

**PARCERIA DE CUIDADOS ENTRE ENFERMEIRAS E PAIS
DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS**
a visão das enfermeiras

Nádea Margarida Ferreira Amaral

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

Nádea Margarida Ferreira Amaral

**PARCERIA DE CUIDADOS ENTRE ENFERMEIRAS E PAIS DE
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS**
a visão das enfermeiras

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria do Céu
Barbieri de Figueiredo

Categoria – Professora coordenadora

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto

Co-orientador – Mestre Carolina Ferreira Pereira
de Oliveira

Categoria – Equiparada a assistente

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de
Ponta Delgada

*Compreender que há outros pontos de vista
é o início da sabedoria.*
(Campbell)

*Ao meu filho Miguel,
por me fazer acreditar, apenas com um simples sorriso.*

*Ao Rui,
por manter o ânimo.*

*À minha mãe,
por estar sempre presente e pelo exemplo que é.*

*Ao meu pai, irmão e avós,
pelo apoio incondicional.*

Todo este percurso só se tornou possível pelo apoio de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais intenso apreço.

Às minhas colegas de grupo, Natacha, Susana e Zélia, pela amizade e boa disposição;

À Carolina pela permanente disponibilidade, incentivo e sabedoria demonstrada;

À Professora Doutora Maria do Céu pela orientação e estímulo dispensados;

À Professora Ana Paula pela amizade e disponibilidade;

Às Enfermeiras da unidade de Neonatologia, minhas colegas e participantes no estudo, as quais levarei sempre no meu coração, por permitirem que este estudo fosse possível;

A todas as professoras deste curso, em especial à Professora Doutora Arminda, que me enriqueceram com os seus ensinamentos;

À Fatinha e Dona Sara, pelas palavras de coragem e amizade;

E a todos os colegas de curso, por todos os momentos bem passados, jantares animados e palavras amigas.

A todos vós, o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O nascimento de um bebé prematuro obriga, na maioria dos casos, ao internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com recurso a altas tecnologias, de forma a assegurar a sua sobrevivência. Assim, o “bebé imaginado” pelos pais durante a gravidez é subitamente substituído por um bebé pequeno e frágil, perante o qual esses se sentem incapazes e, muitas vezes, culpados. É, portanto, imprescindível que os pais também se tornem foco do nosso cuidado. Orientá-los e capacitá-los, para o cuidado ao seu filho é uma forma de os fazer sentir novamente perto daquela criança e capazes de, ao menos, lhe transmitir amor. Surgem então, os cuidados prestados em parceria entre enfermeiros e pais de recém-nascidos prematuros internados.

Este estudo pretende compreender que cuidados os enfermeiros de uma Unidade de Neonatologia de um hospital central prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados e porque o fazem. Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, mais especificamente um estudo de caso simples e de observação. Participaram no estudo 10 enfermeiras da Unidade de Neonatologia de um hospital central. Como estratégias de colheita de dados recorremos à observação participante e a entrevistas semi-estruturadas. A análise dos dados foi efectuada através do processo de comparações constantes.

Da análise dos dados surgiu uma categoria central: *parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados*, a qual emergiu de quatro dimensões: *o contexto dos cuidados ao recém-nascido, motivação, factores inibidores e acções de enfermagem promotoras da parceria*.

Reconhecemos que se praticam cuidados em parceria, mas que esta prática não surge de um modelo de cuidados em que há a negociação de papéis entre as partes intervenientes – pais, enfermeiros e restante equipa multidisciplinar. Esta prática não é uma norma instituída no serviço, mas sim o resultado da motivação de cada enfermeira. Há um esforço por parte da equipa de enfermagem para promover a parceria, mas as próprias participantes reconhecem que ainda se pode fazer muito mais. Vários são os factores que condicionam esta acção, dos quais destacamos o estado de saúde do recém-nascido, o comportamento dos pais e a própria motivação das enfermeiras para a sua prática. Identificaram-se situações em que as enfermeiras sentem dificuldades em prestar cuidados com os pais, e conheceram-se as estratégias de *coping* a que estas recorrem como tentativa de as ultrapassar.

Consideramos que estes resultados podem contribuir para a consciencialização por parte de enfermeiros de Unidades de Neonatologia sobre a importância da parceria de

cuidados, os factores condicionantes do fenómeno e as acções capazes de promover a parceria, e que deste modo se contribua para a adopção de um modelo de parceria como norma instituída nessas unidades.

ABSTRACT

The birth of a premature baby requires, in most cases, the hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit, using advanced technologies, to ensure their survival. The "imagined baby" by the parents during pregnancy is suddenly replaced by a small and fragile baby, before which such feel helpless and often guilty. It is therefore vital that parents also become the focus of our care. To guide and enabling them to care for their child is a way to make them feel close to that child again and able to, at least give him love. Therefore we have the partnership caregiving between nurses and parents of hospitalized premature babies.

This study aims to understand which nursing care the nurses of a central hospital Neonatal Unit practice in partnership with premature hospitalized babies' parents and why. We conducted a qualitative, descriptive and exploratory study, more specifically a case study, which can also be classified as simple and of observation. The participants were 10 nurses from a central hospital Neonatal Unit. Data collection strategies relied on the participant observation and semi-structured interviews, and data analysis was carried out through the process of constant comparisons.

From data analysis a central category emerged: *a partnership caregiving between nurses and parents of hospitalized newborn premature infants*, which emerged out of four dimensions: *the newborn caregiving context, motivation, inhibiting factors and nurses activities to promote partnership*. We recognize that the partnership caregiving practice exists, but that this practice does not arise from a caregiving model where there is the negotiation of roles between the parties involved - parents, nurses and the remaining multidisciplinary team. This practice is not a standard procedure introduced in the service, but rather the result of each nurse's motivation. There is an effort by the nursing team to promote the partnership, but the participants themselves acknowledge that much more can be done. There are several factors that influence this action, which include newborn clinical condition, parents' behaviour and nurses' own motivation for this practice. We identified situations in which nurses have difficulty in providing care with parents, and got to know the coping strategies that they use in an attempt to overcome them.

We believe that these findings may contribute to the awareness of Neonatal Units nurses on the importance of the partnership caregiving process, the factors influencing this phenomenon and actions able to promote it, and that this would encourage the adoption of a partnership model as standard procedure introduced in these units.

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO	1
I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – Enfermeiros e pais parceiros nos cuidados ao recém-nascido prematuro	7
1. <u>CUIDAR COMO ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM</u>	8
1.1. O CUIDAR EM ENFERMAGEM	9
1.2. CUIDAR EM PARCERIA	13
1.2.1. <u>A relação de ajuda como base do cuidar em parceria</u>	14
1.2.1.1 A importância da comunicação na relação de ajuda	15
2. <u>PAIS PARCEIROS NO CUIDAR</u>	18
2.1. CUIDAR EM NEONATOLOGIA	20
2.1.1. <u>Nascer prematuro</u>	21
2.1.1.1 Cuidados ao recém-nascido prematuro	24
2.1.2. <u>Vivências dos pais do recém-nascido prematuro</u>	37
2.2. A PARCERIA DE CUIDADOS EM NEONATOLOGIA	41
2.2.1. <u>Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey</u>	42
2.2.2. <u>Factores condicionantes da prestação de cuidados em parceria</u>	46
2.3. O ENFERMEIRO DE NEONATOLOGIA	47
II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO – O caminho percorrido	52
1. <u>TIPO DE ESTUDO</u>	53
2. <u>CARACTERIZAÇÃO E ACESSO AO CAMPO</u>	56
3. <u>PARTICIPANTES DO ESTUDO</u>	58
4. <u>ESTRATÉGIAS DE COLHEITA DE DADOS</u>	62
4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	62
4.2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	63
5. <u>ANÁLISE DOS DADOS</u>	64
5.1. MÉTODO DE COMPARAÇÃO CONSTANTE	65
6. <u>REGISTO DA INFORMAÇÃO</u>	68
7. <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	69
III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – A visão dos enfermeiros sobre a parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros internados	70
1. <u>O CONTEXTO DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO</u>	73
1.1. CUIDADOS PRESTADOS PELAS ENFERMEIRAS	73

1.1.1. <u>Sem a participação dos pais</u>	74
1.1.2. <u>Com a participação dos pais</u>	75
1.2. CUIDADOS PRESTADOS PELOS PAIS	77
1.2.1. <u>Com supervisão de enfermagem</u>	77
1.2.2. <u>Com autonomia</u>	77
2. <u>MOTIVAÇÃO</u>	80
2.1. RECONHECIMENTO DAS VANTAGENS	82
2.1.1. <u>Promoção do vínculo pais/bebé</u>	82
2.1.2. <u>Desenvolvimento do bebé</u>	84
2.1.3. <u>Capacitação/autonomia dos pais</u>	86
2.1.4. <u>Preparação para a alta</u>	87
2.2. COMPORTAMENTO DOS PAIS PROMOTOR DA PARCERIA	89
2.2.1. <u>Motivação dos pais</u>	89
2.2.2. <u>Competências dos pais</u>	90
2.2.3. <u>Presença dos pais</u>	90
3. <u>FACTORES INIBIDORES</u>	93
3.1. DIFICULDADES SENTIDAS PELAS ENFERMEIRAS	94
3.1.1. <u>Insegurança</u>	94
3.1.2. <u>Falta de confiança por parte da equipa médica</u>	96
3.2. COMPORTAMENTO DOS PAIS	97
3.2.1. <u>Recusa em participar</u>	98
3.2.2. <u>Percepção de falta de conhecimentos/capacidade dos pais</u>	101
3.3. ESTADO DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO	102
3.4. INCUBADORA COMO BARREIRA	103
3.5. TIPO DE CUIDADO PRESTADO	103
3.5.1. <u>Cuidado com risco associado</u>	104
3.5.2. <u>Cuidado não prestado após a alta</u>	104
4. <u>ACÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARCERIA</u>	105
4.1. RELACIONADAS COM A POLÍTICA DO SERVIÇO	105
4.1.1. <u>Realizadas pelas enfermeiras</u>	106
4.1.2. <u>Idealizadas pelas enfermeiras</u>	109
4.2. INTERACÇÃO COM OS PAIS	111
4.2.1. <u>Incentivar os pais</u>	112
4.2.2. <u>Efectuar ensinios</u>	113
4.2.3. <u>Estabelecer uma relação de ajuda</u>	115
4.3. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	118
4.3.1. <u>Conversar com os pais</u>	119

4.3.2. <u>Introspecção</u>	119
IV – <u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES</u>	121
V – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	130
 ANEXOS	 145
Anexo 1 – Planta da Unidade	146
Anexo 2 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital para realização do estudo	148
Anexo 3 – Consentimento informado	151
Anexo 4 – Guião de Observação	155
Anexo 5 – Guião de Entrevista	157

ABREVIATURAS

CInt. – Cuidados Intermédios

Cm – Centímetros

Elect. – Eléctrodos

Enf. – Enfermeira

Enf^{as} – Enfermeiras

Et al. – Et alli

Gr. – Grama

Grs. – Gramas

Inc. – Incubadora

Inv. – Investigadora

O₂ – Oxigénio

°C – Graus Centígrados

SIGLAS

CMC – Cuidado Mãe Canguru

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

CVU – Cateter Venoso Central

D – Dias

E – Entrevista Semi-estruturada

E-M – Memorando da Entrevista Semi-estruturada

EACH – *European Association for Children in Hospital*

EDIN – *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

ICHC – Iniciativa Cuidado Humanizado Neonatal

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

M – Memorando

NC – Nota de Campo

NC-E – Entrevista Informal da Nota de Campo

NC-M – Memorando da Nota de Campo

NFCS – *Neonatal Face Coding Scale*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

S – Semanas

SD – Sonda em Declive

SVP – Soro em Veia Periférica

T – Tetina

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – *The United Nations Children's Found*

INDÍCE DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Papel do enfermeiro pediátrico segundo o Modelo de Enfermagem “Parceiros nos Cuidados” de Anne Casey.....	43
Esquema 2 – Modelo de Enfermagem “Parceiros nos Cuidados”.....	43
Esquema 3 – O processo de enfermagem segundo o modelo de parceria nos cuidados ao bebé pré-termo.....	45

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama representativo da dinâmica do processo de <i>parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados</i> numa Unidade de Neonatologia.....	70
--	----

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das participantes.....	58
Tabela 2 – Caracterização dos recém-nascidos prematuros.....	60

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de codificação aberta.....	66
Quadro 2 – Exemplo de codificação axial.....	67
Quadro 3 – Dimensão 1 – O contexto dos cuidados ao recém-nascido.....	73
Quadro 4 – Dimensão 2 – Motivação.....	80
Quadro 5 – Dimensão 3 – Factores inibidores.....	93
Quadro 6 – Dimensão 4 – Acções de enfermagem promotoras da parceria.....	105

O – INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento cada vez mais frequente, sendo a sua viabilidade cada vez maior (Botelho, 2001; Oliveira, Cunha, Ferreira, Figueiredo, Cadete & Machado, 2008). Mas com o nascimento prematuro, a imagem do bebé imaginário é repentinamente destruída, sendo substituída pela imagem de um bebé real, por vezes, muito pequeno e muito frágil. Estas crianças são muito vulneráveis pois apresentam, pela sua imaturidade biológica, um elevado risco de contrair uma infecção. Por outro lado, e dependendo do seu grau de prematuridade, muitas vezes é necessário um tempo de internamento prolongado em unidades hospitalares extremamente especializadas, aumentando a angústia e medo nos pais, já fragilizados pelo próprio nascimento prematuro do seu filho (Lima, Rocha & Scochi, 1999; Martínez, Fonseca & Scochi, 2007). Esses experimentam igualmente sentimentos de culpa e de incapacidade em proteger o seu bebé, agora internado numa Unidade de Neonatologia, colocado numa incubadora, rodeado de inúmeros *firos* e *aparelhos* assustadores. Assim, é legítimo afirmar que todo o processo de prematuridade de um filho tem como risco acrescido o distanciamento dos pais devido ao elevado sofrimento que estes experimentam, o que dificulta o estabelecimento da relação precoce pais/bebé.

Por todos estes motivos, não só o recém-nascido prematuro necessita de cuidados, como também os seus pais, tornando-se fundamental que a assistência prestada pelos profissionais de saúde se centre na família – *recém-nascido prematuro e pais*. Em acréscimo, são crianças que após a alta hospitalar continuam a requerer certos cuidados, tais como intervalos regulares entre as mamadas e uma protecção acrescida relativamente a infecções respiratórias e outras, o que requer uma maior disponibilidade por parte dos pais. É por estes motivos, que actualmente estas crianças são reconhecidas como grupo de risco no que diz respeito a maus-tratos infantis (Ramalho & Amaral, 2006).

Até 1930 aproximadamente, antes da Segunda Guerra Mundial, o recém-nascido, em especial o prematuro, era afastado dos pais por se acreditar que o isolamento era o mais importante na prevenção de infecções, pois estes eram considerados uma ameaça para o bebé prematuro. Nesta filosofia *a assistência na saúde é centrada no bebé* (Lima *et al.*, 1999; Martínez *et al.*, 2007).

É depois da Segunda Guerra Mundial, mais especificamente na década de 50, que vários estudos concluem que a presença dos pais junto ao recém-nascido, em especial ao prematuro, é benéfica. São igualmente identificados os efeitos provocados na criança quando esta não é cuidada pelos seus pais (Lima *et al.*, 1999). Inicialmente, estes estudos foram focalizados na área de Pediatria, estudando o efeito da privação dos pais

em crianças internadas. Mais tarde foram acrescidos de estudos sobre a importância da relação precoce pais/bebé, adaptando-se assim a filosofia de cuidados centrados na família para a Neonatologia. Como consequência, assiste-se a uma alteração do modelo tradicional em que os *cuidados são centrados no bebé*, para *cuidados centrados na família* no qual os pais participam nos cuidados prestados ao seu filho (Martínez *et al.*, 2007).

Actualmente, as próprias directivas internacionais relativas ao internamento de crianças valorizam a presença dos pais e enfatizam a sua participação nos cuidados prestados aos seus filhos.

Mas só final dos anos 70, é que em Portugal se torna viável esta tomada de consciência dos aspectos envolvidos aquando do internamento de uma criança, vindo, como consequência, a congregar-se à Associação Europeia da Criança Hospitalizada (EACH¹). Isto é possível constatar, por exemplo, na Carta da Criança Hospitalizada, a qual surge como resultado do esforço desta associação e cujo objectivo visa humanizar os serviços de atendimento à criança (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004). É igualmente abordado que o esforço desta Associação em humanizar os cuidados, só terá resultados se os profissionais de saúde assumirem o compromisso de adquirir conhecimentos sobre as necessidades das crianças e suas famílias, por forma a alterar os seus comportamentos, tornando-os mais adequados à criança e sua família. Acredita-se que, deste modo, também se estará a promover a reorganização dos cuidados prestados às crianças e consequentemente a reestruturação dos serviços de saúde.

Em 2004, Lisboa recebeu a 8ª Conferência desta Associação cuja temática foi “Os Cuidados Neonatais Centrados na Família”. O facto deste ser o tema central da Conferência torna claro a crescente preocupação nas necessidades da criança recém-nascida hospitalizada e sua família (Jorge *et al.*, 2004).

São os resultados destes vários estudos que fazem surgir novas leis internacionais, nas quais se baseiam mais tarde as nacionais, com o objectivo de prestar os melhores cuidados às crianças hospitalizadas e sua família. Baseadas nestas leis, surgem normas hospitalares, que prevêm uma alteração da filosofia institucional, bem como da conduta dos profissionais de saúde, face ao internamento de crianças. Como exemplo e como resultado da importância atribuída à parceria, e respondendo aos requisitos do Projecto de Acreditação, o Grupo da Acreditação de Neonatologia do hospital onde o nosso estudo se realizou, prevê nos objectivos que delineia para a equipa de saúde daquela unidade, o cumprimento dos direitos descritos na Carta da Criança Hospitalizada, onde

¹ European Association for Children in Hospital

está salvaguardado a prestação de cuidados em parceria com os pais (Hospital, 2006^b). É mencionada a importância de “Promover os Direitos da Criança e implementar [na unidade] as condições necessárias ao cumprimento dos direitos da criança hospitalizada.” (Hospital, 2006^b, p. 3). Ao que se acrescenta que os pais devem ser incentivados a “(...) permanecer o máximo de tempo possível junto dos seus filhos e a participar nos seus cuidados (...)”.

Embora os benefícios dos cuidados em parceria, tanto no cliente em geral, como na enfermagem neonatal em particular, sejam já apontados por vários autores (Batalha, Franco & Matos, 1999; Mano, 2002; Ferreira & Costa, 2007), vários são os estudos que demonstram a renitência que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm em incluir os pais nos cuidados prestados ao seu filho prematuro, alegando razões como a instabilidade do bebé e a incapacidade e insegurança dos pais.

A selecção de um tema para estudo de investigação deve partir de uma inquietação, de uma situação incompreendida e perturbadora para o investigador (Polit, Beck & Hungler, 2004). A prestação de cuidados em parceria com pais de recém-nascidos prematuros sempre foi um tema de predilecção nossa. No seguimento desta afirmação e enquanto profissional, foi possível constatar que membros da equipa de enfermagem da unidade de Neonatologia do hospital onde se efectuou a observação parecem partilhar da opinião acima mencionada, o que influencia a sua predisposição para a prática de cuidados em parceria. Assim, esta prática fica ao critério de cada enfermeiro em particular e não como resultado de um trabalho de equipa. Conscientes deste aspecto, escolhemos para Projecto Profissional, integrado no processo de Avaliação de Desempenho da Carreira de Enfermagem, a temática “*Pais parceiros no cuidar*”, com o objectivo de promover a parceria de cuidados na Unidade de Neonatologia.

Pretendemos, portanto, compreender em que contexto acontece a prática da parceria de cuidados entre enfermeiros e pais de recém-nascidos prematuros internados numa Unidade de Neonatologia. Reconhecendo que os cuidados prestados ao recém-nascidos são desempenhados por enfermeiros e reconhecendo a importância que estes têm na relação pais/bebé, decidimos desenvolver o nosso estudo em torno da experiência dos enfermeiros.

A Unidade de Neonatologia do referido hospital presta cuidados a todos os recém-nascidos em idade neonatal (o que inclui bebés até aos 28 dias de vida), bem como a crianças com necessidade de internamento em cuidados intensivos, com idade até 1 a 2 anos e peso inferior a 12 kg. Assim, as crianças internadas nem sempre são prematuras (Hospital, 2006^b). No entanto, para a realização deste estudo seleccionamos

apenas os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros internados, por considerarmos que o primeiro contacto pais/bebé, e contactos subsequentes, acontecem nesta unidade e por reconhecermos como importante incluir os pais nos cuidados prestados ao seu filho como forma não só de promover a relação precoce, como também a autoconfiança destes pais em cuidarem do bebé.

Este estudo tem ainda subjacente os seguintes pressupostos orientadores: na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais são internados recém-nascidos prematuros, sendo o primeiro contacto com os pais já após este internamento; o internamento de um recém-nascido prematuro provoca nos pais sentimentos de angústia, medo, insegurança, culpa e impotência criando uma barreira invisível entre pais/bebé; a prestação de cuidados em parceria facilita a relação precoce entre pais/bebé; a prestação de cuidados em parceria não é uma prática habitual na Unidade de Neonatologia, dependendo do enfermeiro que naquele dia presta cuidados àquela criança; a opinião sobre a temática parceria de cuidados varia de enfermeiro para enfermeiro, o que influencia a adesão à sua prática; a premissa de que para a prática da parceria de cuidados com pais de recém-nascidos prematuros são necessárias competências multidisciplinares, para as quais os enfermeiros desempenham um papel chave.

Neste contexto, pensamos ser de extrema importância a realização de um estudo que vise compreender que cuidados os enfermeiros de uma Unidade de Neonatologia de um hospital central prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados e porque o fazem.

De acordo com as etapas metodológicas intrínsecas a um estudo de investigação, elaboramos como questão primária *“Como é que os enfermeiros prestam cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia?”*. Este estudo orienta-se pelas seguintes questões de investigação:

- ⇒ Que cuidados os enfermeiros da Unidade de Neonatologia prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros?
- ⇒ Que factores afectam a prestação de cuidados em parceria com pais de recém-nascidos prematuros internados?
 - O que motiva os enfermeiros a prestarem cuidados em parceria com estes pais?
 - Que factores actuam como inibidores da prestação de cuidados em parceria com estes pais?

- ⇒ Que dificuldades os enfermeiros sentem ao prestarem cuidados em parceria e que estratégias utilizam para as ultrapassar?
- ⇒ Quais as acções que os enfermeiros reconhecem como promotoras da parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros internados?

Para estas questões delineamos como objectivos:

- ⇒ Conhecer que cuidados os enfermeiros da Unidade de Neonatologia prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados;
- ⇒ Identificar os factores que condicionam a prestação de cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia;
 - Identificar o que motiva os enfermeiros para prestarem cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados;
 - Identificar quais os factores que actuam como inibidores da prestação de cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados;
- ⇒ Conhecer quais as dificuldades que os enfermeiros sentem ao prestarem cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados e que estratégias utilizam para as ultrapassar;
- ⇒ Conhecer as acções que os enfermeiros da Unidade de Neonatologia reconhecem como promotoras da parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros internados.

O nosso estudo enquadra-se no paradigma naturalista, característico da investigação qualitativa (Polit *et al.*, 2004). Trata-se de um estudo de caso descritivo e exploratório (Patton, 1990; Yin, 1993; Bogdan & Biklen, 1994; Yin, 1994). Pode ainda ser classificado de simples e de observação. Simples porque concentramo-nos apenas num foco de estudo, num determinado local e período de tempo (Yin, 1993). De observação, por se centrar na observação de um aspecto particular de uma determinada organização, os *cuidados realizados pelos enfermeiros aos recém-nascidos prematuros internados, em parceria com os seus pais* (Bogdan & Biklen, 1994).

A colheita de dados realizou-se em duas fases. Na primeira recorremos à Observação Participante e posteriormente à Entrevista Semi-estruturada. O recurso a uma segunda fase deu-se pela necessidade que sentimos em explorar determinados dados que

surgiram após iniciarmos a análise dos dados colhidos pela Observação Participante (Miles & Huberman, 1994).

Para analisarmos os dados optamos por utilizar o método de *comparação constante*. Este, embora seja característico da *Grounded Theory*², pode ser aplicado a qualquer tipo de dados (Bogdan & Biklen, 1994; Miles & Huberman, 1994; Lessard-Herbert, Goyette & Boutin, 2008). Caracteriza-se por se efectuar uma constante comparação entre os dados colhidos actuais com os colhidos anteriormente, por forma a identificar os pontos em comum, fazendo surgir deste modo códigos, os quais são posteriormente agrupados em categorias conceptuais de acordo com as suas semelhanças e diferenças. Por último surgiu uma categoria central: *parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados*.

Relativamente à estruturação da nossa dissertação, esta divide-se em quatro partes. A primeira refere-se à revisão bibliográfica e intitula-se *enfermeiros e pais parceiros nos cuidados ao recém-nascido prematuro*. Esta inicia-se com uma reflexão sobre o cuidar em enfermagem, para depois explorar os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro e finaliza-se com a parceria de cuidados em Neonatologia. A seguir apresentamos o enquadramento metodológico, capítulo este que designamos de *o caminho percorrido*. A terceira parte intitula-se *a visão dos enfermeiros sobre a parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros internados* e refere-se à apresentação, análise e discussão dos dados. Na última parte encontra-se a conclusão, onde se inserem as implicações do estudo.

² Designada em Português de Teoria Fundamentada.

I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – Enfermeiros e pais parceiros nos cuidados ao recém-nascido prematuro

A Enfermagem sempre baseou a sua acção no cuidar dirigido a outrem, fosse este uma pessoa, uma família ou uma comunidade. Actualmente, reconhecemos que cuidar de outrem implica aceitar esta pessoa, potenciando as suas características para o auto-cuidado e compreendendo a influência da família para este mesmo auto-cuidado. Por isso, cada vez mais se defende a participação da família no processo de cuidar da pessoa doente, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Deste modo, também se torna cada vez mais comum o conceito do cuidar centrado na família. Em Pediatria, este conceito, mais do que um objectivo a alcançar, é uma realidade, reconhecendo-se actualmente a importância da permanência da família junto da criança internada para a melhoria do seu estado de saúde, conceito este que passa a ser um direito legal. Surge então o conceito de parceria de cuidados em Pediatria, desenvolvido por Anne Casey.

A Neonatologia é uma área recente da Pediatria que inclui os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros, possuindo, neste campo, características particulares. Estas devem-se ao reservado prognóstico do recém-nascido prematuro internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (normalmente com internamentos prolongados) e à fragilidade emocional de seus pais. Em acréscimo, não podemos esquecer as vivências dos enfermeiros que trabalham nestas unidades especializadas. A estes, é exigido que saibam manipular as mais especializadas máquinas às quais o recém-nascido está conectado e que tenham perícia para incluir os pais nos cuidados prestados. É fundamental que estes profissionais saibam lidar com o *stress* que advém do cuidar de recém-nascidos em perigo de vida e com internamentos prolongados, o que muitas vezes promove sentimentos de afecto a estes bebés e a seus pais. Assim sendo, é natural que desenvolvam estratégias de *coping* de forma a lidar da melhor maneira possível com o *stress* advindo da prestação de cuidados em Enfermagem Neonatal.

1. CUIDAR COMO ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM

Breve reflexão histórica

A imagem que a sociedade tem do enfermeiro identifica-se com a imagem estereotipada de Florence Nightingale, no final do século XIX, de lamparina, à noite, a fazer a ronda aos seus pacientes. Na realidade, com o evoluir da ciência, nomeadamente da tecnologia e da farmacologia em geral e da medicina em particular, a percepção que a sociedade faz do profissional de enfermagem altera-se, enquadrando-se no modelo biomédico.

Estamos nos finais do século XIX, primeira metade do século XX, quando surge a medicina experimental (Nunes, 1997; Duarte, 2002; Novais, 2003; Ribeiro, 2003), na qual o corpo é visto como uma máquina, “(...) possível de decompor em várias partes, de modo a ser estudado, e a identificar e corrigir o que não funciona.” (Novais, 2003, p. 15). Surge então a noção de corpo objecto, um *corpo que se tem* e que, eventualmente fica doente, pelo que a atenção é desviada da pessoa que tem um doença, para o corpo doente que tem de ser curado (Hesbeen, 2000). O sucesso da cura aumenta e o médico passa a ser visto como o “(...) detentor de conhecimentos que fascinam e que inspiram respeito, pois permitem-lhe actuar no corpo humano, modificar o curso das doenças, adiar a morte.” (p. 18). Nesta perspectiva, a enfermeira é a auxiliar do médico, pois torna-se necessário auxílio especializado para executar todas as tarefas técnicas, e conhecimentos específicos para trabalhar com todas as novas máquinas que a ciência tecnológica forneceu (Novais, 2003).

Os enfermeiros passam muitas vezes a ser considerados como alguém que não conseguiu tirar medicina e, consequentemente, é o próprio enfermeiro que sente a necessidade de se considerar um pequeno médico como forma de se valorizar, passando, por exemplo, a usar uma linguagem mais especializada e a centrar-se demasiado na tarefa, esquecendo a pessoa a quem esta está a ser realizada (Collière, 1989; Hesbeen, 2000; Novais, 2003; Alligood & Tomey, 2004; Amendoeira, 2006).

Esta percepção da Enfermagem é ainda muito popular na nossa sociedade, sendo da responsabilidade dos enfermeiros, pelas suas acções como profissionais e também como teóricos, alterar este conceito (Amendoeira, 2006). Esta mudança passa necessariamente pela sua atitude enquanto profissionais, justificando as suas acções com a teoria e com a sua capacidade de reflexão, o que é essencial para uma tomada de decisão autónoma e consciente (Adam, 1994; Alligood & Tomey, 2004). Só assim se tornam detentores de um corpo de conhecimentos válido de uma disciplina, na qual se baseia a sua profissão.

