, e só eu, como investigadora, terei acesso às gravações. As informações recolhidas serão confidenciais. Julgo que a sua participação não excederá 45 minutos. Pretendo que as conclusões desta investigação, possam vir a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos recém-nascidos durante o internamento na Neonatologia e após a alta clínica.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento da finalidade do estudo e do que tenho que fazer para participar no mesmo. Fui devidamente esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as questões que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo, não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar no estudo.

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do investigador _____

Data _____

Nota: Contacto do Investigador – 969709242

*Anexo VI - Autorização do Diretor do Serviço de Pediatria para a utilização
e divulgação da casuística referente à prematuridade da UCINP da ULSAM
EPE de Viana do Castelo*

Exmº Senhor
Director do Serviço de Pediatria
Da ULSAM, EPE de Viana do Castelo
Drº Rei Amorim

Olga Maria David Arriscado, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos desta Instituição, estando a realizar o seu trabalho de Dissertação sobre o tema "*Nascer Prematuro: Autonomia Parental no Pós -Alta Clínica*", inserido no Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pelo Prof. Drº António Luís Carvalho, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e co-orientada pela Mestre Sandra Cruz, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar a V. Exª se digne autorizar a utilização e divulgação da casuística da Unidade no seu trabalho de Dissertação, referente à caracterização e evolução da Prematuridade na Unidade, relativo ao período 1999 /2010.

Grata pela atenção dispensada.

Pede Deferimento

Viana do Castelo, 30 de Maio de 2011

(Olga Maria David Arriscado)

Olga Maria David Arriscado

ULSAM
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENQUER, EPE
PEDIATRIA INTERNAMENTO
PEDIATRIA / NEONATOLOGIA

Cruz
4/06/05
Jui Amorim