Assim se enfatiza a importância da investigação em enfermagem, lançando novos desafios e promovendo novas descobertas, sempre com o intuito de melhorar os cuidados prestados à pessoa em particular e à sociedade em geral.

1.1. O CUIDAR EM ENFERMAGEM

É seguro afirmar que a profissão de enfermagem se centra no conceito de cuidar. O Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem, 2003^a), afirma o cuidado como finalidade no trabalho de enfermagem, que visa “(...) contribuir para o bem-estar e o bem viver, a que todas as pessoas têm direito – considerando na promoção de bem viver uma vida digna que tem, como situação-limite, uma morte digna.” (p. 66).

E o que significa cuidar?

O cuidado sempre existiu em todas as sociedades, pois sempre existiram pessoas que cuidam de outras pessoas. Cuidar é algo social, é uma atitude transmitida pela cultura da sociedade (Talento, 2000; Duarte, 2002; Novais, 2003).

Hesbeen (2000) defende que é a visão singular do cuidado que permite recordar que se trata, ou deveria tratar-se, de uma obra de criação sempre única que diz respeito a uma pessoa numa determinada situação da sua vida. É por isso que a prática do cuidar é uma arte e não uma ciência. Por isso, cuidar é o dom mais precioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, apesar de ao longo do tempo, ser muitas vezes um dos aspectos menos valorizados. (Talento, 2000).

Segundo Collière (1999), os cuidados prestados ao indivíduo podem ser classificados, de acordo com a sua natureza, em:

- *Cuidados quotidianos e habituais*, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida (alimentação, hidratação, afecto, conforto físico e psíquico, entre outros);
- *Cuidados de reparação*, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida (doença).

É importante que o enfermeiro utilize os cuidados habituais e de reparação numa dimensão global e integradora, pois não podem focalizar a sua actuação nos cuidados de reparação sem que os cuidados quotidianos e habituais estejam garantidos.

Para compreender como o cliente deve ser cuidado, torna-se fundamental abordar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Este exhibe uma perspectiva holística do cliente e refere “(...) que a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa.” (Freese, 2004, p. 340). Para Neuman (George, 2000), cliente é o indivíduo, a família, a comunidade ou uma questão social e é visto “(...) como um sistema aberto que responde aos estressores do ambiente.” (p. 240). Estes factores geradores de *stress* podem ser de natureza intra, inter e extrapessoal e resultam dos ambientes interno, externo e criado. O interno é intrapessoal, e refere-se às interacções contidas no cliente; o externo é extrapessoal ou interpessoal e refere-se às interacções que ocorrem fora do cliente; o ambiente criado, é desenvolvido de forma inconsciente pelo cliente, tem uma natureza dinâmica e é responsável pela mobilização por parte do cliente de estratégias de *coping* como forma de adaptação a situações de alteração do seu estado de bem-estar (Freese, 2004). A doença ocorre quando os factores que geram *stress* invadem o sistema – cliente – obrigando-o a activar a sua “linha de defesa”, com vista a restabelecer o equilíbrio e consequentemente o bem-estar (George, 2000). Assim, conclui-se que o cliente interage com o ambiente, adaptando-se a ele ou adaptando-o a si (Freese, 2004).

O processo de enfermagem de Neuman consiste em três passos: diagnóstico de enfermagem (com vista à obtenção de uma vasta base de dados capazes de identificar as variações do bem-estar do cliente), objectivos de enfermagem (com o intuito de corrigir as variações do bem-estar do cliente, estes objectivos são elaborados com o cliente por um processo de negociação) e resultados de enfermagem (resultam da intervenção junto do cliente). Este processo prevê igualmente a avaliação dos resultados como forma de validar se os objectivos foram atingidos ou não, e se necessário efectuar a sua reformulação. O modelo, pela abordagem holística que faz do cliente, é bem aceite a nível mundial, e deve ser usado não apenas pelos profissionais de enfermagem, mas também pela equipa multidisciplinar de saúde evitando, deste modo, a desfragmentação dos cuidados prestados.

Para que o cuidado seja personalizado e, portanto, vá de encontro às necessidades da pessoa, o modelo proposto por Neuman deve ser completado com a visão de Cuidar Cultural de Leininger. Para esta enfermeira investigadora, “(...) cultura são os modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas que influenciam as suas acções (...)” (Welch, 2004, p. 568). Desta forma, as acções do indivíduo são influenciadas por uma

variedade de determinantes tais como as crenças, preconceitos e saberes que cada cultura aceita e transmite bem como por experiências pessoais e ainda pela informação divulgada pelos meios de comunicação (Duarte, 2002). É o conjunto destes determinantes que, aliados aos conhecimentos transmitidos de pais para filhos (...) constituem a sua herança cultural e, conseqüentemente, dotam a pessoa de uma cultura de saúde. Duarte, citando Fabb, refere que é por esta razão que, “(...) actualmente as pessoas se encontram menos dispostas (...) a aceitar as indicações dos profissionais de saúde, se elas não coincidirem *com os seus próprios pontos de vista e crenças.*” (p. 15).

Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro, ao reconhecer a pessoa como um ser holístico, inserido num determinado meio cultural, oriente os seus cuidados para esta pessoa em particular (Welch, 2004). Leininger defende que as pessoas são capazes de orientar os enfermeiros para os cuidados de que necessitam, mas é o enfermeiro, como profissional, que deve prestar estes cuidados personalizados, adequando-os à pessoa em causa, através da compreensão do seu mundo. Desta forma, as acções desenvolvidas pelo profissional de enfermagem são culturalmente congruentes e conseqüentemente têm maior probabilidade de aceitação. Assim, contribui-se para a melhoria dos cuidados prestados.

Quando falamos de cuidar em enfermagem, não podemos deixar de mencionar Orem e a sua Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. Esta teoria é expressa em três teorias: a Teoria do Auto-Cuidado, a Teoria do Défice de Auto-Cuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Dupas, Pinto, Mendes & Benedini, 1994; Taylor, 2004). Para esta teórica, o “(...) auto-cuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.” (Taylor, 2004, p. 218).

As acções de auto-cuidado – Teoria do Auto-Cuidado – têm como objectivo satisfazer as necessidades humanas básicas do indivíduo, as quais Orem classifica em 6 categorias diferentes: 1) ar, água e alimento; 2) eliminação; 3) actividade e repouso; 4) solidão e interacção social; 5) risco de vida e bem-estar e 6) funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o desejo do indivíduo em ser normal (Dupas *et al.*, 1994; Taylor, 2004). Quando alguma destas necessidades está alterada, por alguma limitação de saúde, e o indivíduo fica total ou parcialmente incapaz de cuidar de si mesmo ou dos seus dependentes, surge um défice de auto-cuidado, tornando-se necessário actuar de forma a retomar o equilíbrio. Assim, o indivíduo pode requerer o serviço de enfermagem – Teoria do Défice de Auto-Cuidado. Quando isto acontece, o profissional de enfermagem desenvolve acções ou interacções com o objectivo de ajudar

o indivíduo a compensar ou ultrapassar as limitações associadas à sua saúde ou à saúde dos seus dependentes – Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Estas acções desenvolvidas pelo enfermeiro designam-se de métodos de ajuda e são:

1. Actuar por ou fazer por outrem;
2. Orientar e dirigir;
3. Fornecer apoio físico ou psicológico;
4. Proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar.

Orem enfatiza a importância do enfermeiro educar o indivíduo para o auto-cuidado, salientando que a educação para o auto-cuidado é determinada pelo próprio indivíduo (Dupas *et al.*, 1994). Levin em harmonia com Orem, afirma que a “(...) enfermeira deve estimular, aproveitar e desenvolver o potencial da pessoa, família e comunidade para o autocuidado, e que a enfermeira tem um papel importante quando ocorre deficit no autocuidado; ela presta assistência a fim de suprir a demanda do autocuidado terapêutico.” (p. 20).

Também Watson defende que é necessário deixar o indivíduo participar no seu processo de cuidado (Talento 2000; Watson, 2002^a). Isto é, devemos ter em consideração a capacidade de controlo e autonomia da pessoa para decidir sobre o que lhe vai acontecer, dando ênfase à sua liberdade de escolha. De acordo com a teoria desenvolvida por esta teórica, a “(...) meta da enfermagem, através do processo de cuidado, é ajudar as pessoas a atingirem um alto grau de harmonia dentro de si de forma a promover o autoconhecimento e a própria cura ou para obter um *insight* do significado dos acontecimentos da vida.” (Talento, 2000, p. 259).

A teoria defendida por Watson (2002^a) depreende o cuidar como um ideal moral direccionado para a preservação da humanidade. O processo de cuidado por ela defendido aceita a pessoa na sua subjectividade, promovendo mudanças positivas no seu bem-estar, permitindo igualmente, que o enfermeiro beneficie e cresça. Na sua obra intitulada *Enfermagem pós-moderna e futura*, refere que o cuidar em enfermagem é mais abrangente do que foi anteriormente referido. Aborda a dimensão transpessoal do cuidar ao reconhecer “(...) que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar, comunidade e intenção,

consciência e acesso a uma fonte de energia mais profunda/mais elevada, é tão importante para curar como o são as nossas abordagens convencionais de tratamento, e são possivelmente mais poderosas a longo prazo.” (p. 114).

Afirma que ao prestar cuidados personalizados, a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade (Neil, 2004). Deste modo, o processo de parceria de cuidados entre enfermeiro e cliente vê-se reforçado por Watson (2002^b) ao afirmar que a união de sentimentos, resultante da arte de cuidar transpessoal, “(...) pode potenciar a auto-reparação e a descoberta de um poder e de um controle interiores, contribuindo para a descoberta de um novo sentido na sua própria existência.” (p. 120).

1.2. CUIDAR EM PARCERIA

Ao envolvermos a pessoa nos cuidados que lhe são dirigidos, estamos a prestar cuidados em parceria com ela ou com o seu cuidador.

O termo parceria advém de um grupo de parceiros que trabalham em conjunto, aproveitando os conhecimentos dos intervenientes, para atingir um objectivo comum. Em saúde, parceria de cuidados é designada como um processo de cuidados dinâmico, negociado em conjunto pelas duas partes envolvidas – cliente/família e enfermeiro – recorrendo às capacidades e conhecimentos de cada um, e respeitando os seus sentimentos, crenças e valores, com vista à melhoria dos cuidados (Dinis, 2005).

Este autor salienta a importância do cliente ou familiar deter um comportamento que demonstre predisposição para a parceria. Refere que, por vezes, este comportamento não se revela de imediato pelo que é necessário incentivá-lo. Este incentivo faz-se ao dar ao cliente uma noção de investimento de poder, para que se sinta capaz de agir e intervir, de forma a mudar. A este processo dá-se o nome de *Empowerment*³, e consiste na capacitação do indivíduo em reconhecer as suas competências para identificar “(...) as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo [da sua vida].” (Kendall In Dinis, 2005, p. 23). Tal acontece através da relação de ajuda estabelecida entre o enfermeiro e o cliente e que visa ajudá-lo a alcançar e manter um nível óptimo de saúde (Riley, 2004^a).

³ É frequente a utilização da palavra *Empoderamento*, principalmente na bibliografia Brasileira, como tradução da palavra *Empowerment*, no entanto, optamos por utilizar o termo original no nosso estudo.

Tanto o enfermeiro como o cliente contribuem para esta relação com os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta.

1.2.1. A relação de ajuda como base do cuidar em parceria

A profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua acção junto da pessoa através da relação de ajuda (Lazure, 1994). A relação de ajuda tem por objectivo dar ao cliente a possibilidade deste identificar, sentir, escolher e decidir se ele quer e/ou deve mudar. Carkhuff, referido por Lazure, explica que “(...) os clientes querem primeiro compreender a situação problemática e por fim agir em relação a ela.” (p. 97).

Riley (2004^a) refere que a relação de ajuda difere das restantes relações de carácter social porque se estabelece em benefício do cliente. Lazure considera relação de ajuda, o modo como os enfermeiros ensinam os utentes a “(...) satisfazer as suas necessidades essenciais, a serem eles próprios a crescer na alegria, no sofrimento (...)” (Diogo, 2000, p. 13). O enfermeiro integra esta relação durante a sua prestação de cuidados, de modo a compreender a pessoa na sua dimensão holística.

O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem – REPE – reconhece a importância da relação de ajuda na profissão de enfermagem ao mencionar, na alínea 2 do seu artigo 5º, que os “Cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) estabelecerem um relação de ajuda com o utente (...)” (Ordem, 2003^a, p. 166).

Phaneuf (2005) defende que esta relação depende das capacidades de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia. Desta forma, o enfermeiro ao estabelecer a relação de ajuda fornece apoio emocional à família. Com base nesta dinâmica, a intervenção desenvolvida pelo enfermeiro centra-se essencialmente na comunicação (Diogo, 2000).

Embora a relação enfermeiro/cliente se estabeleça para benefício do cliente, esta será mais eficaz se satisfizer ambas as partes (Riley, 2004^a). Assim, os clientes ficam com a percepção que foram bem cuidados e os enfermeiros sentem-se realizados por sentirem que tiveram um efeito positivo na saúde do cliente e consequentemente sentem-se competentes no cuidar. Embora seja da responsabilidade do enfermeiro desenvolver a relação de ajuda, esta pressupõe uma interacção entre ambas as partes, pois ambos contribuem para esta relação com os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta. Isto é, ambos utilizam as suas capacidades de ordem

cognitiva, afectiva e psicomotora nesta interacção, pois quer o enfermeiro, quer o cliente são pessoas.

A Ordem dos Enfermeiros em concordância com o anteriormente dito refere que quer “(...) a pessoa-enfermeiro, quer as pessoas-clientes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.” (Ordem, 2003^b, p. 145), que influenciam a forma como vivenciam todo o processo saúde/doença. No entanto, nessa relação, e no âmbito do seu exercício profissional, a pessoa-enfermeiro “(...) distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros (...) num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.” (p. 145). Assim, e uma vez que a relação de ajuda pretende, efectivamente ajudar o cliente a obter o melhor estado de saúde possível, a Ordem dos Enfermeiros (2003^a) defende que é essencial que o enfermeiro se certifique que solicita ao cliente os seus conhecimentos, está atento aos seus sentimentos e comportamentos e que toma em consideração a sua força e limitações. Necessita também, estar atento ao impacto que os seus conhecimentos e atitudes têm no cliente.

Só assim, os cuidados serão prestados de forma individualizada.

1.2.1.1. A importância da comunicação na relação de ajuda

Para que a relação de ajuda seja eficaz é essencial que haja uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e o cliente (Riley, 2004^b). Na comunicação há sempre um processo recíproco de envio e recepção de mensagens entre duas ou mais pessoas. Quando este processo decorre face a face envolve a expressão verbal – transmissão de sentimentos e pensamentos pelas palavras, inflexões da voz e ritmos do discurso – e a não verbal – pela expressão do olhar, expressão facial e linguagem corporal. O objectivo da comunicação é o de transmitir uma mensagem clara e compreensível para o receptor, com o objectivo de o influenciar a produzir mudanças. Isto é, persuadi-lo a responder à sua solicitação.

A relação de ajuda só é possível através da comunicação assertiva, realizada de forma responsável. Para tal, o enfermeiro recorre a técnicas de comunicação terapêuticas na implementação do processo de enfermagem. Estas são (Riley, 2004^b):

- *escuta*, capacidade do enfermeiro em demonstrar, pela comunicação não verbal, o seu interesse pelo cliente, enquanto observa as reacções deste face às mensagens recebidas;
- *silêncio*, capacidade do enfermeiro comunicar ao cliente, de forma não verbal, a sua aceitação;
- *orientação*, instruções/orientações dadas ao cliente com o intuito deste saber o que se espera dele;
- *comentários abertos*, observações de âmbito geral capazes de direccionar a interacção e encorajar o cliente a prosseguir;
- *redução da distância*, entre enfermeiro e cliente transmitindo a mensagem de que o enfermeiro quer estar próximo do cliente;
- *consideração*, reconhecimento da importância do cliente na interacção;
- *recapitulação*, validação da interpretação da mensagem por parte do enfermeiro ao cliente;
- *reflexão*, remeter ao cliente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas;
- *clarificação*, pede *input* adicional ao cliente por forma a compreender a mensagem recebida;
- *validação consensual*, demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidos pelo cliente;
- *focalização*, questões ou afirmações com o intuito de ajudar o cliente a desenvolver uma ideia;
- *síntese*, revisão através da qual é feita uma constatação dos principais temas discutidos durante a interacção;
- *planificação*, decisão mútua relativamente à finalidade, direcção, etc. das interacções futuras.

Diogo (2000) salienta a importância do saber ouvir, ao referir que “(...) é uma técnica de comunicação terapêutica bastante eficiente para oferecer apoio.” (p. 16). Esta técnica requer concentração, disponibilidade e reflexão de forma a compreender a mensagem, tanto através da comunicação verbal como da não-verbal.

Em contraste com o anteriormente referido, existem as técnicas de comunicação não terapêuticas, ou seja, as que dificultam a interação enfermeiro/cliente e consequentemente a implementação do processo de enfermagem (Riley, 2004^b). Destas salientamos:

- *não escutar*, em que o enfermeiro coloca as suas necessidades acima das necessidades do cliente;
- *colheita inadequada de dados*, ao se seguir rigidamente o formulário, podemos não estar a explorar dados importantes para a prestação de cuidados individualizados ao cliente;
- *julgar*, aprovando ou reprovando os relatos do cliente;
- *aconselhamento*, negando ao cliente a palavra como parceiro na tomada de decisão;
- *responder com estereótipos*, ao utilizar expressões verbais banais e sem significado, o enfermeiro nega o significado da comunicação ao cliente.
- *paternalismo*, coloca o enfermeiro num plano superior, evidenciando condescendência em relação ao cliente.

O recurso a estas técnicas de comunicação não terapêutica prejudica a relação de ajuda e, consequentemente, a prestação de cuidados em parceria.

2. PAIS PARCEIROS NO CUIDAR

Até 1930 aproximadamente, antes da Segunda Guerra Mundial, o recém-nascido, em especial o prematuro, era afastado dos pais por se acreditar que o isolamento era o mais importante na prevenção de infecções. Os pais eram considerados uma ameaça para o bebé prematuro. Nesta filosofia a assistência na saúde era centrada no bebé (Lima, Rocha & Scochi, 1999; Martínez, Fonseca & Scochi, 2007). Após a Segunda Guerra Mundial, vários estudos concluem que a presença dos pais junto ao recém-nascido, em especial ao prematuro, é benéfica, sendo ainda identificados os efeitos provocados na criança quando esta não é cuidada pelos seus pais (Lima *et al.*, 1999). Assiste-se a uma alteração do modelo tradicional em que os cuidados eram centrados no bebé, para cuidados centrados na família na qual os pais participam nos cuidados prestados ao seu filho (Martínez *et al.*, 2007).

Actualmente, e tendo por base diversos estudos, as próprias directivas internacionais relativas ao internamento de crianças, valorizam a presença dos pais e enfatizam a sua participação nos cuidados prestados aos seus filhos. Isto é possível constatar, por exemplo, na Carta da Criança Hospitalizada, a qual surge como resultado do esforço da Associação Europeia da Criança Hospitalizada (EACH), e cujo objectivo visa humanizar os serviços de atendimento à criança (Jorge, Fonseca & Santos, 2004). No entanto, acredita-se que o esforço desta Associação em humanizar os cuidados, só terá resultados se “(...) as atitudes e comportamentos dos profissionais, o seu conhecimento sobre as necessidades das crianças, o seu respeito pelos direitos das crianças e famílias (...) [levarem] à reflexão e à organização dos cuidados e dos serviços de forma mais adequada à criança” (p. 3).

Em 2004, Lisboa recebeu a 8ª Conferência desta Associação cuja temática foi “Os Cuidados Neonatais Centrados na Família”. O facto deste ser o tema central da conferência torna claro a crescente preocupação nas necessidades da criança recém-nascida hospitalizada e sua família (Jorge *et al.*, 2004).

O cuidado centrado na família

Relembremos a importância de se cuidar a criança para além do seu corpo biológico adoecido, atendendo de igual modo à sua dimensão psíquica, social e espiritual (Silva, Kirschbaum & Oliveira, 2007). Contudo, com a preocupação de englobar todas estas dimensões no cuidado que presta à criança, o enfermeiro, muitas vezes esquece a

família. A presença da família durante o internamento da criança e o seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho é tanto uma necessidade, como um direito (Jorge, Fonseca & Santos, 2004).

É no entanto, importante reconhecer que também a família se encontra fragilizada e, portanto, também necessita de ser cuidada (Andraus, Minamisava & Munari, 2004; Silva *et al.*, 2007). O internamento de uma criança afecta a dinâmica funcional da família e a sua segurança emocional, por diversos motivos, dos quais salientamos: “(...) medo do desconhecido, da qualidade do tratamento, da dor, da morte, de prováveis dificuldades económicas; falta de tempo para se dedicar à criança; preocupação com os demais filhos que permanecem em casa (...)” (Andraus *et al.*, 2004, p. 204).

Num estudo efectuado por Hallström, Runesson e Elander (Andraus *et al.*, 2004) foram identificadas nove áreas de necessidades relatadas por pais de crianças hospitalizadas:

- *necessidade de segurança*, referente à competência dos cuidadores (ser tratado com respeito e receber cuidados individualizados), organização do trabalho (continuidade do cuidado, bom planeamento, ambiente calmo e pequeno tempo de espera) e à alta (serem ouvidos e capacitados para cuidar da criança);
- *necessidade de segurança da criança*, relativo à identificação e satisfação das suas necessidades, à protecção da criança e ao desejo de conversar com o médico em particular;
- *comunicação*, importância de ser informado, obter conhecimentos próprios (desejando que as suas informações tenham crédito perante a equipa) e parceria (desejo de participar nas decisões);
- *controle*, monitorizar as condições da criança, obter o tratamento adequado, conhecer a competência da equipa e estar preparado para eventualidades;
- *competência dos pais*;
- *adaptação*, evitar perturbações (inclui evitar perturbar a equipa e ocultar sentimentos), satisfazer a equipa (cumprindo as suas instruções e persuadindo a criança a aceitar os procedimentos necessários);
- *família*, implica gerir as saudades de casa, o cuidar dos irmãos e planear a alta;

- *assistência*, delegar responsabilidades quando não é capaz de participar nos cuidados à criança, deixando que os profissionais cuidem dela, inclui também o expressar a sua necessidade em ficar sozinho e o espírito comunitário;
- *satisfação das necessidades práticas*, como a alimentação, sono, transporte.

Assim, é fundamental que em Pediatria o cuidado seja centrado na família. Os cuidados prestados aos pais são, essencialmente, cuidados de atenção, conseguidos através da relação de ajuda, com vista a satisfazer as necessidades supra mencionadas, e incluem, essencialmente “(...) anotar cuidadosamente suas observações, colocá-los à vontade e ouvir até ao fim suas preocupações, colaborando no provimento dos recursos emocionais necessários para ajudar seu filho.” (Andraus *et al.*, 2004, p. 205).

2.1 – CUIDAR EM NEONATOLOGIA

Botelho (2001) esclarece que até “(...) aos meados do século passado, os bebés nascidos antes do termo eram designados de “fracalhões” ou então de “débeis congénitos” e invariavelmente eram abandonados, morrendo sem qualquer intervenção ou recurso terapêutico.” (p. 67). Só em finais do século XIX, mais precisamente em 1884, em Liepzig, é que se começa a designar de recém-nascido prematuro o bebé que nasce antes do tempo, e se desenvolvem as primeiras estratégias terapêuticas direccionadas especificamente a estes bebés.

Na realidade, foi com o reconhecimento dos problemas específicos dos recém-nascidos que surgiu a Neonatologia. Esta é uma área da medicina que abrange os primeiros 28 dias de vida do bebé, sendo o recém-nascido prematuro um dos clientes mais frequentes numa Unidade de Neonatologia. Segundo Gomes-Pedro (1985), as bases teóricas da neonatologia surgem do trabalho de Pierre Budin. Este foi responsável pela criação da primeira Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em Paris, no Hospital de Port Royal (Botelho, 2001). Pierre Budin defendia a importância do prematuro permanecer junto da mãe durante o seu internamento no hospital, sob o risco de se conseguir salvar o bebé, mas de se perder, eventualmente, a mãe (Gomes-Pedro, 1985). Posteriormente, com o contributo da engenharia à medicina, surge todo um apoio tecnológico, essencial à sobrevivência do prematuro, nomeadamente a incubadora, a monitorização cardiorespiratória e o apoio ventilatório, entre outros. Perante todo este apoio tecnológico,

o bebé prematuro perde-se como ser social e a sua dimensão inter-relacional com a sua mãe fica esquecida. Os cuidados dirigidos a este bebé tornam-se mecanizados e estandardizados, desvalorizando-se a importância de prestar cuidados individualizados a cada recém-nascido. Os cuidados prestados tornam-se cada vez mais especializados e com um intuito curativo. Deste modo, desvaloriza-se igualmente a importância da mãe em todo este processo de cuidar. Consequentemente, quando é permitido à mãe participar nos cuidados prestados ao seu filho, observam-se síndromes de privação e de falta de confiança por parte destas.

As primeiras Unidades Neonatais, em Portugal, começaram a desenvolver-se nos finais da década de setenta (Pacheco, 2001). Os progressos nesta área evoluíram de tal forma, que actualmente as colocam ao nível das unidades congéneres do mundo.

2.1.1 – Nascer Prematuro

O nascimento é um acto natural, e quando “(...) tudo corre bem, (...) pode tornar-se um momento mágico de encontro e comunicação (...) que permite estabelecer um contacto íntimo de boas vindas” (Oliveira, 2001, p. 2). No entanto, tal como mencionam Waechter e Blake (Martins, 1999), uma mãe perde dias ou semanas de preparação física e mental, quando dá há luz um bebé prematuro. Não só ainda não aceitou totalmente a ideia de que vai ter um filho, como para além disso, é-lhe apresentada uma criança demasiado pequena e magra, muito diferente da criança ideal que ela imaginou.

O recém-nascido prematuro, ao ser separado bruscamente de sua mãe, fica privado de tudo aquilo que um bebé nascido a termo recebe ao nascer, no que se refere aos cuidados parentais, pois necessitará de procedimentos invasivos. Assim levará mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente a sua voz, ficando também privado do contacto pele com pele, de carinhos e afagos (Brasil, 2002). Durante este período em que mãe e bebé

(...) se deveriam estar a conhecer e a interagir entre si, o bebé encontra-se (...) numa autêntica luta pela sobrevivência, (...) essencial para ele, (...) [sendo] privado de contacto humano, ligado a tantas máquinas, “remexido” por médicos, enfermeiros, técnicos, (...) perdendo todo o tempo que é necessário para a vinculação entre ele e sua mãe/pai (Costa, 2003, p. 17).

É difícil encontrar a determinação da causa dos nascimentos prematuros. Diferentes autores referem existir um conjunto de condições que podem contribuir para um parto prematuro, tais como: idade materna inferior a 16 anos ou superior a 35,5 anos; má nutrição; classe sócio-económica baixa; raça negra; maior actividade materna; parto prematuro anterior; gravidez múltipla e/ou muito seguidas; incompatibilidade feto-pélvica, anomalias uterinas; placenta prévia; ruptura prematura das membranas; doença aguda ou crónica da mãe; polihidrâmnios; pré-eclâmpsia; gravidez mal ou não vigiada; oligoâmnios; infecções urinárias; infecções febris frequentes; traumatismo pró acidente; stress mental e físico; e o uso de substâncias aditivas como o tabaco, o álcool e a droga (Valente & Silva, [s.d.]; Fuchs & Ylikorkala, 1986; Botelho, 2001; Figueiredo, 2007).

O recém-nascido prematuro

O recém-nascido prematuro é todo o bebé que nasce antes de completar as 37 semanas de gestação, e pode ser classificado de acordo com a sua idade gestacional como prematuro limítrofe, prematuro moderado ou extremo prematuro. É considerado de recém-nascido de muito baixo peso, quando apresenta peso inferior ou igual a 1500 gr. (Bender, 1998; Param, 1999; Rolim & Cardoso, 2006; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007).

Os recém-nascidos prematuros têm um aspecto muito característico, diferente dos recém-nascidos de termo (Jornada Jr, 1997; Bender, 1998). Apresentam um tamanho pequeno com baixo peso ao nascer, cabeça grande e desproporcionada do corpo, pouca massa corporal, veias visíveis sobre a pele, reflexo de sucção e de deglutição reduzido, músculos fracos e actividade física reduzida. A sua pele é fina e lisa, por vezes coberta de lanugo, com aspecto gelatinoso nos recém-nascidos de muito baixo peso; nestes, a orelha tende a ser chata e disforme; a região plantar e palmar são isentas de linhas; não se palpa a glândula mamária; não existe auréola visualizando-se apenas o mamilo; há imaturidade do centro termo-regulador cerebral. Os recém-nascidos do sexo masculino têm poucas rugas escrotais, e os testículos encontram-se na cavidade abdominal ou nas regiões inguinais. No sexo feminino, os grandes lábios encontram-se pouco desenvolvidos e o clítoris é proeminente.

Nas primeiras semanas de vida, o prematuro enfrenta diversas complicações, a nível dos vários órgãos, devido à imaturidade dos mesmos, o que coloca a sua frágil vida em risco. Quanto mais imaturo é o recém-nascido, isto é quanto menor for a sua idade gestacional à nascença, maiores são os riscos iminentes. O ambiente em que o recém-nascido é

colocado quando nasce, contrasta com o ambiente seguro e acolhedor do útero materno, promotor de um desenvolvimento cerebral sadio durante a vida fetal (Jornada Jr, 1997; Bender, 1998; Oliveira, Cunha, Ferreira, Figueiredo, Cadete & Machado, 2008). Ao nascer prematuramente, o recém-nascido é colocado numa Unidade de Cuidados Intensivos essencial à sua sobrevivência, mas repleta de estímulos, como o ruído, a luz excessiva, os equipamentos, os procedimentos dolorosos e os próprios cuidadores, os quais podem, por vezes ser nocivos e criar novos desafios ao desenvolvimento neuropsicológico, neurofisiológico, psicoemocional e psicossocial daquele bebé. Estes estímulos podem ser factores de stress para bebé, facilitando o aparecimento de eventuais sequelas ou agravando o seu desenvolvimento.

Oliveira *et al.* (2008) descrevem as diversas sequelas relacionadas com a prematuridade, e dividem-nas em *major* e *minor*. As *major* são a paralisia cerebral, défice cognitivo, alterações neurosensoriais graves ou disfunções cerebrais; as *minor* caracterizam-se por atraso da linguagem, défice de atenção e hiperactividade, alterações do comportamento, labilidade emocional e perturbação do desenvolvimento da coordenação. Estes autores referem ainda que, mesmo sem qualquer tipo de défice neurológico, estes recém-nascidos têm uma maior incidência de dificuldade de aprendizagem nas áreas da aritmética, vocabulário, concentração, inteligência não verbal e défice de atenção.

As sequelas da prematuridade despertam a nossa atenção, pois são várias e afectam não apenas a criança como também os pais. Figueiredo (2007) refere que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, em consequência das doenças crónicas que dela advêm. Refere ainda que estas crianças apresentam frequentemente um atraso no desenvolvimento, problemas de comportamento e baixo desempenho escolar. Por estes motivos, os seus pais têm mais dificuldades em manter interacções e prestar cuidados adequados, o que pode muitas vezes levar a que estes desenvolvam sintomatologia psicopatológica a nível clínico, como ansiedade ou depressão. Estes motivos tornam estas crianças um grupo de risco em caso de negligência e maus-tratos. Segundo Marques e Sá (2004)

estudos feitos por Klaus e Kennel (1992) (...) nos últimos 20 a 25 anos demonstram que os RN hospitalizados, em particular os prematuros, são frequentemente vítimas de abandono e maus tratos por parte dos pais, ou deixam de se desenvolver sem causa orgânica aparente quando tem alta. As estatísticas não deixam dúvidas: o síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal, do que nos nascidos a termo (p. 34).

São todas estas características que tornam o recém-nascido prematuro tão frágil, e talvez por isso ele fosse considerado como um bebé sem grandes possibilidades de sobreviver.

2.1.1.1 – Cuidados ao recém-nascido prematuro

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

Numa primeira fase, o recém-nascido fica numa incubadora que lhe mantém a temperatura corporal constante, favorecendo-lhe um ambiente extra-uterino o mais adequado possível. Durante todo o internamento, permanecerá com monitorização dos sinais vitais. Poderá necessitar de ventilação mecânica invasiva (efectuado através de um ventilador) ou de ventilação não-invasiva (através do uso de CPAP nasal). Ainda nesta fase inicial, o recém-nascido prematuro é submetido a cateterismo central, de forma a garantir o aporte de nutrientes e líquidos. A alimentação entérica é posteriormente e gradualmente iniciada através de uma sonda orogástrica, dando-se preferência e ênfase ao leite materno (Louzada & Solla, 1997; Bender, 1998).

Entre os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro contemplamos ainda os cuidados de higiene e conforto, tais como o banho (inicialmente dado com compressas humedecidas, dentro da incubadora) e a mudança da fralda, bem como, o acariciar, falar baixinho ou cantar para o bebé, colocar a chucha, ou apenas o estar presente (Barros, 1998; Tamez & Silva, 2002; Macedo, Peixoto, Rodrigues & Guedes, 2004; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

É igualmente importante respeitar o sono destes recém-nascidos, mantendo um ambiente calmo ao seu redor (Bender, 1998; Viana, Guimarães, Maia, Ramos & Mendes, 2005; Rolim & Cardoso, 2006).

Figueiredo (2007) refere, tal como já mencionamos, que durante o internamento, o bebé prematuro fica sujeito a actos médicos dolorosos e a um nível considerável de *stress*,

resultado da estimulação sonora, luminosa e táctil constante, fruto de todo o ambiente circundante.

Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado

No que respeita ao cuidar o recém-nascido prematuro internado, e como forma de reduzir os níveis de *stress* a que este está sujeito, consideramos importante fazer referência à Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (ICNH) (Levin, 1999). Esta surge como complemento ao movimento Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o qual promove a amamentação e consequentemente a permanência continua do bebé junto de sua mãe durante o internamento na maternidade – *rooming-in* – promovendo, deste modo, a relação precoce (Levin, 1999; Vannuchi, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004; Figueiredo, 2007). A IHAC é, actualmente, uma estratégia mundial apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef. Teve início nos finais dos anos 80, início dos anos 90, altura em que os recém-nascidos passam a permanecer junto das mães, ao invés de nos berçários (Levin, 1999). Com este movimento, há necessidade de alterar as rotinas das maternidades de forma a cumprir com os critérios impostos.

Amamentação

A OMS defende a amamentação em exclusivo até aos seis meses de idade, sendo depois complementada com a alimentação diversificada, mas mantendo-se, de preferência, até aos dois anos. Esta organização esclarece sobre as inúmeras vantagens do aleitamento materno⁴:

- Promoção do vínculo afectivo mãe/bebé, o que promove o desenvolvimento mental da criança e o seu relacionamento com outras pessoas, bem como diminui a ansiedade da mãe e aumenta a sua capacitação para cuidar do seu filho;
- É mais facilmente digerido, diminuindo a incidência de cólicas;
- Possui anticorpos e glóbulos brancos que protegem o bebé de certas doenças e infecções;

⁴ www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/en/

- O acto de mamar ao peito melhora a formação da boca e o alinhamento dos dentes;
- Ajuda o útero a voltar ao seu normal e facilita a recuperação do peso da mãe;
- Ajuda a proteger a mãe de diversas doenças, tais como, o cancro da mama, cancro do ovário, osteoporose e anemia;
- Amamentar é prático e económico.

O objectivo dos hospitais que adoptam o programa IHAC é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno pela prática de acções pró-amamentação. Estes devem cumprir três requisitos (González, 2004; Vannuchi, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004):

- Seguir os dez passos;
- Ter uma taxa de aleitamento materno no momento da alta superior a 75% ou 10% superior à média nacional;
- Não aceitar amostras gratuitas de leite artificial.

A Unicef e a OMS descrevem 10 passos para o incentivo do aleitamento materno a seguir:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, 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 bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas, bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou maternidades (Vannuchi *et al.*, 2004, p. 83-84).

É importante salientar que a amamentação não é obrigatória, e que estes passos são direccionados para os profissionais de saúde e não para as mães. Cada hospital deve adequar os passos à sua realidade, estabelecendo uma norma específica, que deve ser efectuada por médicos obstetras e pediatras, enfermeiros e parteiras. Para o sucesso deste programa é fundamental investir na formação dos profissionais de saúde directamente envolvidos (González, 2004; Vannuchi *et al.*, 2004).

No entanto, mesmo com a IHAC verifica-se que as rotinas na unidade de internamento Neonatal de um mesmo hospital mantêm-se por alterar, em especial as dos Cuidados Intensivos. Os recém-nascidos aí internados continuam “(...) privados do contacto constante com suas mães e são alimentados, na melhor das hipóteses, com leite humano de banco” (Levin, 1999, p. 3). Reconhecemos que o leite materno é fundamental para a saúde de qualquer bebé sadio, e que é ainda mais importante para uma criança doente. É por isso que surge a ICNH com vista a enquadrar a IHAC nos cuidados prestados na unidade de Neonatologia.

O leite produzido por mães que deram à luz prematuramente é diferente em termos do aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos, bem como pelo menor risco de presença de contaminantes, ajustando-se às peculiaridades do metabolismo desses bebés. Contém ainda, uma maior concentração de cálcio, sódio e outros nutrientes. Além destes motivos, Vannuchi *et al.* (2004) referem que só após as 34 semanas de gestação é que há transferência de imunoglobulinas através da placenta da mãe, motivo pelo qual o recém-nascido prematuro que nasce antes das 34 semanas, fica privado deste factor protector, essencial, até pelo acrescido risco que estas crianças têm por estarem expostas a um ambiente patogénico como é o de uma Unidade de Cuidados Intensivos. Assim, torna-se fundamental que estas crianças sejam alimentadas com o leite da mãe como primeira opção, ou, em segunda opção, com leite humano proveniente de bancos de leite humano (desde que compatível com a idade gestacional do bebé). Em acréscimo

a todas estas vantagens, salientamos ainda a importância da amamentação de um bebê prematuro para a promoção do vínculo afectivo entre a mãe e o bebê, o qual se encontra em risco pelo internamento deste.

Mas a ICNH não visa apenas promover o aleitamento materno nestas unidades. Ela inclui "(...) terapia agressiva mínima, contacto mínimo entre recém-nascidos doentes e equipe médica e contacto máximo com suas mães (...)" (Levin, 1999, p. 3), devendo reduzir-se ao mínimo o número de testes e exames. Ela promove, igualmente, o contacto pele com pele, através do uso do método canguru, por exemplo, pois acredita que desta forma se cria uma incubadora biológica e assim se favorece a saúde biológica e psicológica da criança no período neonatal tardio (dos 7 aos 28 dias).

Levin sugere 11 passos para a melhoria dos cuidados prestados numa Unidade Neonatal, os quais passamos a citar:

1. Deve-se propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas/dia
2. Cada membro da equipe deve dar atenção a mães e bebês e deve ser capaz de lidar com aspectos psicológicos
3. A equipe deve promover a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada do leite de peito
4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento
5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite materno, a não ser que clinicamente indicado
6. Se o bebê não pode sugar, o leite deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe
7. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo
8. O contacto entre mãe e bebê, pele-com-pele e olho-no-olho, deve ser usado tão logo quanto possível e deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil
9. A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo
10. mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê como também para as necessidades da mãe (inclui um ginecologista e outros especialistas)
11. Durante uma permanência hospitalar prolongada deve-se permitir a visita de familiares sadios (pai, avós, outros que ajudam) à mãe e ao bebê (p. 4).

Este autor refere que, em 1994, ao introduzir esta política numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, conseguiu aumentar o nível de amamentação a recém-nascidos pré-termo para 75-80%, observando-se, de igual modo, uma participação muito mais activa destas mães no cuidado ao seu filho.

Cuidados Desenvolvimentais

A ICNH inclui, certamente, os Cuidados Desenvolvimentais. Este tipo de cuidados surge com o intuito de reduzir o *stress* existente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Oliveira, Cunha, Ferreira, Figueiredo, Cadete & Machado, 2008). Com origem nos anos 80, tem por objectivo promover um desenvolvimento cerebral e comportamental do recém-nascido prematuro o mais saudável possível, de forma a eliminar ou diminuir as consequências negativas advindas de um nascimento prematuro. Estes cuidados incluem diferentes estratégias para modificar o ambiente extra-uterino, visando a redução do ruído e da luminosidade e a diminuição das manipulações ao bebé, promovendo períodos de repouso mais prolongados. Aliadas a estas estratégias devem estar técnicas de massagem, exercícios passivos, posicionamentos, sucção não nutritiva e adopção do método mãe canguru. É igualmente vantajoso associar a estas estratégias programas como o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP).

O NIDCAP é um programa centrado na família que defende que o bebé é capaz de nos transmitir, através do seu comportamento, a informação necessária das suas capacidades, cabendo aos cuidadores perceber quais as medidas necessárias a adoptar para facilitar a aquisição das competências neurocomportamentais (Oliveira *et al.*, 2008). Deriva da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton e visa avaliar cinco áreas do funcionamento neuro-comportamental do bebé: o sistema autónomo, o sistema motor, os estados de consciência, as capacidades de atenção e de interacção e as capacidades auto-reguladoras (Cole, 1995).

Cole realizou um estudo com famílias de cor e com baixos rendimentos cujos bebés prematuros estavam internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Através de avaliações estruturadas ao comportamento do bebé prematuro, com uso da NIDCAP *scale* aliada a outra escala similar também desenvolvida por Brazelton (*Assessment of Preterm Infants' Behavior*), "(...) a mãe era ensinada a observar cuidadosamente os comportamentos do seu bebé e a modificar de forma contingente as suas interacções e ambiente de forma a responder às necessidades de desenvolvimento

do bebé naquele momento.” (p. 240). Os resultados sugerem que este programa “(...) incentivou uma auto-capacidade da parte da mãe para compreender as necessidades de desenvolvimento do bebé e criar um ambiente familiar mais adequado a essas necessidades (...)” (p. 246). Por outro lado, estes bebés aos oito meses de idade aparentam ser mais calmos, isto é, com menos problemas de temperamento, o que pode estar relacionado com a maior capacidade da mãe para os compreender.

Cuidado Mãe Canguru

O CMC, mencionado na ICNH, também conhecido por Método Canguru ou Cuidado pele-com-pele foi implementado pela primeira vez nos finais dos anos 70, início dos anos 80, em Bogotá, na Colômbia, pelos pediatras Edgar Rey e Hector Martinez, como solução à superlotação das unidades neonatais e consequente taxa de infecção hospitalar elevada (Valente & Silva, [s.d.]; Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburlini, 1998; Lamy, Gomes, Gianini & Hennig, 2005). Após a sua aplicação, verificou-se de imediato uma diminuição da taxa de mortalidade deste grupo de crianças, de 70% para 30%.

Este método é definido por Cattaneo *et al.* (1998) como o

(...) contacto pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo (conforme as circunstâncias permitam) entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo-peso (...), no hospital e mantido após alta precoce (dependendo das circunstâncias) até pelo menos 40 semanas de idade gestacional pós-natal, de forma ideal com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado (p. 6).

Pode ser aplicado a recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, independentemente do seu peso. Deve durar o máximo de tempo possível, não devendo este ser inferior a 1 hora, por forma a evitar o excesso de manipulações ao bebé. São muitos os benefícios, tanto a nível biológico como psicológico, quer para o bebé como para a mãe, como podemos verificar em seguida (Valente & Silva, [s.d.]; Cattaneo *et al.*, 1998):

- Aumento do contacto e facilitação da vinculação pais-bebé;
- Promoção da amamentação;
- Controlo térmico do recém-nascido;

- Aumento do crescimento físico do bebé;
- Diminuição do tempo de choro e da irritabilidade;
- Conforto e segurança por ouvir os batimentos cardíacos do progenitor;
- Melhor organização dos estados de sono/vigília;
- Acréscimo dos estados de sono profundo;
- Diminuição das pausas respiratórias e apneias;
- Aumento dos níveis de oxigénio;
- Redução do número de bradicardias;
- Permite uma adaptação mais rápida à vida extra-uterina;
- Contribui para uma humanização da assistência neonatal;
- Aumenta a competência e confiança materna;
- Incentiva a adaptação e evolução da família de um recém-nascido pré-termo;
- Diminuição do tempo de internamento.

Das vantagens apresentadas, Cattaneo *et al.* (1998) e Lamy *et al.* (2005) salientam o calor maternal que promove o controlo térmico do bebé, a promoção da amamentação e o aumento da competência e confiança da mãe, com especial benefício para mães adolescentes e/ou com factores de risco sociais.

Para iniciar uma sessão de CMC, sugere-se que os pais lavem a zona do peito e vistam uma roupa com decote em V ou com abertura pela frente, de preferência até à cintura. As mães devem retirar o soutien. O bebé deve estar em contacto ventral seguro, apenas de fralda, touca e botas, em posição vertical ou semi-obliqua entre as mamas da mãe e a temperatura da sala deve ser igual ou superior aos 20°C. Se necessário, pode ser colocado um cobertor por cima das costas da criança (Valente e Silva, [s.d.]; Cattaneo *et al.*, 1998).

As contra-indicações estão relacionadas com o estado de saúde crítico do recém-nascido, nomeadamente quando estes não toleram ser colocados e retirados do CMC, motivo pelo qual a sua aplicação deva ser indicada pela equipa médica. A sua implementação implica, no entanto, cinco requisitos:

- Informação e apoio à mãe (inclui uma política hospitalar promotora deste cuidado e apoio psicológico às mães);
- Formação do pessoal de saúde;
- Contacto pele-a-pele e controlo térmico;
- Aleitamento materno;
- Alta hospitalar.

Este método consiste em duas fases, uma hospitalar cujo objectivo principal é preparar pais e bebé para a alta e outra posterior que consiste na continuação do método em casa. Na fase hospitalar, a que Lamy *et al.* (2005) denominam de apego, dá-se especial atenção ao aleitamento materno, ao reconhecimento de sinais de alerta do bebé e à alta precoce. No que respeita à alta hospitalar, os estudos mencionados referem que esta pode ser dada a crianças com peso de 1500 grs. ou menos, de acordo com: o estado de saúde do bebé; a competência da mãe para cuidar da criança e o seu compromisso em manter o CMC em casa até, pelo menos, às 40 semanas de idade gestacional corrigida; e um seguimento pós-alta contínuo (Cattaneo *et al.*, 1998).

Massagem e estimulação táctil-cinestésica

Outro cuidado importante é a massagem e a estimulação táctil-cinestésica ao recém-nascido prematuro, ainda durante o seu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos. Actualmente, reconhece-se a importância da massagem para o crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro (Figueiredo, 2007; Valente e Silva, [s.d.]). Ao nascer prematuramente, o bebé fica exposto a todo um conjunto de estimulação sonora, luminosa e táctil que contrastam com o ambiente tranquilo e estimulação suave do útero materno ou dos cuidados directos de sua mãe. Os benefícios da terapia de massagem na Unidade Neonatal tornam-se mais significativos quando esta é aplicada a recém-nascidos

prematuros clinicamente estáveis com pesos de nascimento entre os 900 e 1500 grs.; a prematuros com mais complicações médicas associadas; a prematuros expostos a cocaína ou ao vírus da imunodeficiência adquirida durante a gestação, revelando-se através de uma diminuição dos comportamentos de *stress* e aumento do peso e bem-estar físico geral, o que resulta numa diminuição dos dias de internamento.

Várias são as vantagens imediatas associadas a este método, as quais passamos a descrever:

- Redução da sensibilidade tátil e diminuição das dores;
- Ajuda na regulação da irritabilidade extrema;
- Aumenta a quantidade de movimento;
- Beneficia a circulação e a respiração;
- Fornece uma sensação tátil calmante e com prazer;
- Promove o relaxamento e o sono;
- Facilita uma interacção positiva entre o bebé e o prestador de cuidados;
- Promove respostas adaptativas apropriadas ao desenvolvimento, como por exemplo, levar a mão à boca e uma postura flectida;
- Aumenta a obtenção de peso (com igual ingestão calórica);
- Estimula o crescimento e desenvolvimento do bebé;
- Melhora a digestão e o metabolismo (diminuindo as cólicas).

A massagem pode ser efectuada por técnicos ou pelos pais. Neste caso, os pais devem ser orientados para monitorizar cuidadosamente as respostas do seu bebé a cada novo toque, adequando a sua intervenção (Valente e Silva, [s.d.]).

Esta terapia deve obedecer a um protocolo, com duração máxima de 15 minutos e que envolve duas fases:

Seis movimentos sucessivos de massagem com pressão moderada de cada uma das seguintes partes do corpo do bebé, posicionado de

barriga para baixo: cabeça, ombros, costas, pernas e braços; seguido de estimulação cinestésica que implica seis vezes a extensão e retracção em movimentos suaves dos braços e pernas (isoladamente e seguidamente em simultâneo) do bebé, posicionado de barriga para cima (Figueiredo, 2007, p. 31-32).

Em acréscimo a todas as vantagens já mencionadas, temos ainda que valorizar a própria componente da técnica em si, como sendo promotora da relação pais-bebé: contacto pele-com-pele, contacto visual, sorriso, sons calmos, carícias, cheiro, responsabilidade e interacção.

Também a médio-prazo, aos quatro e seis meses de idade, se mantiveram os efeitos benéficos relativamente à manutenção do aumento de peso e ao nível da densidade e conteúdo mineral dos ossos. Outros estudos apontam ainda para um

Melhor desempenho em provas de comportamento e desenvolvimento neonatal (...) – ao nível motor, da habituação e da orientação social, menor variação nos estados comportamentais e maior actividade (...); menor excitabilidade e menos comportamentos de stress (...); menos tempo de sono e menor sonolência (...) benefícios ao nível da interacção mãe-bebé (...) e decréscimos na sintomatologia psicopatológica dos pais (...) (Figueiredo, 2007, p. 31).

O reconhecimento da importância da massagem na Unidade Neonatal faz-se pelo seu ingresso nos planos curriculares dos actuais cursos de pós-graduação em enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatais, pois acredita-se que esta deve ser uma prática de rotina nessas unidades.

Procedimentos dolorosos e o seu alívio

Em 2003, a Direcção-Geral da Saúde considerou a dor o quinto sinal vital, orientando que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, proceda à sua avaliação e ao registo dos efeitos da terapêutica (Batalha, Santos & Guimarães, 2007). Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os recém-nascidos estão expostos a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos. Segundo estes autores, estima-se que em média cada recém-nascido sofra cerca de oito a dez eventos dolorosos por dia.

Actualmente reconhece-se que o recém-nascido não só é capaz de sentir dor, como é hiperálgico. Isto porque, tal como explicam os mesmos autores, os “(...) seus três

principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão presentes e funcionais à 24^o semana de gestação, contrariamente ao seu sistema inibidor, ainda indiferenciado aos três meses de vida.” (p. 145). Por outro lado, esta maior sensibilidade e vulnerabilidade à dor ocorre num momento em que o desenvolvimento do sistema nervoso é maior, provocando alterações a nível das conexões neuronais, o que pode, em idades posteriores, e tal como confirmam vários estudos, dar origem a: aumento da sensibilidade, tendência para somatizações, alterações do esquema corporal, regressões, dificuldades de coordenação, alterações alimentares, comportamentais e outras. Por estes motivos, concordamos com Oliveira, Cunha, Ferreira, Figueiredo, Cadete e Machado (2008), ao afirmarem que tudo indica que a dor repetida actue como um factor de citotoxicidade e de lesão neuronal. É portanto, fundamental, avaliar e tratar a dor no recém-nascido, quer seja de termo ou prematuro.

Existem várias escalas para avaliar a dor no recém-nascido, como a *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), a *Neonatal Face Coding Scale* (NFCS), a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) e a *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN) (Rocha, Proença, Fernandes, Matos & Costa, 2004). Optámos por descrever a EDIN, por ser a escala utilizada da Unidade de Cuidados Neonatais onde o nosso estudo foi efectuado (Gomes, 2006). Esta caracteriza a intensidade da dor em:

- 0 pontos – sem dor;
- 1-4 pontos – dor ligeira;
- 5-8 pontos – dor moderada;
- 9-12 pontos – dor intensa;
- 13-15 pontos – dor muito intensa (Batalha *et al.*, 2007, p. 146).

O seu registo faz-se pela avaliação do comportamento do recém-nascido, através da observação do seu rosto, corpo, sono, interacção e reconforto. Assim temos:

- *Rosto*: 0-rosto calmo; 1-caretas passageiras (sobrancelhas franzidas/lábios contraídos/queixo trémulo); 2-caretas frequentes, marcadas ou prolongadas; 3-crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou acinzentada;
- *Corpo*: 0-corpo calmo; 1-agitação transitória, geralmente calmo; 2-agitação frequente, mas acalma-se; 3-agitação permanente (crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel);

- *Sono*: 0-adormece facilmente, sono prolongado, calmo; 1-adormece dificilmente; 2-acorda espontânea e frequentemente, sono agitado; 3-não adormece;
- *Interacção*: 0-atento; 1-apreensão passageira no momento de contacto; 2-contacto difícil, grito à menor estimulação; 3-recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem menor estimulação;
- *Reconforto*: 0-sem necessidade de reconforto; 1-acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta; 2-acalma-se dificilmente; 3-inconsolável. Sucção desesperada. (Gomes, 2006, p. 3)

Quando a soma destes itens é inferior a cinco pontos, o que corresponde a dor ligeira, significa que o grau de dor é inferior à necessidade de tratamento. Se for superior, o cuidador deve informar o pediatra assistente para que este decida a eventual necessidade de alguma intervenção farmacológica para tratamento da dor (Batalha *et al.*, 2007).

Há intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o objectivo de tratar e aliviar a dor. As farmacológicas estão dependentes da prescrição médica, e surgem, no caso do uso da EDIN, quando a soma dos itens é igual ou superior a cinco.

Já as não farmacológicas dependem da acção dos cuidadores – os pais e os enfermeiros. Num estudo realizado por Batalha *et al.* (2007) as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros eram:

- Posicionamentos;
- Conforto (balançar, pegar ao colo, colocar a chucha, afagar, conversar com o bebé, entre outras);
- Massagens;
- Ensino aos pais para a sua presença de qualidade;
- Dar glicose ou aleitamento materno;
- Aplicar frio e calor.

Neste estudo, os autores referem que o facto do número de procedimentos dolorosos realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais ser elevado, faz com que estes sejam previsíveis, o que possibilita o planeamento de intervenções preventivas por parte da equipa. Sugerem a realização de pequenos actos como forma de prevenir ou diminuir a dor nestas crianças aquando destes procedimentos, tais como:

(...) ponderar o momento da sua realização; usar técnica com perícia e delicadeza; escolher criteriosamente o material (flexibilidade, tamanho), usar medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, sacarose ou glicose, medidas de conforto gerais), aplicar anestésicos locais e envolver os pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade (p. 149).

As medidas não farmacológicas, propostas pela literatura, incluem a sucção não nutritiva (pelo uso da chupeta), medidas de conforto gerais (mudar de posição, aninhar no berço, ou aconchegar no ninho, manter a posição de flexão, diminuir a estimulação tátil), utilização de soluções de sacarose administradas antes do procedimento doloroso, dar colo ao bebé e/ou utilização do método canguru (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005; Batalha *et al.*, 2007).

Quando abordamos a temática cuidados ao recém-nascido prematuro, é natural que numa primeira fase haja uma perda de competência parental, pois os cuidados prestados pelos pais numa situação dita normal, são substituídos pelos cuidados especializados realizados pelos enfermeiros (Bender, 1998; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos, 2006). Mas, tal como é possível constatar, os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro não englobam apenas os cuidados especializados – os quais Collière (1999) define de cuidados de reparação – embora inicialmente assim o pareçam, pois não podemos desprezar que mesmo que seja só falar ou cantar, estes podem, logo de início, ser cuidados efectuados pelos pais (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

2.1.2. – Vivências dos pais do recém-nascido prematuro

Durante a gravidez e nascimento ocorrem mudanças físicas, sociais e psicológicas que vão desde o aceitar a própria gravidez, até à adaptação do novo papel como pais e ao vínculo entre estes e o recém-nascido (O. Argote & Valverde, 2002). Contudo, o acontecimento de um parto prematuro abrevia este período, fazendo com que os pais se sintam perdidos e incompletos (Brazelton & Cramer, 2004).

Em acréscimo a estes sentimentos, surgem muitas vezes complicações físicas associadas à imaturidade dos órgãos da criança prematura que põem em perigo o ajustamento psicológico dos pais. Ainda segundo os mesmos autores, uma criança prematura constitui para os pais mais do que uma surpresa, uma desilusão instalada pela diferença entre a imagem do esperado e a realidade. Esta fase gera confusão, ansiedade, reacção de desespero e frustração, necessitando de uma grande adaptação do casal para ultrapassar com êxito esta situação (Bender, 1998; O. Argote & Valverde, 2002; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos, 2006; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007).

Rosenblatt menciona que, “(...) mais grave ainda, é o confronto que lhes está reservado com um “bebé tecnológico” (“high-tech baby”) – um minúsculo bebé rodeado da mais alta tecnologia” (Botelho, 2001, p. 215).

À medida que o bebé se desenvolve *in útero*, ele começa a ser imaginado através das percepções maternas e paternas e do significado que ambos (pai e mãe) atribuem aos seus movimentos e à evolução da gravidez (Brasil, 2002). As ideias preconcebidas pelos pais sobre as características físicas e da personalidade vão construindo a imagem do bebé que está por vir, o qual se designa de “bebé imaginário”. Este é o bebé imaginado pelos pais nos seus sonhos, pensamentos e percepções, através do modo como estes vivenciam o bebé intra-uterino durante a gravidez.

Para Brazelton e Cramer (2004) a gravidez é composta por três fases, cada uma associada a uma fase de desenvolvimento físico do feto. Numa primeira fase,

os pais adaptam-se à notícia da gravidez, que é acompanhada de mudanças no corpo da mãe, mas não há ainda evidência da existência do feto. Na segunda fase, os pais começam a reconhecer o feto como um ser que irá eventualmente separar-se da mãe, (...) por fim, numa última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo, e o feto contribui para a sua própria *individualização*, através de movimentos, ritmos e níveis de actividade distintos (p. 32).

No momento do parto, o “bebé imaginário” dá lugar ao “bebé real”. Para os pais, é neste momento que os três bebés comparecem, isto é, o filho imaginário e o feto invisível mas real, aparecem ao lado do verdadeiro bebé recém-nascido, que eles podem agora ver, ouvir e acariciar (Brazelton e Cramer, 2004).

Mas perante um parto prematuro, os pais vivem a ruptura do seu projecto que ainda se encontrava em formação, sentindo-se muitas vezes culpados e frustrados, sem que nada possam fazer para o evitar.

Os pais vivenciam uma série de emoções, que vão desde ansiedade, angustia e sofrimento. Estas emoções surgem do nascimento prematuro do bebé, sua admissão em cuidados intensivos, consequente separação pais/bebé e ainda pelo medo que estes têm de o perder. Vários autores mencionam as experiências pelas quais os pais de passam quando o seu filho nasce prematuro.

Wong (1999) refere que numa situação de parto prematuro, os pais podem vivenciar três fases:

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

Brazelton (1995) descreve três reacções possíveis nos pais:

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

Os pais enfrentam várias tarefas psicológicas, antes de se envolverem no seu papel de pais (Param, 1999). Estas incluem:

- *Luto antecipado pela potencial perda de uma criança*, como forma de se protegerem da possibilidade da morte do bebé. Inicia-se no trabalho de parto e dura até que a criança morra ou mostre evidências de que irá sobreviver;
- *Aceitação pela mãe da sua incapacidade de ter tido uma criança saudável e de termo*, demonstra dor e depressão, que persiste até que a criança esteja fora de perigo;
- *Reassumir o processo de relacionamento com a criança*, começa após a recuperação da criança em que os pais iniciam o processo de vinculação que foi interrompido ao nascer;
- *Aprender as necessidades especiais da criança e os seus padrões de desenvolvimento*, os pais compreendem e aceitam a criança como sua, acompanhando-a no seu desenvolvimento;
- *Ajustar o ambiente em casa às necessidades da criança*, os avós e irmãos também reagem ao nascimento de uma criança prematura. Os pais devem adaptar a família à sua menor disponibilidade, uma vez que estão mais absorvidos pelo recém-nascido.

É, portanto fundamental promover a ligação pais/recém-nascido prematuro, de forma a restabelecer o vínculo rompido por todas as condicionantes que envolvem um nascimento prematuro.

Existem cinco passos para a consolidação do vínculo, em caso de nascimento prematuro (Brasil, 2002):

1. A importância dos relatórios médicos;
2. O comportamento diário da equipa de saúde;
3. A observação da interacção entre recém-nascido e o profissional de saúde;
4. O contacto directo entre pais e recém-nascido;

5. A participação nos cuidados diários ao recém-nascido ajudam a consolidar os afectos e a encarar o recém-nascido como realmente é: uma pessoa!

Schubert e colaboradores (Brasil, 2002) comentam que estes passos não são assim tão evidentes para quem observa e que por vezes até se sobrepõem. Eles podem durar minutos, horas ou dias dependendo da experiência vivida dos pais, do estado do bebé e do apoio da equipa de saúde.

2.2 – A PARCERIA DE CUIDADOS EM NEONATOLOGIA

Como já referimos, em Pediatria a família é considerada como a referência fundamental para os cuidados a prestar (Farrell, 1994; Jorge, 2004; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, esta ideia não só é reforçada, como a própria família – pais/bebé – passa a ser o foco dos cuidados, pois a especificidade de toda a situação que envolve o internamento da criança, assim o exige (Batalha, Franco & Matos, 1999; Mano, 2002; Hockenberry *et al.*, 2006).

A necessidade de internamento do bebé prematuro afecta o processo natural de vinculação, ao qual se dá o nome de vínculo ou relação precoce, e que é definido por Klaus e Kennell como uma ligação emocional que liga pais e bebé. Este processo, que tem início durante a gravidez, intensifica-se com o nascimento, sendo a mais importante das ligações humanas. James e Robertson referem haver uma relação directa entre o grau de envolvimento inicial dos pais e a intensidade do vínculo formado, e que a promoção do contacto precoce pais/bebé após o parto, influencia positivamente este processo (Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

Em situação de prematuridade, este contacto deve ser estabelecido o mais rápido possível (Batalha *et al.*, 1999), como forma de tentar evitar o afastamento emocional dos pais a este bebé, afastamento este que surge muitas vezes como forma destes se protegerem do sofrimento que estão a sentir (Brazelton & Cramer, 2004).

Como já mencionamos, numa fase inicial, os pais apresentam dificuldades em formar laços afectivos com o seu bebé prematuro, o que não significa que estes deixarão de existir. Klaus, Kennel e Klaus (2000) demonstram que nas primeiras horas após o nascimento, o primeiro contacto entre mãe e filho marca definitivamente os laços afectivos, influenciando desta forma o futuro desenvolvimento psicológico infantil. É

importante que numa situação de prematuridade os pais consigam superar o medo de ferir ou magoar o bebé (Brasil, 2002).

O facto de poder ver, tocar e cuidar do bebé, contribui para a formação ou fortalecimento dos laços afectivos após o nascimento. Daí a importância dos pais visitarem o bebé o mais cedo possível. Com a primeira visita surge todo um processo de luto do bebé imaginário e considera-se a possibilidade de perda do bebé real. Neste primeiro contacto inicia-se um novo processo de vinculação. Mas visitar apenas não é suficiente, é necessário englobar os pais nos cuidados prestados, desmistificando-os e encorajando a sua colaboração. Estudos recentes apontam que, o acompanhamento dos pais nos cuidados prestados ao seu bebé prematuro e a sua gradual participação nestes contribui para a diminuição da ansiedade e para a promoção da relação precoce (Wolke, 1995; Batalha *et al.*, 1999).

Como referimos anteriormente, surgem nos pais sentimentos de culpa e de incapacidade para cuidar do seu filho (Batalha *et al.*, 1999; Hockenberry *et al.*, 2006). Por outro lado, os profissionais de saúde estão habitualmente tão concentrados nos aspectos físicos de manutenção da vida deste bebé, que chegam a ignorar as suas necessidades emocionais e das suas famílias. A importância de incluir os pais nos cuidados prestados ao bebé muitas vezes não é valorizada, ou simplesmente evita-se o seu envolvimento nos cuidados por se pensar que eles são incapazes, dada toda a tecnologia e a especificidade existente para garantir a sobrevivência da criança.

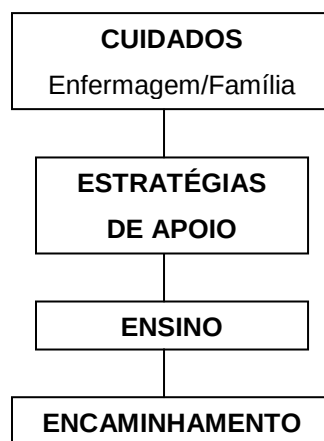
2.2.1 – Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey

Anne Casey desenvolveu em 1988 um modelo de parceria de cuidados a ser implementado aquando da prestação de cuidados pediátricos. De acordo com este modelo, os pais não são visitas, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar (Ferreira & Costa, [s.d.]; Mano, 2002). O referido modelo vai ao encontro da teoria transpessoal de Watson, pois valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho. Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família. A teórica defende que numa primeira fase é importante os enfermeiros desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família (Mano, 2002).

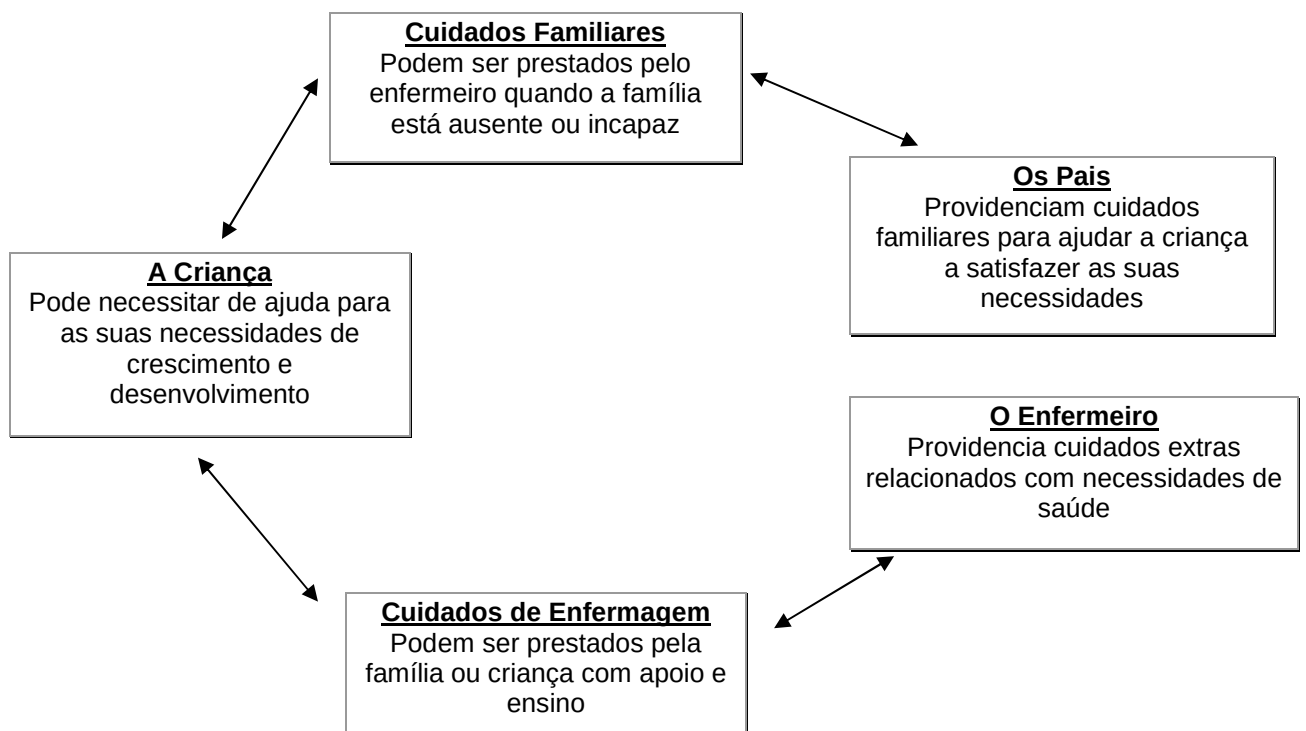
O seu modelo de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico (Farrell, 1994), e defende a ideia de que a

família é capaz e está desejosa por prestar os cuidados à criança, sendo o papel do enfermeiro de supervisão, intervindo sempre que os cuidados sejam mais especializados. A sua aplicação é facilitada pelo método de organização do trabalho em que existe um enfermeiro responsável, o qual planeia e coordena todos os cuidados prestados à criança e sua família.

Nos esquemas 1 e 2 estão representados, respectivamente, o papel do enfermeiro em pediatria e o modelo de parceria de cuidados em pediatria desenvolvido por Anne Casey.



Esquema 1 – Papel do enfermeiro pediátrico segundo o Modelo de Enfermagem "Parceiros nos Cuidados" de Anne Casey. (Adaptado de Casey, 1988 In Ferrell, 1994, p. 28)



Esquema 2 – Modelo de Enfermagem "Parceiros nos Cuidados" (Adaptado de Casey, A. 1993/1994 In Pinto & Figueiredo, 1995)

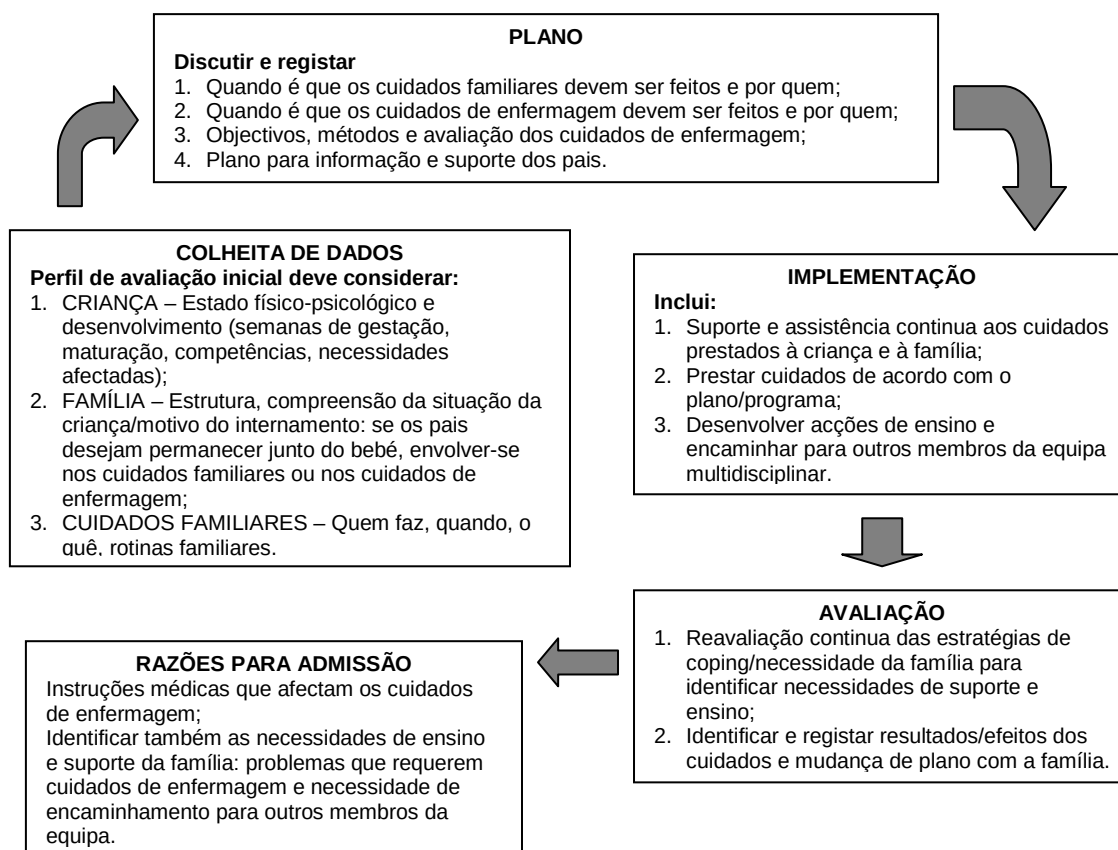
O papel do enfermeiro é o de prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as actividades de cuidados familiares. No entanto, não deve haver uma fronteira fixa, podendo o enfermeiro desempenhar actividades familiares e os pais, eventualmente, desempenharem cuidados mais especializados desde que devidamente orientados e supervisionados. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, a qual se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, pais e enfermeiro. Com o ensino o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que os permitam satisfazer adequadamente as necessidades do seu filho. Pelo encaminhamento o enfermeiro reconhece a importância de recorrer a outros profissionais de saúde ou a outros apoios existentes na comunidade, essenciais para a recuperação total da criança e sua ida para casa (Ferreira & Costa, [s.d.]; Pinto & Figueiredo, 1995; Borges, 2006).

Modelo de Anne Casey adaptado à Neonatologia

Embora fosse inicialmente criado para ser utilizado em Pediatria, é facilmente adaptado à Neonatologia. Assenta num processo de cuidados dinâmico, tendo início com o acolhimento dos pais na unidade de Cuidados Intensivos, o qual requer não só a colheita de informação sobre o bebé e sua família, como também a demonstração da unidade e fornecimento de informação relativa a todo o processo de internamento (Ferreira & Costa, [s.d.]). Segue-se a planificação e execução dos cuidados a prestar ao bebé, esta é negociada com os pais, de acordo com a sua disponibilidade física e psicológica. Numa fase posterior é feita a avaliação dos cuidados prestados, com eventual mudança de estratégias quando necessário, de forma a tornar os pais o mais independentes possível nos cuidados prestados.

Visa, como qualquer outro processo de parceria de cuidados, a preparação para a alta (Batalha, Franco & Matos, 1999; Mano, 2002). Em todo o processo há lugar para a troca de informações e esclarecimento de dúvidas dos pais, bem como para o apoio psicológico, o qual é tão necessário. Há também um grande investimento no ensino aos pais sobre a melhor forma de cuidar do bebé, valorizando a suas crenças e adequando os cuidados a prestar.

No esquema 3 está representado o modelo de parceria de cuidados adaptado à Neonatologia.



Esquema 3 – O processo de enfermagem segundo o modelo de parceria nos cuidados ao bebé pré-termo. (Adaptado de Casey, A., 1993 In Ferreira & Costa, [s.d.])

Quando aplicado à Neonatologia, compreende-se que os cuidados sejam inicialmente prestados pelos enfermeiros devido à situação de fragilidade do bebé prematuro, sendo os pais gradualmente englobados nos cuidados de higiene e conforto, seguidos dos de alimentação e outros (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Há uma passagem gradual dos cuidados prestados pelo enfermeiro para os prestados pela família com o evoluir do internamento e da situação de saúde do bebé.

Todo o processo de cuidar propriamente dito, pelos pais ao seu bebé, tem início com um simples olhar, seguido de um toque envergonhado que lentamente se torna mais seguro e prolongado, e eventualmente de uma voz suave e carinhosa (Barros, 1998; Hockenberry *et al.*, 2006).

É pelos cinco sentidos que o bebé recebe toda uma série de sensações, tanto de insatisfação, como de prazer. De insatisfação, pelo toque, por exemplo, como já foi mencionado, quando lhe são efectuados procedimentos técnicos dolorosos, embora

essenciais à sua sobrevivência; ou pelo ruído provocado pelos inúmeros alarmes de todos os aparelhos a que ele está ligado (Ribeiro, 2003).

Estes estímulos desagradáveis provocam sensações de insatisfação no recém-nascido que podem ser facilmente observadas pela sua expressão corporal de fadiga, tensão e “fechamento”, geralmente caracterizado nos prematuros por punhos serrados, testa franzida, tensão muscular e membros flectidos (Tamez & Silva, 2002). Se conseguirmos que os pais se apercebam que com a sua presença, a sua voz e o seu toque (pelos carinhos e mais tarde pelas massagens), o seu filho consegue relaxar e ter sentimentos de satisfação e prazer corporal, estamos certamente a promover a sua presença junto dele e gradualmente a participação nos cuidados (Jorge, 2004).

Deste modo, e reforçando o que já foi anteriormente referido, está-se a promover a relação precoce e “(...) a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa (...), [garantido] a continuidade domiciliária de cuidados eficazes (...)” (Ferreira & Costa, [s.d.], p. 57), essencial para a qualidade de vida do bebé prematuro.

2.2.2 – Factores condicionantes da prestação de cuidados em parceria

Vários são os factores que podem influenciar a prestação de cuidados em parceria entre pais e enfermeiros ao recém-nascido prematuro. Tentaremos transpor para a Neonatologia os factores apontados por Mano (2002) relativamente à prestação de cuidados em parceria prestados a crianças. Esta autora faz referência a três factores:

- *a relação de parceria*, onde se pressupõe que os pais possuam conhecimentos e adquiram competência e confiança nas suas habilidades para cuidar do seu filho;
- *a cultura organizacional*, que deve promover uma gestão participativa, motivadora e capaz de partilhar informação e conhecimentos que permita englobar todos os enfermeiros em discussões que melhorem os cuidados prestados;
- *o método de organização do trabalho de enfermagem*, a enfermeira de referência, a qual estabelece com os pais uma relação de confiança e permite a descentralização da autoridade dos profissionais para a tomada de decisões, assegurando a continua participação dos pais na planificação dos cuidados prestados.

Andraus, Minamisava e Munari (2004) acrescentam as condições de saúde da criança e o contexto cultural, social e económico em que ela está inserida.

Em acréscimo a estes factores não podemos esquecer que uma unidade de Neonatologia possui características especiais passíveis de influenciar o comportamento dos pais (Tronchin & Tsunehiro, 2005). Estas prendem-se com o equipamento altamente especializado e com as características do recém-nascido prematuro, as quais se relacionam não só com a sua aparência física, sugestiva de fragilidade, como também com a incerteza do seu prognóstico, a qual provoca nos pais medo de criar laços afectivos com o filho, por não saber se este vai sobreviver (Fonseca & Magão, 2007). Também não podemos menosprezar a fragilidade física da mãe, que acabou de dar à luz (Tronchin & Tsunehiro, 2005).

Como constatamos anteriormente, na relação de ajuda estabelecida entre o enfermeiro e os pais do recém-nascido prematuro, interferem as capacidades cognitivas, emocionais e afectivas de ambos os intervenientes. Assim, também as experiências de vida ou profissionais dos enfermeiros, as suas vivências, sentimentos, influenciam a prestação de cuidados realizados em parceria aos recém-nascidos prematuros (Borges, 2005).

2.3 – O ENFERMEIRO DE NEONATOLOGIA

A enfermagem é uma actividade profissional onde predomina a relação interpessoal e em que o enfermeiro lida no seu dia-a-dia com situações de *stress* relacionadas com a situação de saúde/doença da pessoa que cuida (Barros, Humerez, Fakihi & Michel, 2003; Borges, 2005).

O *stress* provoca na pessoa alterações não só de ordem física, como também de ordem psíquica, cognitiva e comportamental, expressando-se tanto nas nossas acções como nos nossos pensamentos (Chaves, Cade, Montovani, Oleite & Spire, 2000). Como resposta ao *stress*, o enfermeiro recorre a estratégias de controlo de *stress*, designadas de estratégias de *coping*, por forma a se readaptar ao ambiente em que se encontra, com o objectivo de reencontrar o bem-estar.

Barros *et al.* (2003) num estudo que realizaram, intitulado “Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar” identificaram diferentes situações geradoras de ansiedade, das quais salientamos as mais apontadas:

- instabilidade/agravamento do estado de saúde;
- competência profissional do médico;
- acidentes e erros na assistência;
- procedimentos de alta complexidade;
- óbito;
- falta de material/equipamento/roupa/medicamentos;
- família do paciente;
- equipa de enfermagem;
- críticas e comentários de terceiros;
- procedimentos de alta complexidade;
- curativos;
- auxílio a procedimentos médicos;
- higiene e conforto;
- admissão/recepção de pacientes.

Nesse estudo, foi pedido aos participantes que mencionassem os mecanismos por eles adoptados para diminuir esta ansiedade, no momento em que se apercebem que o seu nível aumenta. Estes incluíam: desabafar, chorar, estourar, dar uma volta, fingir não ligar, comer, ir à capela e fumar.

Numa Unidade de Neonatologia, o enfermeiro lida continuamente com situações geradoras de *stress*, pois lida com recém-nascidos prematuros, habitualmente com internamentos prologados, desenvolvendo por estes e pelas suas famílias sentimentos e emoções que são fonte de sofrimento. Por outro lado, a alta tecnologia presente nas Unidades de Neonatologia dos países desenvolvidos, exige dos enfermeiros competências técnicas e uma constante actualização de conhecimentos para dar resposta às inovações científicas características de uma Unidade de Cuidados Intensivos (Silva, Kirschbaum & Oliveira, 2007).

Não podemos esquecer porém que o enfermeiro pertence a uma equipa de saúde multidisciplinar, em que cada profissional é possuidor de conhecimentos específicos da sua área e que, enquanto profissional, realiza actividades autónomas e outras interdependentes da classe médica (Ordem, 2003^a). Estas actividades interdependentes são habitualmente de carácter técnico e muitas vezes são consideradas como prioritárias, uma vez que da sua realização depende o desempenho da actividade médica (Silva *et al.*, 2007). Neste contexto, muitas vezes os enfermeiros adoptam o modelo biomédico, valorizando o domínio desta tecnologia e dos procedimentos mais específicos que ela acarreta (Collière, 1999; Novais, 2003), em detrimento dos cuidados de higiene e conforto e de alimentação, os quais passam a ser considerados de menos complexos (Silva *et al.*, 2007).

Em acréscimo, a actual política de saúde ao transformar os hospitais em Empresas Privadas do Estados, pode colocar em risco a prestação de cuidados ao valorizar a gestão financeira, em que tudo deve ser contabilizado, em detrimento dos cuidados prestados, os quais muitas vezes não são registados e consequentemente não são contabilizados. Este facto faz, muitas vezes, com que os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, centrem o seu cuidado nas tarefas, produzindo cuidados centrados na doença que são realizados de forma mecânica e rotineira. Por outro lado, a maioria destes profissionais trabalha por turnos, com todas as consequências que isto acarreta, tanto a nível cognitivo e físico para o enfermeiro, como a nível de rotinas de trabalho da equipa de profissionais (Barros *et al.*, 2003; Silva *et al.*, 2007).

Neste contexto, os cuidados dirigidos à criança são calculados de acordo com as rotinas, sendo realizados em horários pré-estabelecidos, negligenciando a importância de prestar cuidados centrados na família.

No entanto, sendo uma Unidade de Neonatologia, temos de considerar não apenas o recém-nascido internado como também a presença dos pais e os demais cuidados que estes requerem e que nem sempre os enfermeiros estão capazes de prestar. É, portanto, exigido do profissional que este seja forte, e que dê “(...) conta de situações difíceis como a dor tanto física quanto emocional da criança e de sua família, a incerteza do prognóstico e a possibilidade de morte de seu pequeno paciente” (Silva *et al.*, 2007, p. 51).

O trabalho de enfermagem em Neonatologia é, portanto, permeado de conflitos, relacionados com (Silva *et al.*, 2007; Borges, 2005):

- as dificuldades encontradas nas relações com os pais dos recém-nascidos prematuros internados;
- o contacto com a criança prematura e a incerteza do seu prognóstico;
- a constante necessidade de actualização técnica;
- as políticas institucionais.

Assim, torna-se muitas vezes inevitável que este profissional desenvolva mecanismos de fuga. Machado e Jorge (2005) num estudo que realizaram em Campinas, Brasil, intitulado “Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco”, concluíram que este profissional de saúde depara-se com sentimentos de insegurança, impotência e angústia, os quais podem vir a gerar mecanismos de fuga, nomeadamente, o refúgio no quotidiano. O profissional muitas vezes assume um modo impessoal de ser, o qual dita, através da publicidade e do falatório, como ele se deve comportar. Este modo impessoal de agir diz ao profissional para ele não se envolver com o cliente, e para controlar os seus sentimentos e emoções, porque só agindo de forma impessoal é que será competente no seu trabalho.

Outro mecanismo de fuga apontado por estes investigadores relaciona-se com o

(...) medo da responsabilização pelos insucessos, interpretados como fracassos pessoais (...) [levando] à postura de tudo sei e tudo posso e à procura de outros culpados para o fracasso: demais profissionais, situações que fugiram ao seu controle e/ou falta de equipamentos e materiais (p. 202).

Esta postura prejudica tanto a relação enfermeiro/pais/recém-nascido como a relação entre os próprios profissionais. Estes autores defendem que o profissional recorre a estes mecanismos de fuga para assegurar a sua saúde mental, na medida em que ele tenta fugir destes sentimentos e do sofrimento psíquico e emocional que os mesmos geram.

Mencionam ainda a grande dificuldade dos enfermeiros em dar a notícia da morte aos familiares do recém-nascido, referindo que esta está relacionada com o modo de agir impessoal que o profissional adopta como forma de se proteger, e que o faz interpretar de forma impessoal os questionamentos da família. Ou seja, sente-se acusado ou apontado pela família como responsável, o que o faz fechar-se sobre si mesmo e,

consequentemente, avaliar a família como incompreensiva e ingrata pelo trabalho que realizou.

Por último, fazem referência ao papel de mãe muitas vezes desempenhado pelos enfermeiros, quando os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro são de tal forma especializados que não podem ser prestados pelos pais, ou quando, simplesmente, os pais não se encontram presentes. Neste papel, o enfermeiro vivencia uma preocupação constante com a vida daquela criança, sentindo-se como verdadeira mãe, o que o leva novamente à insegurança, angústia e impotência.

Estes autores concluem que ser profissional numa Unidade Intensiva Neonatal, nomeadamente ser enfermeiro, implica um envolvimento com o recém-nascido prematuro que transcende os limites físicos da unidade, e invade a sua vida pessoal e saúde mental.

Borges (2005) no estudo que realizou denominado “O sofrimento dos enfermeiros em Pediatria” indica como situações capazes de agravar o sofrimento dos enfermeiros a idade da criança, o género e desenlace final e o tempo de internamento. Neste estudo, identificaram que os enfermeiros de Pediatria adoptam perante a criança um comportamento de aproximação, dignificando desta forma, a relação humana (base do processo de cuidados em enfermagem). No entanto, como forma de evitar o seu sofrimento e em contraste com o comportamento de aproximação anteriormente mencionado, adoptam como estratégias de *coping*, as centradas na emoção – fuga, racionalização e auto-controlo – e no problema. Salientam a importância do apoio psicológico ao enfermeiro e da formação desenvolvida pela instituição e pela escola como forma de promover o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Referem igualmente “(...) a necessidade da remodelação de enfermarias e a criação de espaços para reuniões com os pais como acrescento para o cumprimento do direito à privacidade.” (p. 125). E, talvez a mais importante, a necessidade de ser valorizado relativamente ao seu desempenho.

II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO – O caminho percorrido

A Enfermagem actual está consciente da importância da investigação para a actualização do seu corpo de conhecimentos. O Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (2003^a) foca a importância do aperfeiçoamento profissional como sendo o caminho para a construção de competências, conseguido através do desenvolvimento pessoal e profissional. É pois, importante, tal como salvaguarda o Artigo 88º do mesmo documento, “(...) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 99). Assim se enfatiza a importância da investigação em Enfermagem, sendo esta uma área fundamental das Ciências Sociais e Humanas.

1. TIPO DE ESTUDO

Tal como refere Streubert (2002^a), “(...) é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.” (p. 3). É pela natureza da profissão de Enfermagem, que se deduz que o tipo de abordagem científica a que recorre se oriente pelo paradigma naturalista (Polit, Beck & Hungler, 2004), uma vez que este paradigma de conhecimentos admite que a realidade não é uma entidade fixa, pois existe dentro de um contexto em que muitas construções são possíveis.

O paradigma naturalista pretende pesquisar atitudes e comportamentos, tentando compreendê-los e eventualmente descobrindo porque surgiram e como podem ser melhorados. É o tipo de investigação adequado às Ciências Sociais e Humanas, onde se enquadra a disciplina de Enfermagem, a qual habitualmente opta pela investigação qualitativa porque para compreender as vivências humanas, é muitas vezes necessário colher e analisar dados narrativos subjectivos (Streubert, 2002^a; Streubert, 2002^b; Polit et al., 2004). Isto faz com que a autenticidade do conhecimento pesquisado seja tanto maior, quanto menor for a distância entre o pesquisador e os participantes. É esta pesquisa que enriquece o corpo de conhecimentos de Enfermagem, permitindo ao enfermeiro adequar os seus conhecimentos à situação particular que se lhe apresenta.

Seguimos o paradigma naturalista onde se enquadra a investigação qualitativa (Polit et al., 2004). Esta caracteriza-se por tentar compreender os fenómenos humanos e sociais (Turato, 2000). Segundo o mesmo autor, neste tipo de pesquisa, o estudo ocorre num *setting*⁵ natural, e o objecto de estudo “(...) são as pessoas ou comunidades em sua fala e em seu comportamento (as “coisas” que acontecem...)” (p. 94). O objectivo é sempre compreender o fenómeno no seu ambiente natural, conhecer os sentidos e significados nele envolvidos e interpretá-los com recurso a uma abordagem indutiva, através da própria perspectiva do investigador.

Tendo em conta a nossa problemática, optamos por realizar um estudo de caso. De acordo com Yin (1994) os estudos de caso são a estratégia preferida quando as questões a serem colocadas são o “como” e “porquê”, quando os investigadores têm pouco controlo sobre o evento e quando o foco do estudo está num fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real. Yin defende que o estudo de caso não é uma técnica de colheita de dados como muitos consideram, mas sim um método de investigação a ser escolhido de acordo com o estudo em causa. Patton (1990) refere que os estudos de caso são essenciais quando se pretende capturar diferenças individuais ou variações

⁵ Palavra utilizada pelo autor, que traduzida significa *cenário* (tradução da autora), mas que optamos por manter por a considerar bem enquadrada.

únicas entre um caso e outro. Um caso pode ser uma pessoa, um programa, um fenómeno, uma organização, um incidente, um determinado período de tempo ou uma comunidade.

Turato (2000) refere-se a fenómeno como todas as coisas culturais, criadas pela prática humana. Assim, reconhecemos como legítimo aplicar esta metodologia ao nosso estudo, pois pretendemos conhecer a prática da parceria de cuidados entre enfermeiros e pais de recém-nascidos prematuros internados numa Unidade de Neonatologia, na perspectiva da experiência do enfermeiro. Consideramos que a parceria de cuidados que ocorre entre as enfermeiras e os pais dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia, onde o estudo se realizou, recebe as interferências culturais da comunidade onde se insere e não só, o que pode influenciar tanto a experiência dos enfermeiros como a dos pais, o que faz desta parceria um fenómeno particular.

Os estudos de caso podem ainda ser descritivos, exploratórios e interpretativos (Yin, 1993). O nosso estudo é exploratório e descritivo. Exploratório porque procura explorar como o fenómeno se replica, tendo em conta os seus aspectos em comum, ao mesmo tempo que procura responder às questões do investigador; descritivo porque apresenta uma descrição completa do fenómeno num determinado contexto.

Podemos ainda classificá-lo como estudo de caso simples, pois concentramo-nos em apenas um foco de estudo, num determinado local, num determinado período de tempo (Yin, 1993; Bogdan & Biklen, 1994). Ainda segundo Bogdan e Biklen consideramo-lo um estudo de caso de observação, onde o foco do estudo se centra num aspecto particular de uma determinada organização: *os cuidados realizados pelos enfermeiros aos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia em parceria com os seus pais*. No entanto, não podemos deixar de salientar que ao escolhermos um foco específico para estudo, corremos o risco de estar a fragmentar o todo onde ele está integrado. É portanto fundamental que enquanto investigadores tentemos manter a relação da matéria com o todo, mesmo sentindo necessidade de a delimitar.

Em todo o estudo, tivemos a preocupação em manter a cientificidade, através da credibilidade dos dados colhidos, da validade da análise dos dados e da fidelidade de todo o caminho percorrido durante a sua realização (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008).

Relativamente à credibilidade dos dados, e tal como mencionamos anteriormente, após a transcrição das entrevistas, validamos a interpretação do seu conteúdo com os participantes.

A validade das categorias efectuou-se com recurso a dois elementos externos, a orientadora e a co-orientadora do estudo.

Por último, salientamos a fidelidade do estudo, ao descrevermos pormenorizadamente os passos e procedimentos a que recorremos para realizar o mesmo.

Deste modo, pensamos conseguir apresentar uma transparência de todo o processo, assegurando o seu rigor científico.

2. CARACTERIZAÇÃO E ACESSO AO CAMPO DE ESTUDO

Segundo Burgess (2001), o local onde se realiza o estudo pode ser escolhido porque nele há pessoas que querem cooperar, porque a situação que nele ocorre é conveniente para o investigador e porque o investigador tem contactos já estabelecidos neste local. Deste modo se justifica o facto do estudo se realizar no local onde o investigador exerce a sua actividade profissional, pois consideramos que o facto de exercermos a nossa actividade profissional no local de estudo, facilita o nosso acesso ao campo e aos participantes.

O estudo foi efectuado na Unidade de Neonatologia de um Hospital Central. Esta Unidade foi criada em 1970, tendo sido uma das primeiras Unidades de Neonatologia do nosso país. Desde 1997 ocupa as actuais instalações, no 2º piso, na ala poente deste hospital, ao lado do Serviço de Obstetrícia (Hospital, 2006^a).

Embora faça parte do Serviço de Pediatria, tem instalações, equipa de enfermagem, equipa de auxiliares de acção médica e secretária próprias. A equipa médica pertence ao quadro clínico do Serviço de Pediatria, pois os médicos que exercem actividade nesta unidade, têm também outras funções no Serviço de Pediatria, nomeadamente no Serviço de Ambulatório de Pediatria, na Urgência Geral de Pediatria e na Unidade de Internamento de Pediatria Geral (Hospital, 2006^a).

É considerada uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciada, prestando cuidados intensivos neonatais a toda a Região, onde nascem cerca de 3500 nado-vivos/ano. Recebe fetos transferidos *in-utero*, com idade gestacional inferior a 36 semanas provenientes de outras 2 Maternidades; ou recém-nascidos transferidos por helicóptero provenientes de toda a Região, com necessidade de cuidados intensivos neonatais. Presta também cuidados intermédios e de pré-alta a todos os recém-nascidos provenientes dos Serviços Bloco de Partos e Obstetrícia, o que perfaz cerca de 2000 nado-vivos/ano, e a todos os recém-nascidos admitidos pela Urgência Geral e Ambulatório de Pediatria. A referida Unidade presta, assim cuidados a todos os recém-nascidos em idade neonatal (o que inclui recém-nascidos até aos 28 dias de vida), bem como a crianças com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, com idade até 1 a 2 anos e peso inferior a 12 kg (Hospital, 2006^a).

Esta Unidade dispõe de 5 salas de internamento, estando as 3 primeiras em continuidade física e sem possibilidade de isolamento e as outras 2 desenhadas para situações com necessidade de isolamento físico. A sala 1, com 3 postos, destina-se ao internamento de crianças vindas do exterior, sem patologia infecciosa de contágio respiratória e quando as salas de isolamento já estejam ocupadas. A sala 2 possui 5 postos, mas

preferencialmente são apenas usados 4, destina-se ao internamento de recém-nascidos com necessidade de cuidados intensivos neonatais. A sala 3 é a que apresenta maior espaço físico, com capacidade para 7 berços e/ou incubadoras, e destina-se a internamentos em cuidados intermédios ou de pré-alta de recém-nascidos vindos dos Cuidados Intensivos Neonatais. A sala 4, possui 4 postos e é habitualmente utilizada em situações epidémicas de bronquiolites ou de gastroenterites agudas com necessidade de isolamento, possui, no entanto, uma porta que se pode abrir, permitindo a continuidade com a sala 3, a ser usada em situações de maior número de internamentos em cuidados intermédios ou de pré-alta. A sala 5 é um quarto de isolamento, que se desdobra em 2 posto destinados a recém-nascidos com necessidade de isolamento ou em 1 posto destinado a cuidados intensivos pediátricos.

A unidade dispõe ainda de zonas de apoio, a quais passamos a citar: sala de trabalho de Enfermagem; gabinete médico para o Chefe Clínico (não se denomina Director Clínico porque este tem o seu gabinete na Unidade de Internamento de Pediatria), gabinete da Chefe de Enfermagem, sala de reuniões, sala de desinfeção de incubadoras, rouparia, quarto de descanso para o médico de urgência, vestiários, sala para despensa/armazém geral; sala para armazenamento de material; gabinete da Secretária; arrecadação onde se encontra o aparelho de gasimetria; zona de sujos; copa de pessoal; 3 casas-de-banho (anexo 1) (Hospital, 2006^a).

Para aceder ao campo de estudo, foi inicialmente contactada, de forma informal, a Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia e o Director de Serviço da Pediatria. Posteriormente, foi efectuado um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital (anexo 2), o qual foi deferido.

3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A nossa população foi constituída pelos elementos da Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia que cumpriam os seguintes critérios:

- prestavam cuidados directos;
- não estavam a realizar o estudo de investigação;
- devidamente informados, aceitaram participar neste estudo.

No início do estudo, foi explicado aos sujeitos o estudo em causa e seus objectivos, obtendo-se deste modo o consentimento livre e esclarecido de cada um deles (anexo 3). Destes, efectuamos a Observação Participante a 10 sujeitos, de acordo com o que pretendíamos observar. Assim, podemos classificar a nossa amostragem de intencional uma vez que incluímos no nosso estudo os participantes cujos cuidados prestados se mostravam relevantes observar, tendo em conta os nossos objectivos (Streubert, 2002^b).

Numa fase posterior, quando regressamos ao campo para realizar as Entrevistas Semi-estruturadas, apenas participaram 8 sujeitos. Este decréscimo em 2 sujeitos resultou do facto de um dos participantes deixar de pertencer à equipa por se ter reformado e da recusa de outro participante em realizar a entrevista.

Efectuamos uma caracterização dos participantes de forma generalizada e não detalhada, sob o risco destes serem facilmente identificados. Assim, optamos por nos concentrar em aspectos gerais, tais como idade, tempo de profissão, tempo no serviço e categoria profissional. Relativamente à categoria profissional, salientamos que apenas uma das participantes era especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo as restantes Enfermeiras generalista. Os restantes dados estão apresentados na tabela 1. Os participantes eram do sexo feminino, as suas idades oscilavam entre os 33 e os 55 anos; o tempo como profissionais de enfermagem variava entre os 11 e os 31 anos; exerciam funções naquela unidade com tempo variável entre 1 ano e 30 anos.

Idade	Tempo em anos	Nº de enfermeiras
	33	1
	36	1
	37	2
	38	1

	43	1
	48	2
	52	1
	55	1
Tempo de profissão	11	2
	13	1
	14	2
	22	1
	25	1
	27	1
	30	1
	31	1
Tempo no serviço	1	1
	6	2
	8	3
	10	1
	18	1
	22	1
	30	1

Tabela 1 – Caracterização das participantes

Os dados referentes aos recém-nascidos prematuros a quem foram realizadas as Observações Participantes, estão apresentados na tabela 2, fazendo referência aos seguintes itens: *idade gestacional da criança à nascença*, *idade actual*, *peso* e *observações*. É importante salientar que o item *idade actual* coincide com o *tempo de internamento* da criança. O item *observações* inclui *internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)/internamento em cuidados intermédios (CInt)*, *incubadora (Inc.)*/berço, *alimentação por sonda em declive (SD)* e/ou *alimentação por tetina (T)*, *fototerapia*, *presença de cateter venoso central (CVC)/soro em veia periférica (SVP)*, *presença de eléctrodos (Elect.)*. Salientamos que nenhuma destas crianças estava conectada a ventilador ou a CPAP, nem estava com O₂ suplementar livre na incubadora.

Não foi nossa intenção que tal facto acontecesse, no entanto, os cuidados prestados em parceria com os pais de recém-nascido prematuro ventilado, em CPAP ou simplesmente com O₂ suplementar, não ocorreram nos momentos em que as nossas observações foram realizadas.

Colocamos estes dados por acreditarmos que a prestação de cuidados em parceria com os pais destas crianças pode ser influenciada por estes factores. Cada criança foi identificada com um nome de anjo. Por existir um número de recém-nascidos prematuros reduzido, em algumas situações mais do que uma observação foi efectuada à mesma criança. Apresentamos estes dados em tabela, colocando a identificação da Nota de Campo e o nome fictício da criança, pois consoante a data em que foi efectuada a observação, os dados relativos ao peso, idade e restantes itens contemplados nas observações, alteraram-se.

Nota de Campo (NC)	Bebé Prematuro	Idade gestacional à nascença	Idade actual	Peso (grs.)	Observações
NC4	Ariel	29 s + 4 d	5 d	765	UCI, Inc., CVU, SD, Elect.
NC6	Ariel	29 s + 4 d	8 d	816	UCI, Inc., SD, SVP, Elect.
NC7	Caliel	33 s + 2 d	5 d	1958	CInt., Inc., SVP, fototerapia, SD e T
NC9	Asaliah	30 s	7 d	1238	CInt., Inc., SD
NC10	Asaliah	30 s	13 d	1326	CInt., Inc., SD
NC11	Asaliah	30 s	22 d	1520	CInt., berço, SD e T
NC12	Ariel	29 s + 4 d	43 d	1432	CInt., Inc., SD e T
NC13	Ariel	29 s + 4 d	44 d	1431	CInt., Inc., SD e T

NC14	Rahael	30 s	3 d	1421	UCI, Inc., CVU, SD, fototerapia, Elect.
NC15	Ariel	29 s + 4 d	49 d	1528	CInt., berço, T
NC17	Lelahel	32 s	1 d	1622	CInt., Inc, SVP, SD e T
NC18	Ariel	29 s + 4 d	62 d	1890	CInt., berço, T
NC19	Lauviah	33 s + 1 d	2 d	2073	UCI, Inc., CVU, fototerapia, T, Elect.
NC20	Rahael	30 s	20 d	1809	CInt., berço, SD e T
NC21	Lelahel	32 s	4 d	1567	CInt., berço, SD e T

Tabela 2 – Caracterização dos recém-nascidos prematuros

4. ESTRATÉGIAS DE COLHEITA DE DADOS

Como estratégias de colheita de dados recorreremos, como já mencionamos anteriormente, inicialmente à Observação Participante e numa segunda fase à Entrevista Semi-estruturada. A segunda fase justificou-se porque ao iniciarmos o tratamento dos dados referentes à Observação Participante, sentimos a necessidade de voltar ao campo para completar, através da entrevista, as informações que possuíamos sobre determinados acontecimentos observados.

4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A escolha deste método fez-se por se reconhecer que num estudo de caso de observação, como é o nosso, a melhor técnica de colheita de dados consiste, exactamente, na Observação Participante (Bogdan & Biklen, 1994). A Observação Participante também é designada por Polit, Beck e Hungler (2004) como uma observação naturalista em que o observador “(...) toma parte do funcionamento do grupo ou da instituição em estudo, procurando observar e registrar informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes aos participantes.” (p. 266).

Como refere Goetz e LeCompte (1988) a Observação Participante é um meio para determinar as percepções e comportamentos dos indivíduos no seu mundo, permitindo deste modo ao investigador verificar se os participantes fazem aquilo que crêem (ou que o investigador crê) que fazem.

Neste tipo de observação o investigador assume um papel participativo, passando a ser mais um sujeito da cena social. Pensamos que este papel foi facilitado não só pelo facto de o investigador exercer a sua actividade profissional naquele grupo, mas por ter propositadamente optado por efectuar a Observação Participante no seu horário laboral, promovendo deste modo a autenticidade dos dados observados.

Para efectuar a Observação Participante elaboramos um Guião de Observação (anexo 4). Neste, estão salientes todos os aspectos que pensamos serem essenciais observar (Bogdan & Biklen, 1994). A Observação Participante foi efectuada nos meses de Novembro de 2008 a Janeiro de 2009.

Em alguns casos observados houve necessidade de esclarecer dados resultantes da observação junto do participante observado. Este esclarecimento tomou a forma de Entrevista Informal, realizada imediatamente a seguir à observação, com recurso a um gravador. A Entrevista Informal, também designada por Entrevista Não-estruturada, é utilizada quando o investigador não tem uma ideia pré-concebida do conteúdo da

informação a ser colhida (Polit *et al.*, 2004). Segundo Patton (1990) a Entrevista Informal é característica da Observação Participante. Nesta, as questões surgem espontaneamente da interacção entre o investigador e o participante, durante ou imediatamente após a situação observada. O participante pode nem se aperceber que está a ser entrevistado.

4.2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Mais tarde, como já referimos, sentimos a necessidade de completar a informação colhida com Entrevistas Semi-estruturadas aos participantes inicialmente observados. Esta necessidade surgiu porque, após iniciarmos a análise dos dados provenientes da Observação Participante, emergiram novos dados que mereceram a nossa atenção e consequente necessidade de exploração (Miles & Huberman, 1994).

Na Entrevista Semi-estruturada o investigador recorre a um guião pré-elaborado – Guião de Entrevista – onde estão os tópicos que este pretende desenvolver, e encoraja o participante a falar livremente sobre estes tópicos (Bogdan & Biklen, 1994; Polit, Beck & Hungler, 2004). O Guião de Entrevista foi estruturado e realizado segundo indicação de Bogdan e Biklen (1994) (anexo 5). O Guião de Entrevista fornece uma linha orientadora onde o entrevistador desenvolve as questões a efectuar, organiza-as cronologicamente e decide qual a informação a ser mais aprofundada (Patton, 1990).

Para se validar este guião, efectuamos o pré-teste da entrevista a uma enfermeira que fazia parte da população, mas não da amostra. O objectivo do pré-teste é determinar se o guião é formulado com imparcialidade, clareza e se está elaborado de forma a obter as informações que se pretende (Polit *et al.*, 2004).

Após o pré-teste validado, procedeu-se então à realização das Entrevistas Semi-estruturadas. Estas ocorreram nos meses de Abril e Maio de 2009. As entrevistas tiveram uma duração variável entre 10 a 45 minutos. Durante a sua realização preocupamo-nos em respeitar as técnicas de comunicação, mantendo uma postura de escuta activa, dando espaço e tempo para o participante reflectir e responder e acrescentando questões pertinentes com o objectivo de clarificar conceitos.

Queremos ainda salientar que as entrevistas, quer as Entrevistas Informais como as Semi-estruturadas, foram realizadas com recurso a gravador áudio, e após a sua audição, estas foram transcritas para suporte escrito, tendo para tal o cuidado de respeitar na íntegra as palavras utilizadas pelos participantes do estudo. Depois de transcritas, estas foram cedidas a cada participante para que estes validassem a informação nelas escritas, o que se verificou.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Para o processo de análise dos dados, apoiamo-nos no método de *comparação constante* referido por Strauss e Corbin (1998), também mencionados por Miles e Huberman (1994), Lessard-Herbert, Goyette e Boutin (2008) e ainda por Bogdan e Biklen (1994).

Quando estamos a analisar dados qualitativos, esta análise é cíclica ou interactiva, isto é, a partir do momento em que se inicia a colheita de dados também se inicia o tratamento e análise dos mesmos. Assim, o tipo de análise efectuada é uma análise sequencial, constituída por vários passos, que ao serem seguidos funcionam como um funil para reunir mais dados, progressivamente mais específicos e essenciais para o estudo.

É na fase de redução dos dados que emergem outros relatos igualmente importantes para o estudo. Recorremos a Bogdan e Biklen (1994) para definir este tipo de relatos. Da Observação Participante resultaram relatos escritos das observações efectuadas, os quais se designam de Notas de Campo. As Notas de Campo são "(...) o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo qualitativo." (p. 150). Estas também podem ser um suplemento importante para outros métodos de colheita de dados como, por exemplo, a Entrevista Semi-estruturada.

Nas Notas de Campo o investigador descreve numa primeira fase o que observou enquanto estava no campo e depois comenta a sua própria observação. Estes comentários são designados por Bogdan e Biklen (1994) de Comentários do Observador e assemelham-se aos Memorandos referidos por Strauss e Corbin (1998) e por Miles e Huberman (1994). Estes, são secções das Notas de Campo onde o investigador regista o que pensa e sente enquanto efectua a observação (Bogdan e Biklen, 1994). A seguir apresentamos um exemplo deste tipo de Memorandos precedido da Nota de Campo a que se refere.

NC6 (Nota de Campo 6)

A Enf^a Mariana aproximou-se, cumprimentou a mãe e perguntou-lhe se ela queria pegar na sua bebé ao colo, ao que a mãe respondeu sim. Então a Enf^a comentou enquanto aconchegava a bebé numa flanela.

- *É que eles gostam muito de colinho. O colinho faz muito bem aos bebés!*

A Enf^a Mariana pegou na bebé e entregou-a cuidadosamente à mãe.

NC6-M (Memorando da Nota de Campo 6)

(...) perguntaram à mãe se ela queria pegar na sua filha. Isto é, valorizaram a vontade da mãe. (...) é a primeira vez que a mãe pega na sua filha ao colo e, pelo sorriso que esboçou, parece que gostou.

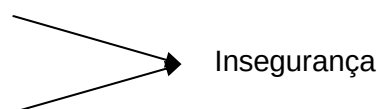
Na fase de redução dos dados colhidos, tanto das Observações Participantes, como das Entrevistas Semi-estruturadas recorreremos novamente aos Memorandos, neste caso sob forma de resumos que o investigador faz sobre o que está a emergir à medida que o trabalho avança (Bogdan e Biklen, 1994). Os Memorandos facilitam a organização temática e temporal do material colhido (Miles e Huberman, 1994). Eis um exemplo deste tipo de Memorando.

Memorando de 28/06/09 (M de 28/06/09)

Ao analisar os dados resultantes do meu trabalho de campo, constato que algumas enfermeiras não se sentem à vontade e/ou pedem aos pais para se ausentarem enquanto realizam um procedimento doloroso. Isto parece-me ser devido à sua insegurança enquanto pessoa e profissional em efectuar este tipo de procedimento na presença dos pais.

Enf^{as} não se sentem à vontade em realizar
procedimentos dolorosos na presença dos pais

Enf^{as} pedem aos pais para saírem



5.1. MÉTODO DE COMPARAÇÃO CONSTANTE

Como já referimos, optamos por efectuar uma análise sequencial no nosso estudo, mais especificamente a análise por *comparação constante*. Este tipo de análise utiliza uma codificação indutiva e uma abordagem fundamentada (Miles & Huberman, 1994) e é característica da *Grounded Theory* (designada em Português de *Teoria Fundamentada*) desenvolvida por Glasser e Strauss (Bogdan & Biklen, 1994; Strauss & Corbin, 1998).

A *Grounded Theory* é um plano de investigação, habitualmente utilizado em estudos com múltiplos locais de observação, em que a colheita de dados e análise se realizam em simultâneo. Neste tipo de estudo, é a análise que serve de apoio para mais recolha e

codificação de dados (Bogdan & Biklen, 1994). No entanto, Glasser e Strauss defendem que esta abordagem pode ser aplicada a qualquer tipo de dados.

O método de análise por *comparação constante* caracteriza-se por se efectuar uma constante comparação dos dados actuais com os dados colhidos anteriormente, para que se possa identificar os pontos em comum e as variações e as categorias possam ser condensadas e desmontadas (Polit, Beck & Hungler, 2004).

No processo de *comparação constante* as categorias conceituais emergem do “(...) fracionar os dados em segmentos, examiná-los de perto e compará-los com outros segmentos, quanto às similaridades ou dissimilaridades, para determinar que tipo de fenómeno neles se refletem e qual o significado desse fenómeno.” (p. 362). Ao efectuar uma análise por *comparação constante* o investigador faz perguntas sobre o que observou, o que ouviu ou o que reflectiu, tais como:

- O que é isto?
- O que está acontecendo?
- O que isto representa?
- O que mais é como isto?
- Isto é diferente do quê?

Segundo as orientações de Strauss e Corbin (1998), para adoptar o método de *comparação constante* é importante seguir um determinado esquema. Assim, inicialmente recorreremos a uma codificação de tipo I, designada por codificação aberta em que se efectuou a leitura linha a linha, parágrafo a parágrafo dos dados colhidos, procurando semelhanças e diferenças entre eles. Nesta fase, recorreu-se preferencialmente a palavras dos participantes para criar os códigos (Bogdan & Biklen, 1994; Miles & Huberman, 1994; Strauss & Corbin, 1998). No quadro 1 está representado este tipo de codificação.

Nota de Campo	Codificação
A <u>enfermeira</u> perguntou de imediato se a <u>mãe</u> queria ajudar a dar o banho à menina.	Enf ^a pergunta se a mãe quer ajudar no banho
A <u>mãe</u> não respondeu (...).	Mãe não demonstra interesse
- <u>Olhe mãe, mas dentro da incubadora o banho é diferente, não me quer ajudar?</u> ,	Enf ^a pergunta se a mãe quer ajudar no banho

insistiu Mariana. Então <u>a mãe levantou-se (...)</u> . E <u>começou a colaborar com Mariana</u> de acordo com <u>as instruções que esta lhe dava</u> .	Mãe demonstra interesse Mãe colabora no banho na incubadora Enfª dá instruções sobre o banho
---	--

Quadro 1 – Exemplo de codificação aberta

Numa segunda fase, definida por codificação axial ou codificação de tipo II, analisaram-se os códigos gerados anteriormente e agrupam-se os mesmos recorrendo às semelhanças e diferenças existentes entre eles, para assim gerar subcategorias, categorias e dimensão. Bogdan e Biklen (1994) salientam que determinadas questões e preocupações de investigação dão origem a determinadas categorias. O quadro 2 apresenta um exemplo de codificação axial que inclui a subcategoria e a categoria.

Códigos	Subcategoria	Categoria	Dimensão
- Mãe mostra competências - Mãe tem muita autonomia - Pais mostram capacidades	Competências dos pais	Comportamento dos pais promotor da parceria	Motivação

Quadro 2 – Exemplo de codificação axial

Numa última fase, atingimos a codificação de tipo III, de onde emerge a categoria central de todo o processo de análise. Num estudo de *Grounded Theory*, a codificação de tipo 3 será a teoria que emergiu dos dados. No entanto, no nosso caso, em que apenas recorreremos ao método de tratamento e análise dos dados por *comparações constantes*, apenas pretendemos encontrar uma categoria central. Esta categoria central caracteriza-se por se relacionar com todas as dimensões, categorias e subcategorias, pelo que deve ser fácil explicá-la através das dimensões, categorias e subcategorias existentes. No nosso estudo surge, como já referimos, uma categoria central: *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados*.

6. REGISTO DA INFORMAÇÃO

Para classificarmos as Notas de Campo resultantes das Observações Participantes recorreremos à sigla “NC”, seguida de números de acordo com a ordem em que foram efectuadas.

Como já mencionamos anteriormente, quando nos referimos às Enfermeiras recorreremos a nomes fictícios (Bárbara, Cândida, Diana, Elisa, Helena, Inês, Isabel, Julieta, Mariana e Pilar). Em relação aos recém-nascidos, como já apresentamos na tabela 2, optamos por nomes de Anjos. Deste modo, mantivemos o anonimato dos participantes e dos recém-nascidos observados.

As Entrevistas Informais resultantes da Observação Participante foram classificadas com a sigla “NC-E” seguidas do número correspondente à respectiva Nota de Campo, por exemplo “NC5-E”.

Relativamente aos Memorandos das Notas de Campo, estes também receberam uma classificação semelhante, ou seja, a sigla “NC5-M” corresponde ao Memorando referente à 5ª Observação Participante.

Quanto às Entrevista Semi-estruturadas, estas foram classificadas recorrendo à letra “E” e a números de acordo com a ordem em que foram efectuadas (no nosso estudo encontramos de E1 a E8).

Os Memorandos referentes às Entrevistas Semi-estruturadas, foram classificadas de forma semelhante aos das Observações Participantes. Assim, “E3-M” refere-se ao Memorando da 3ª Entrevista Semi-estruturada.

Os Memorandos efectuados no decurso da redução dos dados assumem outro tipo de classificação, uma vez que são independentes das Observações Participantes e das Entrevistas Semi-estruturadas. Assim, referimo-nos a “M de 28/06/09” refere-se ao Memorando realizado neste dia. No caso de haver mais do que um Memorando realizado no mesmo dia, o primeiro assume a classificação de “M1 de 28/06/09”.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O nosso estudo comporta determinadas limitações, todas elas importantes, e que acreditamos, se devam à inexperiência do investigador. Passaremos, de seguida, a enunciá-las.

Em primeiro lugar, acreditamos que o tempo de que dispúnhamos para efectuar o estudo limitou a exploração de determinados aspectos no que se refere à fase de análise e discussão dos dados colhidos.

Consideramos ainda que o facto da segunda fase de colheita de dados, a qual se refere às Entrevistas Semi-estruturadas, conter menos dois participantes que a Observação Participante é um factor de empobrecimento do estudo, por o privar de duas perspectivas diferentes. Aceitamos, no entanto, este condicionalismo por percebermos como fundamental o consentimento livre e esclarecido por parte do participante.

Outro aspecto relativo às participantes, refere-se ao facto de não termos explorado os seus dados biográficos numa tentativa de encontrar e explorar outros possíveis factores condicionantes do fenómeno parceria de cuidados. Queremos, no entanto, salientar que tal não se efectuou como forma de proteger as participantes, pois o universo onde o estudo se realizou é demasiado pequeno, possibilitando, deste modo, a sua fácil identificação.

Não podemos deixar de referir a carência de estudos referentes à perspectiva dos enfermeiros no que se refere à parceria de cuidados com pais de recém-nascidos prematuros internados. Tal facto fez-nos muitas vezes comparar os nossos dados com outros estudos referentes à parceria de cuidados em Pediatria e não em Neonatologia, o que acreditamos, são universos distintos.

Encaramos ainda como falha nossa, muito relacionada com a escassez de tempo de que já mencionamos, o facto de não termos incluído no estudo, a perspectiva dos pais presentes durante a prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro. Independentemente destes terem ou não participado. Pensamos que a análise destes dados e a sua comparação com os dados por nós colhidos e analisados, teria tornado o estudo mais completo.

III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – A visão dos enfermeiros sobre a parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros internados

Após redução dos dados, obtivemos códigos, os quais originaram subcategorias e categorias que depois foram agrupadas gerando as quatro dimensões: **o contexto dos cuidados ao recém-nascido prematuro, motivação, factores inibidores** e **acções promotoras da parceria**. Foi da relação entre estas quatro dimensões que emergiu a categoria central **parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados**.

O diagrama que se segue é o resultado do estudo por nós efectuado e pretende, de forma sintetizada, mostrar as diversas condicionantes reconhecidas pelas enfermeiras, como fazendo parte do processo de *parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados*.

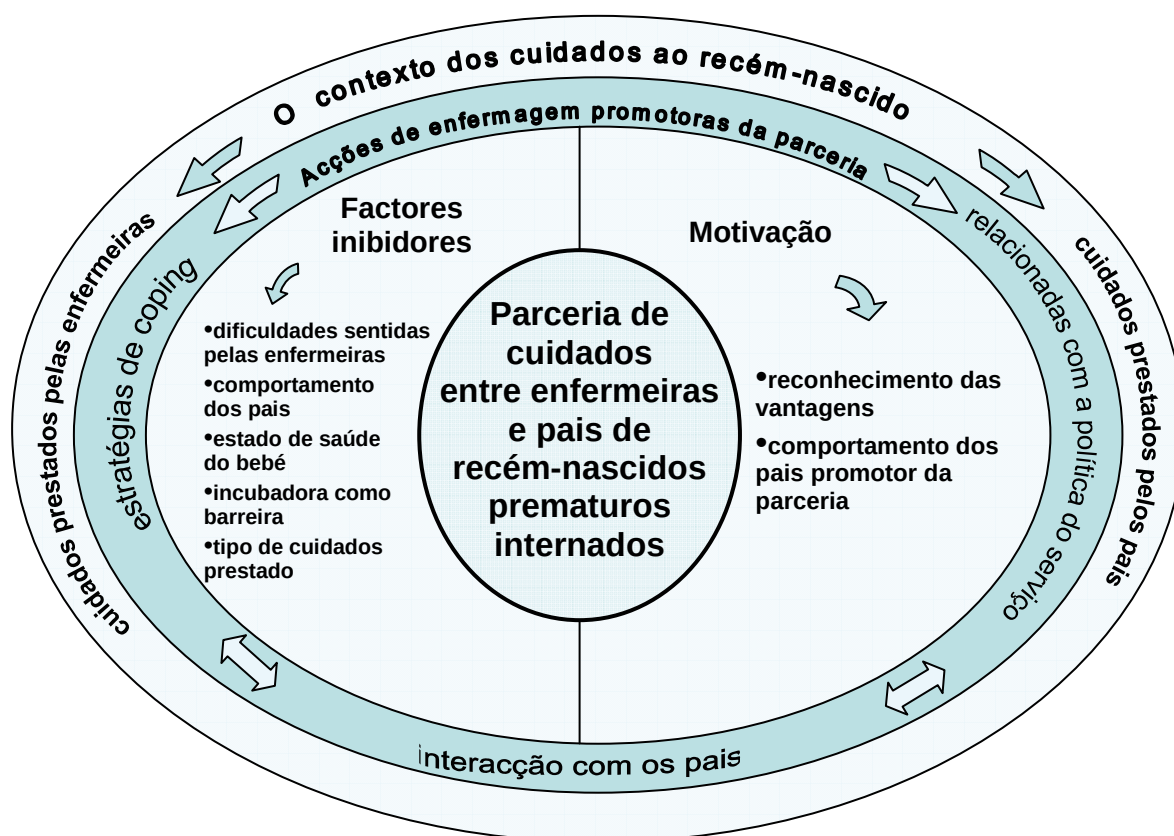


Figura 1 – Diagrama representativo da dinâmica do processo de *parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados* numa Unidade de Neonatologia.

A primeira dimensão designa-se **o contexto dos cuidados ao recém-nascido** e é onde descrevemos os cuidados que observamos. Apresentamos esta dimensão em primeiro lugar, porque acreditamos ser importante dar a conhecer o contexto dos cuidados, uma vez que é neste que se passa a acção. Pensamos que deste modo, promovemos uma melhor compreensão ao leitor do que se passa no campo, no que diz respeito ao fenómeno em questão: *cuidados prestados em parceria entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados*. É também por este motivo que na figura a colocamos numa posição envolvente de todo o processo de parceria.

Esta primeira dimensão possui duas categorias: **cuidados prestados pelas enfermeiras** e **cuidados prestados pelos pais**, sendo que cada uma destas surgiu do agrupamento de outras duas subcategorias. Deste modo, a categoria **cuidados prestados pelas enfermeiras** emerge das subcategorias **sem participação dos pais** e **com participação dos pais**; já a categoria **cuidados prestados pelos pais** aparece das subcategorias **com supervisão de enfermagem** e **com autonomia**.

As dimensões 2 e 3 referem-se aos factores que condicionam a parceria. Optamos, no entanto, por as analisar em separado, pois a segunda dimensão refere-se à **motivação** das enfermeiras para a parceria, enquanto que a terceira relata os **factores inibidores** deste fenómeno. Estas duas dimensões aparecem na figura numa posição mais centralizada, uma de cada lado da categoria central, por acreditarmos (tal como elas se designam) que uma condiciona de forma favorável a parceria – **motivação** – enquanto que a outra actua como factor complicador do processo – **factores inibidores**.

A dimensão **motivação** surgiu de duas categorias. A primeira designa-se **reconhecimento das vantagens** e a ela pertencem as subcategorias: **promoção do vínculo pais/bebé**, **desenvolvimento do bebé**, **capacitação/autonomia dos pais** e **preparação para a alta**; a segunda denomina-se **comportamento dos pais promotor da parceria** e surgiu das subcategorias **motivação dos pais**, **competências dos pais** e **presença dos pais**.

Segue-se a dimensão **factores inibidores**, a qual emergiu de cinco categorias. A primeira designa-se **dificuldades sentidas pelas enfermeiras** e surgiu das subcategorias **insegurança** e **falta de confiança por parte da equipa médica**. A categoria **comportamento dos pais** é a segunda desta dimensão e também engloba duas subcategorias: **recusa em participar** e **percepção de falta de conhecimentos/capacidade dos pais**. Seguem-se as categorias **estado de saúde do recém-nascido** e **incubadora como barreira** as quais emergiram de códigos com o

mesmo nome. A última é **tipo de cuidados prestados** e surgiu das subcategorias **cuidado com risco associado** e **cuidado não prestado após a alta**.

Por último apresentamos as **acções de enfermagem promotoras da parceria**, dimensão que surge de três categorias diferentes: **relacionadas com a política do serviço**, **interacção com os pais** e **estratégias de coping**. Nas acções de enfermagem **relacionadas com a política do serviço** referimo-nos às **acções realizadas pelas enfermeiras** e às **acções idealizadas pelas enfermeiras**, o que constitui as suas duas subcategorias. Já a segunda categoria – **interacção com os pais** – emergiu das subcategorias **incentivar os pais**, **efectuar ensinios** e **estabelecer uma relação de ajuda**. **Conversar com os pais** e **introspecção** são as subcategorias que deram origem à categoria **estratégias de coping**.

No nosso diagrama representativo, essa última dimensão, encontra-se a envolver as dimensões **motivação** e **factores inibidores** porque consideramos que as acções das enfermeiras que promovem a parceria de cuidados se relacionam com os factores que condicionam este fenómeno.

Apresentaremos de seguida, de forma separada, cada uma das quatro dimensões.

1. O CONTEXTO DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Na dimensão **o contexto dos cuidados ao recém-nascido prematuro** incluímos todos os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro, por nós observados e que tenham acontecido na presença dos pais.

É importante referir que ao tratar os dados agrupamos os cuidados observados de acordo com a pessoa que os prestava ao recém-nascido, isto é, se eram prestados pela enfermeira ou por um dos pais, dando origem às categorias da dimensão: **prestados pelas enfermeiras** e **prestados pelos pais**.

Fomos ainda mais minuciosos e procuramos explicitar não só quem prestava os cuidados, mas também quem presenciava e/ou participava nestes mesmos cuidados. Isto porque, em algumas situações, um dos intervenientes apenas presenciou certos cuidados. Assim, sentimos igualmente a necessidade de referir estas situações, as quais deram origem às subcategorias **sem participação dos pais** e **com a participação dos pais** referentes aos **cuidados prestados pelas enfermeiras**; e às subcategorias **com supervisão de enfermagem** e **com autonomia** quando eram **cuidados prestados pelos pais**.

Dimensão	Categoria	Subcategoria
O contexto dos cuidados recém-nascido	Cuidados prestados pelas enfermeiras	Sem participação dos pais
		Com participação dos pais
	Cuidados prestados pelos pais	Com supervisão de enfermagem
		Com autonomia

Quadro 3 – Dimensão 1 – O contexto dos cuidados ao recém-nascido

1.1. CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRESTADOS PELAS ENFERMEIRAS

Relativamente à categoria **cuidados prestados pelas enfermeiras**, esta divide-se em duas subcategorias: **sem participação dos pais** e **com participação dos pais**.

1.1.1. Cuidados ao recém-nascido prestados pelas enfermeiras sem participação dos pais

Os cuidados **prestados pelas enfermeiras** ao recém-nascido prematuro **sem a participação dos pais**, acontecem em diferentes situações de acordo com a situação clínica dos recém-nascidos, a qual está representada na tabela 2.

A primeira situação refere-se a cuidados prestados a um recém-nascido internado em cuidados intensivos, como demonstram os excertos que se seguem: *“A Enfermeira Elisa aproxima-se e pede licença à mãe. (...) Cuidadosamente, mas de forma rápida, vira a bebé e muda-lhe a fralda. A mãe mantém-se de pé e observa. (...) Elisa posiciona-a e coloca-lhe o leite pela sonda gástrica (...) retira a seringa, fecha a sonda e fecha as portinholas da incubadora. “Pronto mãe, já se pode chegar pr’áqui outra vez.” A mãe (...) volta a se sentar ao lado da incubadora, olhando com carinho para a sua bebé.” (NC4).* Os cuidados prestados a este recém-nascido são muda da fralda e alimentação por sonda gástrica. Por serem cuidados variados consideramos que o que influenciou a enfermeira a prestá-lo sem a participação dos pais se relaciona com a situação clínica do recém-nascido – o internamento em cuidados intensivos.

Outra situação refere-se aos cuidados prestados a bebés prematuros que já se encontram em cuidados intermédios, mas que ainda se mantêm na incubadora, ou porque apresentam peso inferior a 1500 grs.: *“A Enfª Diana administrou as vitaminas [pela sonda gástrica] (...)” (NC9); “(...) Pilar (...) pegou nas vitaminas (...) e administrou-as pela sonda gástrica.” (NC10);* ou porque ainda estão a receber soro em veia periférica: *“A Enfª (...) muda-lhe a fralda [na incubadora]. Os pais continuam a ver. E a Enfª explica-lhes que lhe vai dar o leite (...). O bebé sugou lentamente, arrotou e voltou a dormir sem que os pais lhe tocassem.” (NC7); “(...) Bárbara continuou a prestar os cuidados à bebé, trocando a fralda e dando o biberão. O biberão foi dado sem que o pai tivesse sido questionado se o queria fazer.” (NC17).* Mais uma vez, salientamos que os cuidados prestados são diversos – administração de terapêutica pela sonda gástrica, alimentação e muda da fralda, e que a enfermeira não solicita a colaboração dos pais.

A administração de terapêutica pela sonda gástrica continua a ser um cuidado prestado apenas pelas enfermeiras, mesmo quando o bebé já está num berço: *“(...) Julieta pega na seringa onde estão as vitaminas e administra-as pela sonda nasogástrica da bebé Asaliah [que está ao colo da mãe].” (NC11); “(...) a enf. começa a dar as vitaminas no canto da boca da bebé (...)” (NC15).* Quando questionadas sobre os cuidados que pensam que os pais não devem prestar, as participantes mencionam a administração de terapêutica e os procedimentos invasivos: *“(...) a administração de terapêutica, claro que não.” (E1); “(...) a parte que eles [pais] não podem fazer: o puncionar, o aspirar secreções, (...) o tirar sangue (...)”*

(E3); “(...) eu acho que todos os cuidados são importantes os pais colaborarem, à exceção de medicação endovenosa e (...) algum cuidado mais especial.” (E8).

Então, parece que as enfermeiras prestam determinados cuidados ao recém-nascido sem solicitar a colaboração dos pais, por acharem ser apenas sua competência.

1.1.2. Cuidados ao recém-nascido prestados pelas enfermeiras com a participação dos pais

São diversos os **cuidados ao recém-nascido prestados pelas enfermeiras com a participação dos pais**. Tentaremos descrevê-los relacionando-os, mais uma vez, com as características do bebê prematuro expostas na tabela 2.

O colo é um cuidado prestado a bebês internados em unidade de cuidados intensivos, em que as enfermeiras solicitam a participação dos pais, mesmo a crianças com cateter venoso central ou soro em veia periférica: “A *Enfª Mariana* pegou na *bebé* e entregou-a cuidadosamente à mãe.” (NC6); “(...) colocou a *bebé Lauviah* ao colo da mãe, tendo sempre atenção ao CVU.” (NC19).

Outro cuidado é o banho dentro da incubadora, o qual é prestado a um bebê em cuidados intermédios sem soro em veia periférica: “(...) deu à mãe a compressa embebida na água da tina [do banho na incubadora] e disse-lhe que podia lavar o braço esquerdo (...). A mãe, calma e confiante fê-lo (...). Então *Pilar* [a *enfª*] começou a lavar o tórax e o abdômen. (...) orientou a mãe para os enxugar, o que a mãe fez. (...) embebeu uma compressa e torceu-a sobre os genitais da *bebé* (...). A mãe enxugou-os. Então *Pilar* (...) limpou um dos olhos (...) e deu uma segunda compressa (...) à mãe para que ela limpasse o outro olho. A mãe assim o fez. (...) A mãe (...) continuou a lavar a sua *carinha* (...).” (NC10); “(...) [*Isabel* ao dar o banho na incubadora] disse à mãe para o enxugar e depois que lavasse o direito, uma vez que já tinha visto como o fazer. A mãe assim o fez. [*Isabel*] Procedeu do mesmo modo com as pernas.” (NC12); como a bebês internados em unidade de cuidados intensivos e com cateter venoso central: “(...) a mãe (...) abriu as portinholas da incubadora e (...) começou a colaborar com *Mariana*. (...) [*Mariana*] orientou a mãe para que esta o enxugasse (...) a mãe lavou os genitais e *Mariana* enxugou-os.” (NC19).

Também se observa um primeiro banho na banheira, dado a um bebê em cuidados intermédios, em que a enfermeira solicita a colaboração da mãe: “*Helena* deu o banho [na banheira] (...). A mãe pode acabar de secar. (...) a mãe começou a enxugar (...). (...) com o auxílio de *Helena* enxugou o pescoço de *Ariel*. (...) a *enf.* começa a vestir uma das mangas do fato enquanto a mãe veste a outra.” (NC15). A administração do leite por sonda gástrica é outro cuidado em que os pais são solicitados a participar quando o seu filho já está em cuidados intermédios quer esteja ainda numa incubadora ou já no berço: “(...) pode

segurar a sondinha que eu vou pôr o leite (...). A enfª adaptou uma seringa à sonda (...) colocou o leite (...). Entregou-a à mãe e afastou-se calmamente. A mãe segurou a sonda gástrica, (...) até que o leite terminou e ela desadaptou a seringa e fechou a sonda.” (NC9); “(...) [Pilar] adaptou uma seringa (...) à (...) sonda gástrica e pediu à mãe que a aguentasse (...). Verteu o leite (...) deu um empurrão (...) para que (...) começasse a correr pela sonda. (...) e devolveu a seringa à (...) mãe.” (NC10).

Os cuidados de higiene e conforto, alimentação e o colo são aqueles que as enfermeiras parecem valorizar mais para a prestação de cuidados em parceria com os pais destes bebés, como é possível constatar pelo memorando que se segue: *“Os cuidados que são prestados com os pais são, habitualmente, o banho e a alimentação.” (NC17-M).*

Quando questionadas, além dos cuidados de alimentação, higiene e conforto, as participantes também valorizam outros, como a presença dos pais aquando de procedimentos dolorosos (tais como a punção venosa ou a vacinação): *“(...) já me aconteceu do sangue [punção venosa], a mãe está acalmando o bebé, (...) está ali presente com o bebé, pondo a chucha (...)” (NC10-E);* ou o banho, a muda da fralda, o toque, o carinho, o falar com os bebés: *“(...) o banhinho, mas sempre assistido por nós (...) em parceria connosco. (...) o pôr a fraldinha (...) mas (...) exige a nossa presença porque eles estão ventilados (...). [Cuidados a bebé ventilados] (...) que os pais podem participar (...) o aconchegá-los, o fazer-lhes festinhas, falar com eles (...)” (E2); “(...) ajudar a dar o banho, dentro e fora da incubadora. (...) o tocar (...). Pode até a mãe não fazer (...) os cuidados de higiene na totalidade, (...) o mudar a fralda quando necessário (...)” (E8);* consideram também a colaboração na administração do leite por sonda gástrica: *“(...) o segurar uma sonda [gástrica ao administrar o leite], o segurar na mãozinha do bebé (...), o estar (...) na prestação de cuidados ao bebé ventilado, os pais estarem com as mãos (...) a tocar no bebé enquanto a gente faz os nossos cuidados (...)” (E3);* e ainda o colo ou até mesmo a amamentação a bebés em cuidados intensivos *“(...) os pais participarem [nos cuidados prestados ao bebé nos cuidados intermédios, na incubadora ou no berço] (...) no banho, (...) nas mamadas, (...) nas vacinas (...). (...) a gente põe com cateteres [umbilicais, os bebés] à mama (...). (...) depois de já não estar ventilado [mas ainda na incubadora, nos cuidados intensivos] a mãe pega no bebé.” (E4).* No entanto, não podemos deixar de referir que a presença dos pais durante a realização de procedimentos dolorosos nunca foi por nós observada, durante o período da Observação Participante.

Vários autores defendem que os cuidados ao recém-nascido prematuro são, numa fase inicial, prestados pelas enfermeiras, sendo estas gradualmente substituídas pelos pais à medida que estes se sentem capacitados para o fazer, os cuidados se tornem menos específicos e a relação com a equipa de saúde se solidifica (Darbyshire, 1993; Farrell, 1994; Lima, Rocha & Scochi, 1999; Lamego, Rocha & Scochi, 2005).

1.2. CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRESTADOS PELOS PAIS

Quando os cuidados ao bebé prematuro são **prestados pelos pais**, podem ser realizados **com supervisão de enfermagem** ou **com autonomia**.

1.2.1. Cuidados ao recém-nascido prestados pelos pais com supervisão de enfermagem

Os cuidados que os pais prestam aos seus filhos prematuros, sob **supervisão de enfermagem** são os cuidados de alimentação por biberão, muda da fralda, vestir e colo como é possível verificar nos excertos a seguir: “A enfª Diana (...) pede à mãe que mude a fralda à bebé. A mãe (...) retira a fralda da incubadora e começa a mudá-la. (...) a enfª Diana (...) enrolou a bebé numa flanela (...) e colocou-a no colo da mãe.” (NC9); “Foi a mãe que colocou a fralda e vestiu, enquanto a enfermeira observava.” (NC12); “(...) [Julieta] entrega-lhe [à mãe] o biberão (...) Pode dar o leite (...) sem insistir, sim? Quando vir que ela não consegue mais, diga que eu venho colocar o restante pela sonda, sim? (...) A mãe deu o leite (...) e depois chamou pela enfermeira Julieta e disse-lhe que Asaliah já estava a ficar cansada.” (NC11); “(...) entrega o biberão à mãe e afasta-se informando-a que está ali se esta necessitar.” (NC15).

Em entrevista, referem que, além destes, os pais também podem prestar cuidados de higiene e terapêutica oral, desde que seja com supervisão: “(...) tudo quanto seja de higiene e conforto, desde o momento que seja com a nossa [equipa de enfermagem] supervisão (...)” (E1); “A nível do banho, connosco lá, eles já podem ser quase autónomos, estamos ali para dar uma pequena ajuda, ou para os pais se sentirem confiantes.” (E2); “(...) os de higiene e conforto, a alimentação, a terapêutica oral, poderá (...) e deve ser dada por eles (...) com supervisão (...)” (E5); “(...) à medida que o tempo vai avançando, as mães ficam mais independentes (...) muitas acabam por saber dar o banho dentro de uma incubadora (...) fazem praticamente tudo sozinhas. A gente só (...) acaba por supervisionar.” E8. As participantes mencionam ainda a presença e o toque como cuidados a prestar pelos pais, com supervisão a crianças prematuras ventiladas: “Nos ventilados (...) o tocar na criança, estar com a criança (...)” (E4).

1.2.2. Cuidados ao recém-nascido prestados pelos pais com autonomia

Há cuidados que os pais prestam de forma **autónoma** a bebés em cuidados intermédios, tais como o colocar a chucha: “(...) [a mãe] já colocou a chucha na boca da bebé quando esta chora.” (NC8); o acariciar e falar com o bebé: “O pai estava ao lado da incubadora (...). O dedo indicador e o polegar (...) seguravam e acariciavam uma das mãos da filha.” (NC17). Mais uma vez as enfermeiras valorizam ainda o falar com o bebé, o toque e o colo como cuidados a

serem prestados pelos pais, sem qualquer intervenção de enfermagem: “(...) o falar com ele o tocar-lhes, o saber pegar nele ao colo, o dar-lhes mimos (...)” (E2).

Prestar cuidados a um recém-nascido prematuros, implica prestar cuidados individualizados, de acordo com uma diversidade de factores que envolvem o seu internamento.

Numa primeira leitura é fácil presumir que o facto das enfermeiras prestarem cuidados ao bebé prematuro na presença dos pais, mas sem a participação destes, se relaciona com o estado de saúde do bebé e/ou com o tipo de cuidados prestados. No entanto, ao analisarmos cuidadosamente a categoria **cuidados prestados pelas enfermeiras** e compararmos as suas subcategorias, constatamos que o facto de se incluir os pais nos cuidados prestados ao bebé prematuro não depende exclusivamente do seu estado de saúde. Assim, parece-nos que a inclusão dos pais nestes cuidados relaciona-se com a importância que a enfermeira dá à participação dos pais, ao que Batalha, Franco e Matos (1999) esclarecem ao mencionar que a “(...) integração efectiva dos pais, nas unidades de cuidados intensivos neonatais, tem sido um campo descurado entre a comunidade de enfermagem, deixado ao acaso e interesse de cada enfermeiro (p. 22).

Como podemos verificar pelas notas de campo, constata-se que a mãe participa nos cuidados cuja exigência é menor, os quais Collière (1999) designa de *cuidados quotidianos ou habituais*, ou *cuidados familiares* como Casey os define (Ferreira & Costa, [s.d.]; Farrell, 1994). Pensamos ser importante aqui mencionar que não existe uma fronteira fixa entre os cuidados que os pais ou que os enfermeiros devem prestar, sugerindo que a sua prestação deve ser alvo de negociação. No entanto, ao analisarmos as nossas notas de campo, verificamos que os cuidados mais complexos, aos quais Collière se refere como *cuidados de reparação* e que Casey define como *cuidados de enfermagem* são prestados pelas enfermeiras, sugerindo a existência da referida fronteira.

Por outro lado, é importante salientar que no seu discurso, as enfermeiras consideram importante os pais participarem nos cuidados de enfermagem mais simples, como, por exemplo, a administração de terapêutica por sonda gástrica. No entanto, pela nossa observação constatamos que os cuidados prestados quer com supervisão de enfermagem, quer de forma autónoma por parte dos pais, são dirigidos a bebés já em cuidados intermédios, sem soros e que não incluíam o banho ou a manipulação da sonda gástrica.

Martínez, Fonseca e Scochi (2007) obtiveram resultados semelhantes no seu estudo intitulado *“Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde”*. Esclarecem que este tipo de parceria de cuidados, no qual a mãe colabora em alguns cuidados, mas não participa na tomada de decisões, não contribui propriamente para a construção do cuidado compartilhado entre mães e enfermeiras. Pelo contrário, pois fortalece a execução do cuidado fragmentado, dividido em partes, de acordo com o valor atribuído a cada cuidado, em que a mãe participa nos cuidados mais domésticos, por serem os menos valorizados pela sua menor exigência intelectual.

Por outro lado, salientamos a importância que as enfermeiras dão ao banho (quer seja dado a um bebê na incubadora como a um bebê no berço), pois foi um dos cuidados em que mais se observou a participação dos pais. Quanto a este aspecto, o estudo realizado por Tronchin e Tsucheniro (2005), aponta para o significado do banho para os pais, sugerindo que os enfermeiros reflitam sobre este cuidado em particular, valorizando-o, aspecto esse que consideramos as nossas participantes terem em atenção.

Não podemos deixar de referir que na Unidade de Internamento Neonatal onde efectuamos o nosso estudo, o *cuidado mãe canguru* e a *massagem ao recém-nascido prematuro*, actualmente tão valorizadas na comunidade de profissionais de saúde na área neonatal pela importância que têm para o desenvolvimento do bebê e do vínculo afectivo pais/bebê, não se observaram (Valente & Silva, [s.d.]; Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburlini, 1998; Lamy, Gomes, Gianini & Hennig, 2005; Figueiredo, 2007).

2. MOTIVAÇÃO

A dimensão **motivação**, como já referimos anteriormente, surgiu das categorias **reconhecimento das vantagens** e **comportamento dos pais promotor da parceria**. A primeira engloba as subcategorias **promoção do vínculo pais/bebé**, **desenvolvimento do bebé**, **capacitação/autonomia dos pais** e **preparação para a alta**. Já a categoria **comportamento dos pais promotor da parceria** subdivide-se em três subcategorias: **motivação dos pais**, **competências dos pais** e **presença dos pais**.

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Motivação	Reconhecimento das vantagens	Promoção do vínculo pais/bebé
		Desenvolvimento do bebé
		Capacitação/autonomia dos pais
		Preparação para a alta
	Comportamento dos pais promotor da parceria	Motivação dos pais
		Competências dos pais
		Presença dos pais

Quadro 4 – Dimensão 2 – Motivação

Como defendem Matsuda e Évora (2003) com recurso a palavras de Marquis e Huston “A motivação, é de cunho interno, pessoal “[...] tem origem no interior do indivíduo” ou seja, “[...] é o desejo de esforçar-se para alcançar uma meta ou recompensa de modo que diminua a tensão causada pela necessidade.” (p. 12).

Relativamente à motivação do ser humano, Bergamini (1990) esclarece que vários autores a definem como sendo influenciada por factores internos e factores externos,

referindo-se a estes últimos como “(...) soberanos e externos à sua vontade.” (p. 25). Esta explicação justificaria, de uma forma simples e lógica, a nossa categorização, na qual **reconhecimento das vantagens**, referir-se-ia aos factores internos e **comportamento dos pais promotor da parceria**, aos factores externos. No entanto, as Teorias Comportamentalistas, também conhecidas em Psicologia por Behavioristas ou Experimentalistas, esclarecem que factores externos são apenas responsáveis por comportamentos condicionados às condições ambientais existentes. Defendem que nestes casos, “(...) existe uma ligação necessária entre o estímulo, considerado como uma modificação ambiental, e a resposta comportamental, que é concebido como uma espécie de acomodação do organismo vivo às modificações operadas no meio ambiente.” (Bergamini, 1990, p. 25).

Nesta linha de pensamento, factores externos não são capazes de motivar, mas sim de originar no indivíduo um movimento gerador de comportamento, o qual cessa com a ausência deste mesmo factor.

Assim sendo, os estudos mais recentes não se referem a factores internos e externos como capazes de gerar a motivação nas pessoas (Guimarães & Bzuneck, 2002; Guimarães & Boruchovitch, 2004). Optam antes, por classificar a motivação como “intrínseca” e “extrínseca”. A motivação intrínseca refere-se ao envolvimento do indivíduo numa determinada actividade, pela sua própria causa, ou porque esta é interessante, ou envolvente, ou ainda, porque de alguma forma, é capaz de gerar no indivíduo o sentimento de satisfação. A Teoria da Autodeterminação, proposta por Deci e Ryan considera que “(...) a motivação intrínseca é determinada pela satisfação das necessidades psicológicas básicas de autodeterminação ou autonomia, de competência e de pertencer ou de estar vinculado a outras pessoas.” (Guimarães & Bzuneck, 2002, p. 2).

No nosso estudo, consideramos que a motivação das enfermeiras para a parceria está relacionada com o conhecimento destas sobre as vantagens deste fenómeno – **reconhecimento das vantagens** – o que constitui a sua categoria. Consideramos que esta se refere à sua motivação intrínseca para a parceria porque relaciona-se com os conhecimentos prévios que têm sobre este tema e com o entusiasmo e orgulho que têm ao executar cuidados em parceria com os pais, o que provoca nas enfermeiras uma sensação de satisfação e bem-estar (Guimarães & Bzuneck, 2002).

A motivação extrínseca refere-se à “(...) motivação para trabalhar em resposta a algo externo à tarefa ou atividade, como para a obtenção de recompensas materiais ou

sociais, de reconhecimento, ou com o objectivo de atender a comandos ou pressões de outros, ou ainda para demonstrar competência ou valor.” (p. 2).

Nesta linha de pensamento a motivação extrínseca relaciona-se com a **motivação dos pais, as competências dos pais** e com a sua **presença**. Isto é, se considerarmos que o comportamento dos pais provoca nas enfermeiras a necessidade de se mostrarem competentes, de serem reconhecidas pelo seu trabalho e deste modo obterem uma recompensa social, então podemos classificar estes itens como factores de motivação extrínseca para as enfermeiras, pois a recompensa social que daí advém dá origem há já mencionada sensação de satisfação e bem-estar. Por outro lado, e em acréscimo ao anteriormente dito, numa escala de avaliação da motivação, proposta por Amabile e colaboradores (Guimarães & Bzuneck, 2002), dirigida a indivíduos adultos em situações escolares e de trabalho, um dos itens utilizados para avaliação da motivação extrínseca é a “(...) preferência por direccionamentos externos.” (p. 3), o que nós associamos à preferência que algumas enfermeiras demonstram pelo comportamento dos pais promotor da parceria, tais como o seu interesse, a sua demonstração de satisfação, o se demonstrarem competentes e/ou simplesmente a sua presença.

2.1. RECONHECIMENTO DAS VANTAGENS

Relativamente à categoria **reconhecimento das vantagens**, é fácil verificar que as participantes consideram que a parceria de cuidados é importante para os pais e para o bebé: “(...) acho muito importante que os pais (...) tenham uma participação máxima possível. (...) é muito importante o estar ao colinho, o estar perto. (...) as crianças às vezes estão agitadas porque também sentem um bocado falta de amor (...). Falta do contacto dos pais.” (NC9-E).

Esta categoria engloba as subcategorias **promoção do vínculo pais/bebé, desenvolvimento do bebé, capacitação/autonomia dos pais e preparação para a alta**.

2.1.1. Promoção do vínculo pais/bebé

A promoção do vínculo afectivo é sem dúvida uma das vantagens mais reconhecidas da parceria de cuidados com os pais de bebés prematuros internados.

Kennel (1995) na apresentação que proferiu no “*Simpósio Internacional Bebê XXI*” faz referência ao professor sueco John Lind ao citar uma de suas afirmações: “a família nasce na sala de partos”. Segundo Kennel vários são os estudos, muitos deles realizados pelo Professor Gomes-Pedro e pelo Professor Brazelton, que revelam a importância do

contacto mãe/bebé no momento imediato ao nascimento da criança. Este momento é designado de “período sensível” e é quando começam a florescer a afeição dos pais pela criança. Por outro lado, reforçam a importância de se favorecer o contacto pais/bebé num contacto prolongado, definido por 3 a 7 dias após o parto, como sendo igualmente benéfico para o desenvolvimento do vínculo.

Os benefícios advindos deste contacto precoce são demonstrados em diversos estudos. Mencionamos o de Keller e outros que descrevem que os pais a quem foi proporcionado um contacto prolongado com os seus filhos após o parto, “(...) demonstraram, seis semanas após a nascença, desenvolver uma maior actividade com os seus filhos e estar mais empenhados na tarefa de cuidar do bebé.” (p. 40). Sabemos que os recém-nascidos normais, quando se encontram num estado de alerta calmo, são capazes de interagir com os pais, dando origem ao que Kennel designa de “dança sincronizada”, promovendo o sentimento de vinculação nos pais.

Kennel descreve observações efectuadas por ele e outras efectuadas por Rose, que sugerem que em situações em que este contacto precoce é, de alguma forma impossibilitado, “(...) os laços afectivos podem ser facilmente perturbados e podem ficar alterados para sempre no pós-parto imediato.” (p. 38). O facto do bebé apresentar pequenos problemas, como, por exemplo icterícia ou ligeiros problemas respiratórios com necessidade de oxigénio suplementar que obrigam ao afastamento da mãe, mesmo que por um período de tempo curto, durante as primeiras 24 horas de vida, parece afectar o comportamento da mãe durante o primeiro ano de vida ou mais.

Se nestas condições passageiras o comportamento da mãe é alterado, é fácil compreender que em situação de prematuridade o risco seja muito maior. Como sabemos, com o nascimento prematuro de seu filho, os pais experimentam sentimentos de frustração, angústia, raiva, culpa e incompetência por não terem sido capazes de gerar um filho saudável (Fowlie & McHaffie, 2004; Tronchin & Tsunehiro, 2005; Ferecini, Fonseca, Leite, Daré, Assis & Scochi, 2009).

Estes sentimentos são agravados pela admissão do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais logo após ao seu nascimento, surgindo o medo de perda do filho que se apresenta tão pequeno e frágil (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). O medo pela morte do filho origina muitas vezes nos pais uma necessidade de se afastarem, como forma de se protegerem (Brazelton & Cramer, 2004; Fowlie & McHaffie, 2004).

É fundamental, promover o vínculo durante o internamento do bebé prematuro com os seus pais. Hockenberry *et al.* (2006) referem que o “(...) vínculo materno é um processo

cumulativo que se inicia antes da concepção, fortalece-se por momentos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto mãe-filho durante o período neonatal e a primeira infância.” (p. 249). Pierre Budin (Gomes-Pedro, 1985), o pai da Neonatologia, defendia a permanência das mães junto dos bebés prematuros durante a sua permanência no hospital, referindo que se tal não ocorrer, podemos salvar o bebé, mas perdemos a mãe.

A afirmação de Budin vai ao encontro do anteriormente mencionado.

Actualmente reconhece-se que os bebés que nascem prematuramente são um grupo de risco de maus-tratos infantis, pelo acrescido cuidado que exigem dos pais no domicílio (Ramalho & Amaral, 2006).

Todas estas afirmações reforçam a importância de se promover o vínculo afectivo, também conhecido por relação precoce, entre os pais e estes bebés, facto que é reconhecido pelas enfermeiras como podemos constatar nas afirmações que se seguem, existentes nas notas de campo e também nas entrevistas: “(...) *É importante por causa do vínculo. (...) é uma criança prematura (...) se a mãe nos ajudar (...) fica mais próxima da bebé.*” (NC13-E); “(...) *a vantagem é (...) o elo de ligação que os pais começam logo desde o início a ter com a criança (...). (...) o contacto físico e verbal que eles criam mais rapidamente com (...) os filhos, o que é importante tanto para a criança como para os pais.*” (NC15-E); “(...) *o contacto que eles [pais] têm com o prematuro é muito importante (...) porque (...) vão se ligando cada vez mais à criança.*” (E1); “*E o dar o banho, (...) para ela é importante. Para ela não se desligar (...)*” (E6); “(...) *estabelece-se precocemente a relação entre pais e filhos (...). (...) se estabelece uma relação precoce entre mãe e filho (...)*” (E7); “*Cria um laço de afectividade.*” (...) *porque com o parto prematuro, há ali uma grande quebra do vínculo afectivo.*” (E8). Em consonância com as afirmações das participantes, salientamos o estudo de Martinez, Fonseca e Scochi (2007) já por nós referido no qual se destaca que a participação dos pais, em especial da mãe, nos cuidados ao bebé prematuro possibilita a interacção mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afectivo.

2.1.2. Desenvolvimento do bebé

Quando um recém-nascido nasce prematuro e é internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais fica rodeado por uma série de fios e aparelhos essenciais para a sua sobrevivência, mas assustadores para quem é estranho a este meio. Na fase inicial da Neonatologia, acreditava-se que era mais importante manter estes bebés afastados dos pais com o intuito de promover a sua estabilidade e os proteger de infecções (Gomes-Pedro, 1985; Wolke, 1995). Mas a evolução da Medicina Neonatal demonstrou que a presença dos pais promove o desenvolvimento destes bebés, enaltecendo a sua

importância para a estabilidade e ganho ponderal dos bebés prematuros (Wolke, 1995), bem como para o desenvolvimento e promoção de um sistema nervoso central intacto e funcional (Valente & Silva, [s.d.]; Tronchin & Tsunehiro, 2005; Martínez, Fonseca & Scochi, 2007).

Constatamos, pelas afirmações que se seguem que as enfermeiras reconhecem tais factos, pois referem que: *“O colinho faz muito bem aos bebés!” (NC6); (...) as crianças às vezes estão agitadas porque também sentem um bocado falta de amor (...). Falta do contacto dos pais.” (NC9-E); “(...) toda a importância (...) para o desenvolvimento da criança (...) ajuda na na recuperação (...) de qualquer problema que a criança tenha (...). (...) importância que isso tem para o desenvolvimento do bebé, principalmente psíquico (...)” (E1).*

Martínez *et al.* (2007) chegaram a resultados semelhantes aos nossos, demonstrando que os profissionais de saúde consideram, e passo a citar, que *“(...) a presença da mãe/pai favorece a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento (...)”*(p. 3), o que vai ao encontro tanto das afirmações anteriores como das que se seguem: *“(...) comecei (...) a ver que estes pais eram muito precisos, (...) [para o] desenvolvimento daquela criança, à prestação de cuidados daquela criança, para aquela criança ficar bem. (...) são pequenas coisas que têm uma importância muito grande (...) para a sobrevivência, e mesmo para o bom desenvolvimento destas crianças. (...) a criança estar, já me aconteceu (...), taquicárdica, e uma mãe mexer e o toque, e a criança começar a acalmar.” (E3); “(...) muitas vezes (...) basta a mãe falar, basta a mãe tocar, que a criança acalma-se (...) fica mais serena e as coisas correm melhor.” (E8).*

Spitz e Bowlby (Batalha, Franco & Matos, 1999), Bhutta, Khan, Salat, Raza e Ara (2004), Sasidharan, Gokul, Annop e Vijayakumar (2005), confirmam nos seus estudos uma diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade neste grupo de crianças quando o contacto precoce com os pais é facilitado. Referimo-nos aqui ao contacto precoce e não à prestação de cuidados propriamente dita, mas tal como já mencionamos, ao incentivarmos os pais a prestarem cuidados ao seu filho, estamos a promover a relação precoce e consequentemente o desenvolvimento deste bebé.

Esta ideia é reforçada por Oliveira (2001) ao ponderar que os pais ao tocarem, acariciarem e conversarem com o seu bebé proporcionam-lhe relaxamento, que se reflecte na melhoria da respiração, no desenvolvimento físico e no ganho de peso. Por outro lado, o respeitar os períodos de sono/actividade da criança prematuro é também de extrema importância para o seu desenvolvimento (Oliveira, Cunha, Ferreira, Figueiredo, Cadete & Machado, 2008), facto que é mencionado na situação a seguir referida: *“A mãe (...) pergunta se é para mudar a fralda. Cândida responde que não, pois a bebé está a dormir (...)” (NC13);* quando questionada por nós, a enfermeira explica que *“(...) a criança estava a dormir (...)*

não havia necessidade de acordar a bebé só para mudar a fralda (...)" (NC13-E). Consideramos, portanto, que "A Enfª valoriza o sono da criança, e embora considere importante a mãe prestar cuidados, justifica que, naquele momento, é prioritário respeitar o sono da criança. (...)" (NC13-M).

Consideramos importante referir o aspecto do aleitamento materno para um melhor desenvolvimento destes bebés. Reconhecemos que o leite materno é o mais importante para estas crianças, adequando-se à imaturidade do seu organismo, como descrevem Levin (1999), Vannuchi, Monteiro, Réa, Andrade e Matsuo (2004) e González (2004). Este aspecto é mencionado na transcrição que se segue: *"(...) o seu leite é super importante, (...) tem grandes defesas (...), vai (...) ajudar a crescer (...) é melhor para o desenvolvimento (...). (...) a criança corre menos sequelas, corre menos riscos de morrer, neste caso, por exemplo, da amamentação."* (E8).

É realmente muito importante promover o aleitamento materno a um recém-nascido prematuro internado numa unidade neonatal. Sasidharan *et al.* (2005) num estudo realizado na Índia, fazem referência a este facto reforçando a importância de promover a permanência das mães junto dos seus filhos prematuros, sob o risco de uma falha na lactação, o que, naquele universo específico, corresponde a um risco de vida importante para aquelas crianças. Afirmam ainda que, com este procedimento não se promove apenas a lactação, pois também se facilita a introdução da amamentação.

2.1.3. Capacitação/autonomia dos pais

Pelo discurso das participantes é possível verificar que estas consideram que o facto dos pais cuidarem do bebé os torna mais seguros nestes cuidados o que, conseqüentemente, promove a sua autonomia. *"(...) toda a mãe que desde o início lava um bebé de incubadora com menos de um quilo e meio, (...) é uma mãe que nos cuidados intermédios (...) é mais presente, interessa-se mais, stressa menos em certos aspectos (...). (...) uma mãe que participou nos cuidados intensivos com coisas muito pequenas, tipo mudar a fralda (...), posicionar ou pôr a chucha (...) quando chegou aos cuidados intermédios, dá um primeiro banho acompanhada dentro da incubadora. No segundo dia já sabe que vai se desenrascar."* (NC10-E); *"(...) fá-los sentirem-se mais capazes (...) de cuidarem do seu bebé."* (NC12-E); *"(...) a mãe sente-se mais à vontade (...) torna-se mais independente. (...) principalmente sendo pequenino."* (NC14-E); *"(...) a mãe tem participado nos cuidados (...) e por isso (...) já está mais autónoma e por isso ela consegue fazer isso sem sermos nós (...) a fazer por ela."* (NC15-E); *"(...) o processo de parceria (...) é todo um processo de aprendizagem (...) em que os conhecimentos (...) ficam muito mais consolidados, (...) [a mãe] vai ganhando confiança, vai percebendo, vai tirando as suas dúvidas (...)"* (E5). Um dos nossos memorandos confirma tais afirmações: *"Depois de lhe ensinarem a dar o banho, passou a vir diariamente pelas 11h para o fazer e era autónoma (...)"* (NC18-M).

Lopes, Mota e Coelho (2007) realizaram um estudo que objectivava apresentar aspectos do cuidado prestado pelas mães no domicílio num programa de internamento domiciliário neonatal. Neste estudo, constataram o mesmo resultado referindo que, e passo a citar, “Após o período inicial de adaptação, em que as mães passaram a lidar com a criança e suas peculiaridades, elas se sentiram mais seguras em relação ao cuidado e construíram o seu próprio estilo de cuidar.” (p. 4). Embora este estudo se refira a um programa de internamento domiciliário e não hospitalar consideramos interessante a similaridade entre os resultados, por ambos considerarem importante os cuidados serem prestados pelos pais para que estes se tornem autónomos.

Ferreira e Costa ([s.d.]) ao reflectirem sobre o modelo de Anne Casey na unidade de cuidados intensivos neonatais a recém-nascidos prematuros esclarecem que “(...) ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, estamos a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa.” (p. 57). O que vai ao encontro dos depoimentos que se seguem: “(...) importância (...) para a própria aceitação dos pais,... de eles aprenderem a lidar (...) com um bebé mais fraco, que exige mais cuidados, um bebé prematuro, que eles têm que estar sempre atentos (...)” (E1); “(...) tem todo o interesse (...) pela adaptação dos pais à criança (...)” (NC11-E).

O importante não é a adopção de um modelo específico de cuidados, como é o de Anne Casey, mas sim a prestação de cuidados centrados na família, envolvendo os pais no internamento do seu filho e nos cuidados a eles prestados, por forma a prestar um cuidado individualizado àquela família, promovendo a capacitação daqueles pais. Ao prestar cuidados em parceria o profissional de saúde, neste caso a enfermeira, favorece o *empowerment*, isto é, promove no indivíduo a sua capacidade de escolha e controlo sobre a sua vida e consequente responsabilização face a estas mesmas escolhas (Diniz, 2005). Neste caso, promove esta capacidade nos pais, fazendo com que estes se sintam parte integrante do processo de cuidados do filho (Batalha, Franco & Matos, 1999; Ferecini, Fonseca, Leite, Daré, Assis & Scochi, 2009), aspecto que é mencionado na transcrição que se segue: “(...) muito importante envolvê-los [pais] mesmo desde o princípio, (...) para que eles se sentissem necessários (...)” (E3).

2.1.4. Preparação para a alta

Ao promover a autonomia dos pais, estamos sem dúvida a preparar a ida destas crianças para casa (Tronchin & Tsunechiro, 2005). As enfermeiras que participaram no nosso estudo reconhecem a **preparação para a alta** como uma das vantagens dos pais

participarem nos cuidados ao seu filho. A alta de um recém-nascido prematuro é um momento de grande angústia para os pais, pois este bebé necessita, muitas vezes, de uma atenção mais rigorosa após a alta hospitalar, facto que gera nos pais sentimentos de insegurança e incapacidade enquanto cuidadores (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Vários autores defendem que a preparação para a alta deve iniciar-se desde o momento da admissão da criança (Tronchin & Tsunehiro, 2005; Hockenberry *et al.*, 2006; Carvalho & Abreu, 2009), opinião que é partilhada pelas participantes do estudo, como é possível constatar nos excertos que se seguem: “(...) quanto mais elas [mães] se envolverem com eles [bebés prematuros] mais cedo, mais fácil é a ida delas para casa, e mais fácil é a preparação desta alta (...)” (NC10-E); “(...) faz com que eles se sintam mais capazes de levar aquele bebé para casa. (...) e aí (...) começa a preparação da alta desde o primeiro momento (...)” (E3).

A **preparação para a alta** visa a continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, atendendo à individualidade da criança e da sua família (Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007). É importante incluir os pais nos cuidados prestados ao seu filho, com o objectivo de os orientar para a responsabilidade e dedicação frente ao estado de saúde do seu filho. Ao prestarem cuidados ao bebé prematuro, enquanto este ainda está internado, e com a orientação do pessoal de enfermagem, os pais vão adquirindo competências que os tornam cada vez mais seguros e assim sentem-se mais confiantes para levarem o seu filho para casa, prevenindo deste modo um possível reinternamento (Hockenberry *et al.*, 2006; Lopes, Mota & Coelho, 2007; Martinez, Fonseca & Scochi, 2007; Rabelo *et al.*, 2007).

As enfermeiras reconhecem que com a parceria de cuidados os pais “(...) vão adquirindo conhecimentos a nível de cuidados (...) da forma como se lida com o bebé (...) para se sentirem mais, mais seguros e estarem mais aptos quando o bebé tiver alta (...)” (NC15-E); “(...) adquirem mais à vontade (...) nos cuidados... quando forem para casa e não tiverem o apoio do (...) pessoal técnico. (...) já vão muito mais preparados e sentem-se muito mais à vontade para cuidarem do seu bebé.” (E7).

Soares (2008) realizou um estudo intitulado “*Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar*” no qual observou que o processo de cuidado no domicílio foi influenciado pela presença da mãe durante a hospitalização do recém-nascido prematuro, e que este processo de cuidado inicia-se nos primeiros encontros da mãe com o seu bebé, configurando-se no cuidado afectivo. Tais resultados corroboram as afirmações das nossas participantes.

Não podemos, no entanto, deixar de referir que nem todas as vantagens foram mencionadas, pois há estudos que apontam como vantagem da participação dos pais nos cuidados ao seu filho prematuro internado a diminuição da sobrecarga de trabalho das enfermeiras, o que se pode repercutir na diminuição de gastos por parte da instituição (Sasidharan, Gokul, Anoop & Vijayakumar, 2005; Martínez *et al.* 2007). Salientamos que, embora este facto não seja mencionado pelas participantes, ele ocorre, pois se analisarmos a categoria **cuidados prestados pelos pais** verificamos a sua existência.

2.2. COMPORTAMENTO DOS PAIS PROMOTOR DA PARCERIA

A categoria **comportamento dos pais promotor da parceria** inclui três subcategorias: **motivação dos pais**, **competências dos pais** e **presença dos pais**.

2.2.1. Motivação dos pais

A subcategoria **motivação dos pais** inclui os códigos **interesse** e **satisfação**. Como já esclarecemos, a motivação intrínseca relaciona-se com o interesse numa determinada actividade, a qual ao ser realizada gera um sentimento de satisfação (Guimarães & Bzuneck, 2002; Guimarães & Boruchovitch, 2004). Assim sendo, percebe-se que o comportamento do indivíduo seja motivado pelo seu interesse no fenómeno e pela sua satisfação após alcançarem o objectivo. Por outro lado, e tal como já afirmamos anteriormente, a Teoria da Autodeterminação afirma que a motivação intrínseca relaciona-se com três necessidades psicológicas básicas: necessidade de competência, necessidade de autonomia e necessidade de pertencer ou de estabelecer vínculos. Para um desenvolvimento psicológico adequado é necessário que todas estejam satisfeitas. A última necessidade refere-se à necessidade que as pessoas têm em se sentir amadas e de manter contacto interpessoal. Os estudos sobre este tema desenvolveram-se focalizando, essencialmente, a interacção entre pais e filhos pequenos. Tal facto faz-nos pensar que o vínculo pais/bebé, o qual se desenvolve ainda durante a gravidez, contribui para a motivação dos pais.

Relativamente ao código **interesse** constatamos que: “(...) Mariana (...) perguntou se ela queria pegar na sua bebé ao colo, ao que a mãe respondeu que sim.” (NC6); “(...) apenas 3 dias depois (...) a mãe de Ariel quis pegar na sua filha ao colo.” (NC6-M); “[A mãe de Asaliah] Mostra-se muito interessada, pergunta sempre como a filha passou a noite anterior e pede sempre para participar nos cuidados.” (NC8-M); “(...) há aqueles pais muito interessados, que (...) interessam-se e assimilam tudo o que nós dizemos. (...) e que colaboram até bastante bem (...)”

(NC9-E); “(...) a mãe mostrou-se logo disponível. Disse que sim, que gostava muito.” (NC10-E); “A mãe começou a colaborar muito cedo (...) é muito interessada (...). (...) desde que a mãe se sinta interessada (...)”. (NC11-E); “(...) Mesmo (...) com bebés ventilados, em que são pais que manifestam algum interesse, (...) eu acho extremamente importante.” (NC19-E); “(...) os pais estão (...) muito participativos (...) estão mais interessados (...)” (E4).

Notamos também que as mães demonstram **satisfação** ao participar nos cuidados prestados aos filhos prematuros: “(...) é a primeira vez que a mãe pega na bebé ao colo e, pelo sorriso que esboçou, parece que gostou.” (NC6-M); “É uma mãe [mãe da Ariel] carinhosa (...) e gosta quando lhe põem a bebé ao colo. (...) diz sempre que sim com um grande sorriso quando lhe propõem.” (NC8-M); “A mãe (...) esboçou um sorriso. (...) ao enxugar a filha, parecia acariciá-la.” (NC10). Tal facto também é valorizado pelas enfermeiras: “A mãe começou a colaborar muito cedo (...) e gosta de o fazer.” (NC11-E); “Se eu vir que (...) elas [mães] até gostam.” (E7).

2.2.2. Competências dos pais

O facto dos pais demonstrarem competências também é factor capaz de gerar nas enfermeiras motivação para prestarem cuidados com estes pais, como é possível ver: “A mãe [da bebé Asaliah] tem muita autonomia.” (NC9-E); “Parece-me que a enfermeira, ao salientar que a mãe tem muita autonomia, refere-se ao facto da mãe ser capaz de cuidar da bebé, ou seja é competente, mostra capacidades (...)” (NC9-M); “(...) desde que a mãe (...) mostre competências (...)” (NC11-E); “(...) Mesmo (...) com bebés ventilados, (...) que a gente nota que os pais até são capazes, eu acho extremamente importante.” (NC19-E).

2.2.3. Presença dos pais

Outro factor que parece motivar as enfermeiras para a prestação de cuidados em parceria e que se relaciona com o comportamento dos pais, é a presença destes na unidade, como é possível constatar pelos excertos que se seguem: “A mãe da bebé Asaliah é uma mãe muito presente.” (NC9); “(...) a mãe é muito dedicada. Passa muitas horas aqui (...)” (NC9-E); “A mãe [de Asaliah] começou a colaborar muito cedo (...). É uma mãe muito presente, é muito presente.” (NC11-E); “Depende dos pais. Há aqueles que são um bocadinho ausentes, que a gente sabe que eles (...) não vêm... Mas se é uma mãe presente, e que quer até participar, que demonstra interesse (...)” (E6). Verificamos que as enfermeiras consideram a **presença dos pais** na unidade como um elemento importante para o seu envolvimento nos cuidados prestados ao bebé.

Na bibliografia por nós consultada, vários são os estudos que reforçam a importância da presença dos pais durante o internamento dos filhos prematuros (Martínez, Fonseca &

Scochi, 2007; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007), chegando, numa perspectiva mais actualizada, a defender o alojamento materno nestas unidades como forma de promover o cuidado humanizado (Fowlie & McHaffie, 2004; Dittz, Mota & Sena, 2008). No entanto, não encontramos nada que descreva a presença dos pais na unidade como um factor motivador para as enfermeiras prestarem cuidados em parceria. Em contrapartida, num estudo realizado por Oliveira e Collet (1999), que objectivou verificar a percepção da mãe sobre a sua permanência durante a hospitalização do filho, os autores referem que a “(...) equipa de saúde tende a considerar que a mãe opta por não permanecer com seu filho na hospitalização, pré-julgando um desinteresse desta, pela criança que está deixando só (...)” (p. 98). Tal facto pode influenciar a motivação da enfermeira em promover a participação desses pais nos cuidados ao bebé. É importante, no entanto, esclarecer e tentar compreender as razões que levam esses pais a se ausentarem, as quais podem estar relacionadas com factores sociais, familiares ou pelos seus próprios sentimentos de medo da morte do filho e insegurança face ao seu internamento. Oliveira e Collet salientam ainda que a mãe que não pode permanecer junto do seu filho, necessita de um cuidado igual ou talvez até ainda maior que as outras mães. Isto porque esta mãe se encontra desamparada no que se refere à doença do seu filho, pois não acompanha de perto o tratamento, não tem o mesmo nível de informação sobre a evolução da assistência à criança e, por isso, fantasia sobre os cuidados ou falta de cuidados que o seu filho está a receber. Em acréscimo, ainda sente uma cobrança maior por parte da equipa de enfermagem, pelo facto de não permanecer junto do seu filho por mais tempo.

Como já esclarecemos, “(...) a motivação é bem mais que um processo estático. Trata-se de um processo que é ao mesmo tempo função dos indivíduos e das atividades específicas que eles desenvolvem.” (Leboyer In Bergamini, 1990)

Verificamos que a motivação das enfermeiras relaciona-se com os conhecimentos que estas têm sobre as vantagens inerentes ao fenómeno parceria de cuidados com pais de recém-nascidos prematuros e com o comportamento dos pais, desde que este seja percebido pelas enfermeiras como promotor da parceria. Assim, a própria motivação dos pais, surge do seu interesse, o qual parece estar relacionado com o próprio vínculo pais/bebé, e que por isso provoca nos pais uma sensação de satisfação.

A Teoria da Autodeterminação demonstra que o comportamento extrinsecamente motivado também pode ser autodeterminado e sugere a existência de um *continuum* entre a motivação intrínseca e a extrínseca, referindo que a motivação da pessoa é o resultado de ambos os tipos de motivação (Guimarães & Bzuneck, 2002; Guimarães & Boruchovitch, 2004). Isto é, as enfermeiras prestam cuidados em parceria com os pais,

porque os pais habitualmente estão presentes, o que as enfermeiras reconhecem como demonstração de interesse por parte deles e então, e por reconhecerem as vantagens da parceria, incentivam-nos a participar. Ao participarem os pais demonstram satisfação – evidenciam uma emoção – e consequentemente sentem-se mais interessados em participar. Ao participarem, por outro lado, adquirem conhecimentos, o que os faz sentirem-se competentes a cuidar do filho, facto reconhecido pelas enfermeiras que, por os reconhecerem como competentes em cuidar do filho, incentivam-nos a participar nos cuidados, promovendo o desenvolvimento de todas as vantagens associadas à parceria, o que as faz sentirem-se satisfeitas e competentes porque as suas acções estão a ser eficazes.

Queremos ainda esclarecer que a subcategoria **competências dos pais** não foi inserida na subcategoria **motivação dos pais** por se considerar que, neste caso, a competência deles vai influenciar a motivação das enfermeiras e não a sua.

3. FACTORES INIBIDORES

A dimensão **factores inibidores** da parceria engloba cinco categorias: **dificuldades sentidas pelas enfermeiras**, **comportamento dos pais**, **estado de saúde do recém-nascido**, **incubadora como barreira** e **tipo de cuidado prestado**.

Relativamente à categoria **dificuldades sentidas pelas enfermeiras**, esta surgiu das subcategorias **insegurança** e **falta de confiança por parte da equipa médica**. Já a categoria **comportamento dos pais** possui como subcategorias **recusa em participar** e **percepção de falta de conhecimentos/capacidades**. As categorias **estado de saúde do recém-nascido** e **incubadora como barreira** não possuem subcategorias, pois emergiram directamente de códigos com a mesma definição. Quanto à última categoria, **tipo de cuidado prestado** esta também emergiu de outras duas subcategorias, que são: **cuidado com risco associado** e **cuidado não prestado após a alta**.

Dimensão	Categoria	Sub-categoria
Factores inibidores	Dificuldades sentidas pelas enfermeiras	Insegurança
		Falta de confiança por parte da equipa médica
	Comportamento dos pais	Recusa em participar
		Percepção de falta de conhecimentos/capacidade dos pais
	Estado de saúde do recém-nascido	
	Incubadora como barreira	
	Tipo de cuidado prestado	Cuidado com risco associado
		Cuidado não prestado após a alta

Quadro 5 – Dimensão 3 – Factores inibidores

3.1. DIFICULDADES SENTIDAS PELAS ENFERMEIRAS

Esta categoria possui, como já referimos, duas subcategorias. São elas ***insegurança e falta de confiança por parte da equipa médica.***

3.1.1 Insegurança

Na ***insegurança*** inserimos o código ***evitar situações de stress***: “(...) se é um bebé ventilado, muito pequenino e que está instável,... eu sinto mais dificuldades (...) em prestar cuidados com os pais presentes. (...) Porque se a criança descompensar (...) a situação é muito mais difícil de controlar pela própria presença dos pais.” (E2). Esta afirmação remete-nos para o estudo de Lamego, Deslandes e Moreira (2005), o qual reflecte sobre as potencialidades e os obstáculos para a promoção de cuidado humanizado numa unidade de terapia neonatal cirúrgica. Estes investigadores observaram que, embora a presença dos pais e sua participação nos cuidados seja estimulada, “(...) momentos de agravamento do quadro clínico, urgência e necessidade de performance técnica (...) acarretavam a interdição dos pais, que eram desencorajados a tocar nos seus bebês.” (p. 6).

Hoga (2002) no seu estudo sobre as “*Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem em unidade neonatal*” reconhece esta dificuldade sentida pela enfermeira. Neste estudo, identifica como fontes de *stress*, entre outras, o trabalho em situações de emergência (tais como a entubação, as paragens cardiorespiratórias e apneias) e o cuidado e vigilância permanente de recém-nascidos em risco de vida e/ou prematuros com sinais vitais instáveis.

Hoga, reconhece também a repetição de procedimentos dolorosos ao mesmo recém-nascido (como punções venosas repetidas), como outra das fontes de *stress* das enfermeiras, o que se relaciona com o código que se segue, ***dificuldade em realizar procedimentos dolorosos na presença dos pais***, também pertencente à subcategoria ***insegurança***. Essa situação é um factor de dificuldade para a enfermeira, como é possível constatar nos excertos dos memorandos que se seguem: “Sempre que é necessário punccionar um bebé, ou proceder a alguma técnica invasiva, como uma simples vacinação, os enfermeiros pedem aos pais para saírem da unidade. Será que é por se sentirem inseguros à frente dos pais?” (NC17-M); “Considerarei o facto de a enfermeira pedir à mãe para se ausentar durante a punção como uma dificuldade (...), relacionada com a sua insegurança em lidar com os pais quando os seus filhos são submetidos a procedimentos dolorosos.” (NC21-M).

As transcrições que se seguem confirmam este aspecto: “Uma enfermeira até referiu que em certas situações [realização de técnicas invasivas] não se sentia à vontade com a presença dos

pais (...)” (NC10-M); “A enfermeira aproxima-se e pergunta à mãe se quer ir tomar o pequeno-almoço, pois a bebé tem de colher sangue para análises, e assim aproveitava este momento para se ausentar.” (NC21); “(...) às vezes os pais ficam muito ansiosos [perante um procedimento doloroso], e (...) só desajudam, só vão criar mais stress (...) ao próprio enfermeiro que está a praticar esta acção.” (E1); “(...) a gente sente-se mais à vontade se os pais não estão [quando a criança é punccionada], do que se os pais estão ali presentes, né? Pronto, se a gente não conseguir à primeira... Também somos humanos! (...) Às vezes é um bocado ehh... embaraçoso. (...) a gente tem medo de... de falhar à primeira (...) a gente depois vê a pessoa assim: “E pá, ela não sabe picar!” E às vezes não é o caso. (...) a tolerância de a gente picar três ou quatro vezes, torna-se menor. (...) E isso é maior ansiedade para o técnico (...)” (E6).

Martínez, Fonseca e Scochi (2007) chegaram a resultados semelhantes no seu estudo referente aos significados que a equipa de saúde atribui à participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro internado. Observaram que a presença dos pais modifica o ambiente da unidade, pois gera insegurança na realização de determinados procedimentos e, por vezes, até medo de possíveis questionamentos ou denúncias por parte dos pais. Quanto a este facto, Hoga (2002) salienta que uma das dificuldades sentidas pelas enfermeiras, é a “(...) cobrança dos familiares quanto à assistência prestada (...)” (p. 20), o que justifica as afirmações das enfermeiras. Guimarães e Monticelli (2007), relativamente à ausência de convite aos pais para presenciarem e/ou participar em tais momentos, esclarecem que quando “(...) isso acontece, os pais começam a acreditar que ali (...) somente os profissionais é que podem e devem cuidar, acolher e suprir as necessidades do neonato, cabendo a eles apenas observar de longe como tudo acontece (...) Essas atitudes profissionais afastam cada vez mais os pais (...)” (p. 632).

Ainda nesta subcategoria incluímos o código **difficuldade em estabelecer uma relação de ajuda**, por considerarmos, tal como refere Imori (1997), que certos profissionais, por não dominarem conhecimentos sobre ciências humanas e relações interpessoais, tornam-se inseguros perante reacções emocionais, situações de conflito e ansiedades vividas no dia-a-dia de uma unidade de internamento, e por isso, acabam por limitar a sua assistência ao diagnóstico e terapêutica, concentrando o seu conhecimento em ciências mais objectivas e mensuráveis como, por exemplo, a fisiopatologia.

O depoimento que se segue confirma esta afirmação: “Há outros elementos [enfermeiras] que (...) gostam que seja feito de determinada maneira e preferem fazer a deixar os pais fazer.” (E5). Esta atitude por parte das enfermeiras está contra os pressupostos da relação de ajuda a estabelecer com os pais de bebés prematuros, a qual visa integrá-los nos cuidados prestados ao bebé. Na citação que se segue, percebe-se que a participante reconhece a importância deste facto: “(...) se tu não estiveres ali com uma postura, que (...)”

não estás sabendo te pôr no lugar daquela pessoa, não estás sabendo criar uma empatia com aquela pessoa, isto não resulta.” (NC10-E). Hoga (2002) reconhece, no seu estudo anteriormente mencionado, que as dificuldades na relação interpessoal com familiares são uma das causas de stress que afectam os profissionais de enfermagem, das quais salientamos: “(...) servir de amparo às manifestações emocionais de repúdio dos pais que enfrentam situações difíceis (...)” e “(...) disponibilidade constante para o oferecimento de suporte aos pais em situações de angústia (...)” (p. 20-21).

É fundamental estabelecer uma relação de ajuda com os pais destes bebés, pois a participação dos pais nos cuidados ao bebé implica o desenvolvimento de uma relação de confiança entre esses e os enfermeiros (Ferreira & Costa, [s.d.]; Pinto & Figueiredo, 1995; Batalha, Franco & Matos, 1999). A comunicação e a empatia são dois aspectos fundamentais na relação de ajuda (Phaneuf, 2005). Verifica-se que as enfermeiras reconhecem a importância da comunicação para a promoção da relação de ajuda e admitem que uma menor capacidade em saber comunicar com os pais pode influenciar esta relação: “(...) se (...) comunicar para ela [enfermeira] seja difícil (...) é uma dificuldade (...). (...) há pais em que a gente não consegue estabelecer uma empatia” (E3); “(...) ainda há uma grande dificuldade. (...) nem sempre nós conseguimos criar empatia com todos os pais. (...) Às vezes a gente tem mais empatia com um casal do que com outro. Há pessoas que têm sempre mais dificuldades (...) há colegas que falam muito menos do que outras. (...) isso tem a ver com o à vontade da pessoa em falar, em gostar de falar (...), porque (...) por qualquer outra coisa a gente não liga com aquele casal.” (E8).

Consideramos curioso uma das enfermeiras referir que em certas situações a comunicação não se faz porque: “(...) se calhar, os pais são mais calados (...)” (E8). Riley (2004^a) e Diogo (2000) afirmam que para haver comunicação é necessário haver duas pessoas. Pensamos que a enfermeira faz tal afirmação, talvez numa tentativa de justificar o facto de em certas situações a relação de ajuda não ser tão eficaz. No entanto, relembramos que a relação de ajuda é uma característica da profissão de enfermagem e que portanto, é da responsabilidade do enfermeiro promovê-la (Ordem, 2003^a). Quanto a este facto, já Barros, em 1998, afirma que os “(...) técnicos têm de perder o medo de comunicar de forma aberta e assertiva com os pais, reconhecendo claramente o seu direito a serem informados e a participar activamente nas tomadas de decisão e nos cuidados a prestar à criança.” (p. 25).

3.1.2. Falta de confiança por parte da equipa médica

Uma das dificuldades sentidas pelas enfermeiras relaciona-se com a equipa médica e a falta de confiança que estes profissionais de saúde depositam nos enfermeiros. Na E4 a

enfermeira explica reconhecer a importância de promover determinados cuidados, como o colo da mãe a bebés ventilados, mas defende que não o faz por subordinação à classe médica: *“A gente devia pôr os bebés ventilados ao colo,... mas isso é muito difícil aqui, (...) não podemos, porque (...) então com estas médicas (...) dá cá uns nervos (...). (...) só (...) mudar de posição eles [médicos] até nos enterram vivas (...). Os médicos podiam nos pôr à vontade. (...) eu tenho visto em Lisboa, bebés ventilados ao colo da mãe. Aqui é que não. Eu acho que também não me sinto segura para isso! (...) É como se houvesse uma falta de confiança (...)”* (E4). Hoga (2002) no estudo que realizou, o qual já mencionamos anteriormente, aponta como causas de *stress* dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal o “(...) ser receptáculo de mecanismos de defesa alheios – projecção de médicos que atribuem culpa do insucesso do tratamento a profissionais de enfermagem (...)” e a “(...) atenção às relações hierárquicas.” (p. 21). Constatamos que as afirmações da enfermeira corroboram estes resultados.

Como sabemos, e tal como o REPE (Ordem, 2003^a) descreve no artigo 9º, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes, sendo as interdependentes as “(...) acções realizadas pelos enfermeiros (...) decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (p. 168).

Silva, Kirshbaum e Oliveira (2007) referem que, uma vez que cabe ao médico o diagnóstico e a terapêutica, “(...) a enfermeira e a equipa de enfermagem, de certo modo, ficam subordinadas a esse profissional, pois executam procedimentos que, por vezes, dependem de prescrição médica.” (p. 254). No entanto, a enfermeira, se é detentora deste título profissional é porque está habilitada, com conhecimentos científicos, para exercer a sua profissão. Ao reconhecer o colo como um cuidado importante e sentindo-se capaz de promover este cuidado, se não o faz é porque, na perspectiva de Silva *et al.*, nesta relação de trabalho em equipa se estabelece “(...) uma relação de dominação subordinação (...)” (p. 254).

3.2. COMPORTAMENTO DOS PAIS

Quanto à categoria **comportamento dos pais**, consideramos como subcategorias: **recusa em participar** e **percepção de falta de conhecimentos/incapacidade dos pais**.

3.2.1. **Recusa em participar**

A subcategoria **recusa em participar** surge da seguinte afirmação: “(...) *ela disse que (...) não pode vir todos os dias.*” (NC14-E); tal facto também se constata nos seguintes memorandos: “É melhor ser a sra enfermeira porque ela é muito pequenina. (...) *O pai não se tinha mostrado disponível para prestar qualquer cuidado (...)*” (NC17-M); “(...) *[eu] disse-lhe que se preferir pode vir dar o banho mais tarde, pelas 14 horas [ao que a mãe respondeu] – Não Sra Enfermeira, não faz mal. Vocês podem dar o banho, porque eu já sei. (...). (...) percebi que muitos cuidados não são feitos com os pais porque os próprios pais parece não o quererem.*” (NC18-M). Nestes excertos, torna-se visível que, em muitas situações, são os próprios pais que se recusam a participar nos cuidados aos seus filhos. Este comportamento dos pais originou-se do agrupamento dos códigos **insegurança, ansiedade, falta de interesse dos pais e medo da morte do filho**, os quais ilustram as razões para não participar.

Relativamente ao código **insegurança**, uma enfermeira refere que os pais “(...) *têm um certo medo de tocar no bebé (...)*” (NC19-E). Lamego, Deslandes e Moreira (2005) esclarecem que situações de medo e de insegurança face à hospitalização do seu filho, podem causar nos pais uma dificuldade em comunicar com a equipa de saúde o que, consequentemente, agrava o temor em tocar no bebé. Guimarães e Monticelli (2007) defendem haver uma dificuldade inicial dos pais em ultrapassar o desafio de serem pais de recém-nascidos prematuros, a qual se relaciona não só com sentimentos de culpa, medo e insegurança com relação ao nascimento prematuro, como também com o desapontamento frente à impossibilidade de acolherem o filho ao nascer. Referem que “(...) a separação da tríade faz aumentar os questionamentos relacionados à sobrevivência e exacerba sentimentos negativos, como os de ansiedade e insegurança..” (p. 632).

A **ansiedade**, intimamente relacionada com a **insegurança** é percebida pelas participantes da seguinte maneira: “(...) *às vezes os pais ficam extremamente ansiosos (...)*” (NC19-E); “(...) *há pais que ficam (...) receosos (...). (...) que são mais ansiosos*” (E1); “(...) *a mãe ficou muito ansiosa, não, não reagiu bem ao quilo e meio que a criança tinha na altura (...)*” (E3); “(...) *há mães que (...) ficam muito ansiosas (...) entram em stress (...)*” (E4); “(...) *as mães, muitas vezes, quando vêm um bebé dentro de uma caixinha, assustam-se muito.*” (E7). Barros (1998) esclarece que a ansiedade dos pais face ao internamento do filho influencia o seu comportamento, impedindo-os de prestarem o apoio que o filho necessita. Faz referência a Robinson o qual “(...) verificou que as mães mais assustadas despendiam menos tempo a visitar os filhos internados, iniciavam menos vezes o diálogo com o médico, e tinham menos probabilidades de se queixar ou criticar aspectos relacionados com as condições de internamento.” (p. 21).

Este afastamento, muito frequente em Neonatologia, pode levar os pais a pensarem que o seu filho é melhor cuidado pelas enfermeiras e também por este motivo tendem a se afastar. O que pode ser percebido por parte das enfermeiras como uma menor motivação dos pais para prestarem cuidados em parceria (Oliveira & Collet, 1999).

Consideramos que a **falta de interesse dos pais** em estar presente durante os cuidados prestados ao bebé prematuro ou mesmo em participar nestes cuidados está directamente relacionado com os dois códigos anteriores – **insegurança** e **ansiedade**. Este código – **falta de interesse dos pais** – surge de excertos referentes à interpretação que as enfermeiras dão face a diferentes comportamentos dos pais, como o facto dos pais não fazerem perguntas sobre o estado do bebé: “[A mãe] não fez perguntas (...)” (NC14-E); e o facto dos pais serem pouco comunicativos e pouco presentes: “[A mãe] é muito calada e só fala quando lhe falamos. (...) As visitas da mãe são sempre muito esporádicas e muito irregulares (...) não vem todos os dias.” (NC20-E); “(...) o facto da mãe de Rahael o visitar em dias e horários irregulares, é visto pela enfª Julieta como falta de interesse da mãe em cuidar do filho.” (NC20-M); “Há aqueles pais que são um bocadinho ausentes, que a gente sabe que eles não (...) vêm (...)” (E6). Lamego, Deslandes e Moreira (2005) explica que a falta de comunicação entre os pais e as enfermeiras pode fazer com que os profissionais de saúde, neste caso as enfermeiras, adoptem comportamentos que desencorajem a presença dos pais e sua participação nos cuidados.

Podemos ainda considerar a falta de interesse que os pais demonstram em estar presentes ou participar na realização de procedimentos dolorosos: “A mãe contraiu os músculos da face ao saber que Lelahel ia colher sangue. (...) aproveitou (...) para ir até ao refeitório (...)” (NC21). As participantes interpretam este comportamento dos pais da seguinte forma: “(...) normalmente os pais não gostam muito (...) de presenciar a parte das colheitas de, de sangue. (...) A mãe fez uma cara de desagrado e disse que (...) não ia gostar de certeza de ver essa cena.” (NC21-E); “(...) os pais não reagem muito bem [quando estão presentes durante a realização de cuidados invasivos/cuidados invasivos]. E sentem como seja uma mutilação, o fazer mal à criança. (...) a maior parte dos pais não gosta de ver (...) custa-lhes muito (...)” (E6). Guimarães e Moticelli (2007) referem que este comportamento pode estar relacionado com atitudes da própria equipa de saúde, isto é, atitudes de não adopção de técnicas de alívio da dor. Os autores esclarecem que a percepção por parte dos pais de que a enfermeira não adoptou técnicas de alívio da dor provoca-lhes ansiedade e “dor”, o que promove a sua recusa em presenciar e/ou participar em tais procedimentos.

Relativamente à presença dos pais, e tal como já mencionamos anteriormente ao discutirmos esta subcategoria, Oliveira e Collet (1999) defendem que uma menor presença dos pais na unidade é percebida pelas enfermeiras como falta de interesse. Por outro lado, Guimarães e Monticelli (2007) referem ainda que

É comum esta mesma equipa de saúde neonatal assumir por completo todos os cuidados do recém-nascido, tendo muitas vezes, certo poder sobre o mesmo. Quando isto acontece, os pais começam a acreditar que ali, dentro daquele ambiente, somente os profissionais é que podem e devem cuidar, acolher e suprir as necessidades do neonato, cabendo a eles apenas observar de longe como tudo acontece no dia a dia (p. 632).

Assim, pressupomos que a **falta de interesse dos pais**, pode estar relacionada com comportamentos adoptados pelas próprias enfermeiras, durante todo o processo de cuidar daquela criança.

Consideramos que estes três códigos – **insegurança**, **ansiedade** e **falta de interesse dos pais** – se encontram intimamente ligados entre si, pois e contrariamente ao que acontece com a motivação, a ansiedade dos pais provocada pelo internamento da criança torna-os inseguros nos cuidados a prestar, o que promove o seu afastamento, gerando a sua ausência, a qual é percebida pelos enfermeiros como falta de interesse destes para com o bebé (Barros, 1998; Oliveira & Collet, 1999; Guimarães & Boruchovith, 2004; Lamego, Deslandes & Moreira, 2005). Esta percepção por parte das enfermeiras pode ser responsável por comportamentos que desencorajam ainda mais os pais a participar nos cuidados ou até mesmo a estar presentes, promovendo ainda mais a sua insegurança e ansiedade.

Não podemos deixar de salientar o código **medo da morte do filho**, aspecto já mencionado algumas vezes no desenvolvimento da nossa análise. As participantes reconhecem que este sentimento provoca nos pais a necessidade de afastamento, o que é referido no excerto que se segue: “(...) já tivemos aí um caso de um bebé que a mãe inicialmente se distanciava porque ela pensava que a bebé ia morrer (...). (...) era um distanciamento (...) ela capacitou-se que o filho ia morrer (...) e o receio que ela tinha de se ligar muito afectivamente à criança (...) pensando sempre que (...) vai morrer.” (E1). Vários autores, entre eles Brazelton e Cramer (2004), Fowlie e McHaffie (2004), Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2005) e Tronchin e Tsunehiro (2005) destacam este aspecto nos seus estudos, referindo que este receio pode provocar nos pais a necessidade de afastamento, o que pode ser percebido pelas enfermeiras como a sua recusa em participar nos cuidados à criança. Referem, no entanto, que este receio sentido pelos pais é frequente apenas em situações em que a vida da criança está em risco.

3.2.2. Percepção de falta de conhecimentos/capacidade dos pais

Esta subcategoria refere-se à percepção que as enfermeiras têm das capacidades e conhecimentos que os pais possuem: “(...) a bebé é tão pequenina! Achas que a mãe ia saber fazer isso!? (...) é complicado para os pais (...) eles até ficam nervosos (...)” (NC4-E); “Os pais não iam saber dar-lhe o leite (...). (...) Não parecem ser lá muito desenrascados.” (NC7-E); “(...) há aqueles outros pais (...) que não adquirem bem os conhecimentos, ou que não têm bem noção das coisas, dos prós e dos contras (...)” (NC9-E); “(...) ela estava com a bebé ao colo, é um bocado complicado. Tinha que deixar a cabeça da bebé... depois segurar na seringa e no biberão ao mesmo tempo... É um bocado complicado para ela.” (NC11-E); “(...) eu não tinha a certeza se a mãe estaria à vontade para as dar [as vitaminas] sozinha ou não e então eu dei (...)” (NC15-E); “(...) os pais (...) acham-se às vezes um pouco incapazes (...)” (NC19-E); “(...) temos que ser nós [enfermeiras] porque os pais não têm (...) capacidade, não têm conhecimentos para cuidar deles (...)” (E3). O estudo realizado por Martínez, Fonseca e Scochi (2007), já por nós mencionado, revela que a escolaridade dos pais pode influenciar a sua capacidade de perceber as orientações dadas pela equipa de saúde, o que pode gerar dificuldade na comunicação entre ambos e consequentemente influenciar negativamente a relação de parceria. Sasidharan, Gokul, Anoop e Vijayakumar (2005) no estudo que realizaram na Índia fazem referência a este aspecto como desvantagem da participação improvisada das mães nos cuidados aos recém-nascidos, alertando para os riscos relacionados com cuidados de alimentação e as infecções cruzadas. Referem, no entanto que estes riscos inerentes são fáceis de ultrapassar através da correcta informação/formação fornecida aos pais.

Na subcategoria **percepção de falta de conhecimentos/capacidade dos pais** incluímos o código **demora na prestação de cuidados**. Consideramos que a percepção que as enfermeiras têm sobre as capacidades dos pais em prestar cuidados ao filho afecta a prestação de cuidados em parceria, pois as enfermeiras consideram que os pais prestam cuidados mais demorados e portanto optam, por vezes, por intervir como é possível verificar: “A gente quer é se despachar (...) e isso [os pais prestarem os cuidados] complica um bocado. (...) às vezes há mães que só atrapalham. Ehh... não é que atrapalham. (...) mas levam muito tempo. Às vezes os pais levam mais tempo (...)” (NC13-E); “(...) para vesti-la mais rapidamente para ela [bebé] se sentir mais cómoda, não sentir tanto frio, eu ajudei a mãe a vestir.” (NC15-E). Martínez et al. (2007) no seu estudo obtiveram respostas semelhantes por parte dos entrevistados – equipa de saúde de uma unidade neonatal – quando estes afirmam que os enfermeiros podem ser uma das maiores barreiras no que se refere à permanência dos pais. Não apenas porque os encaram como uma fonte de stress, mas também porque consideram que estes consomem o seu valioso tempo. Assim, os pais ao colaborarem, por vezes, atrapalham o trabalho.

3.3. ESTADO DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

A categoria **estado de saúde do recém-nascido** inclui referências ao seu peso, idade gestacional, tipo de internamento (cuidados intensivos ou cuidados intermédios), instabilidade, idade e tempo de internamento.

Relativamente ao peso e idade gestacional, consideramos as seguintes afirmações: “(...) a bebé é tão pequenina! Achas que a mãe ia saber fazer isso!?” (NC4-E); “(...) bebé não sabe mamar! (...) só tem 33 semanas de gestação.” (NC7-E); “É melhor ser a sra enfª porque ela é muito pequenina” (NC17-M). Quanto à instabilidade do bebé prematuro ou ao seu internamento em cuidados intensivos, estes são reconhecidos pelas enfermeiras nas seguintes situações: “(...) a Ariel ainda tem cateter,... com lípidos [alimentação parentérica] e eléctrodos. ... é complicado para os pais (...). Quando já estiver estável, sem cateter e já no outro lado [cuidados intermédios], onde há mais espaço, a mãe começa a tratar dela. Cada coisa no seu tempo.” (NC4-E).

Sasidharan, Gokul, Anoop e Vijayakumar (2005), no seu estudo sobre os “benefícios da participação materna em enfermarias neonatais”, corroboram estas afirmações ao esclarecerem que as vantagens da participação materna nas enfermarias neonatais são superiores às desvantagens, excepto em casos de doença grave e neonatos muito imaturos. Em consonância com o anteriormente mencionado, Guimarães e Monticelli (2007) consideram que a saúde instável destes bebés é um factor inibidor do processo de vinculação entre eles e os pais durante todo o período de internamento. O que se traduz numa influência negativa quanto à participação dos pais nos cuidados prestados ao seu filho.

Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007) especificam que “(...) cuidados de higiene e alimentação destinados a essas crianças doentes não são tão simples de executar e isentos de riscos” (p. 253), pelo que não podem ser considerados cuidados simples e rotineiros, pois na sua execução “(...) há implícito um saber de enfermagem e conhecimentos de outras áreas, como a Anatomia e Fisiologia, que se traduzem por meio de literatura específica da área de enfermagem (...)” (p. 253). O que vai ao encontro das opiniões das enfermeiras: “[os pais prestarem cuidados de higiene] ajuda um bocadinho para a instabilidade da criança (...) fazem com a incubadora aberta, (...) e isso faz com que o bebé arrefeça, ou baixe saturação. (...) e o mais importante é que eles [bebés] fiquem bem.” (NC13-E); “Os cuidados deles [pais] têm de ser mais limitados [ao bebé em UCI, com CVU e ventilados], porque há muita técnica ali que só a enfermagem é que domina (...)” (NC15-E); “(...) às vezes pode ocorrer maior probabilidade de, de haver um cateter que possa ser exteriorizado mais rapidamente (...)” (NC19-E); “(...) um bebé pequenito, com 600 gramas numa incubadora, (...) o cuidar tem de ser menos frequente por causa da... da temperatura (...)” (E6).

Imori (1997) num artigo sobre “participação dos pais na assistência à criança hospitalizada” faz referência a Horta ao explicar que os pais ao procurarem, e passamos a citar, “(...) o tratamento para a criança, (...) encontram-se diante de um poder médico e institucional que os submete às decisões para o seu empreendimento.” (p. 41). Tal facto é observado na situação a seguir descrita: “[Mariana] Questionou se a mãe queria amamentar, ao que a mãe respondeu que sim (...) [Mariana] dirigiu-se à Pediatra para saber se podia colocar Lauviah à mama [o que implicava colocar a bebé ao colo da mãe]. A Pediatra preferiu que isso não acontecesse por haver o risco de o CVU se deslocar, porque (...) CVU estava nos limites. (...) naquele momento era preferível minimizar as manipulações ao CVU.” (NC19).

Andraus, Minamisava e Munari (2004) no seu artigo fazem referência a um estudo realizado no Canadá, por Espezel e Canam, no qual apontam que os pais de crianças internadas reconhecem que “(...) no início das interacções, havia necessidade de os enfermeiros assumirem os cuidados à criança em estado grave.” (p. 206).

3.4. INCUBADORA COMO BARREIRA

Esta categoria é possível constatar pelo excerto que se segue: “Existe a barreira da incubadora (...)” (NC13-E); “(...) as mães, muitas vezes, quando vêm um bebé dentro de uma caixinha, assustam-se muito.” (E7) “(...) há sempre uma barreira que é a incubadora, que trava a afectividade do contacto directo (...) corpo a corpo mãe/filho.” (E8). Consideramos interessante este aspecto. No nosso entender, avaliamos estes comentários como uma preocupação das participantes, constatando que o facto da bebé estar na incubadora actua de forma negativa na formação do vínculo pais-bebé, o que por sua vez irá influenciar, também de forma negativa, a motivação dos pais para participarem nos cuidados ao seu filho. Na nossa pesquisa bibliográfica, não encontramos nenhum estudo no qual os profissionais de saúde consideram a incubadora como uma barreira ao desenvolvimento da parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros. No entanto, Guimarães e Monticelli (2007) no seu estudo sobre a formação do apego entre pais e recém-nascidos prematuros, constataam que os pais consideram a incubadora como um aspecto complicador da formação do apego, embora reconheçam a sua importância para a saúde do bebé.

3.5. TIPO DE CUIDADO PRESTADO

Cuidado com risco associado e **cuidado não prestado após a alta** são as subcategorias pertencentes à categoria **tipo de cuidado prestado**.

3.5.1. Cuidado com risco associado

Os cuidados com risco associado são uma preocupação das enfermeiras, quando se referem à manipulação da sonda gástrica por parte dos pais: “(...) *há sempre riscos! A sonda pode não estar bem colocada (...)*” (NC9-E); “(...) *para evitar manipulações da sonda,... é mais uma preocupação, não há necessidade.*” (NC11-E). Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007) corroboram esta afirmação, pois defendem que a administração da dieta ou medicação pela sonda gástrica é sem dúvida um acto de enfermagem, pois implica cuidados específicos como a “(...) *necessidade de se mensurar o resíduo gástrico da criança antes da administração da referida dieta.*” (p. 253), despistando, deste modo, sinais precoces de intolerância alimentar, o que pode estar associado a doença gastrointestinal ou sépsis.

3.5.2. Cuidado não prestado após a alta

Na opinião das enfermeiras, quando não se prevê que um cuidado se venha a prestar após a alta hospitalar da criança, não se justifica que os pais o aprendam: “(...) *a criança vai para casa sem sonda, (...) não era muito pertinente. (...) mais informação sem necessidade, ía complicá-los (...)*” (NC9-E); “*Ela não vai fazer isso [administrar vitaminas e leite pela sonda gástrica] em casa (...) não vale a pena ensinar a mãe porque ela em casa já vai sem sonda (...) é muita informação. (...) não precisam de saber coisas que depois não vão usar (...)*” (NC10-E); “(...) *depois do internamento, em casa, isto não se vai verificar (...)*” (NC11-E). Na bibliografia por nós consultada não encontramos nenhuma referência a este aspecto. Pensamos ser possível sugerir que as participantes realizam cuidados em parceria com os pais apenas quando reconhecem a utilidade destes cuidados após a alta hospitalar. Mas o banho na incubadora é um cuidado que não é prestado após a alta sendo, no entanto, um cuidado prestado em parceria com os pais. Por outro lado, lembrando que o banho é um cuidado muito valorizado pelos pais, nomeadamente pelas mães (Tronchin & Tsucheniro, 2005), facto que as enfermeiras reconhecem. Na realidade, nesta subcategoria, apenas é mencionada a manipulação da sonda gástrica. Assim, e tendo em conta a parceria de cuidados existente para o banho na incubadora, podemos associar este facto à subcategoria anterior, salientando o risco que lhe é associado. Mas também podemos associá-la à preocupação das enfermeiras com o excesso de informação fornecida aos pais, o que pode actuar de forma negativa sobre os ensinamentos realizados.

4. ACÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARCERIA

A dimensão **acções de enfermagem promotoras da parceria** engloba três categorias: **relacionadas com a política do serviço, interacção com os pais e estratégias de coping**.

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Acções de enfermagem promotoras da parceria	Relacionadas com a política do serviço	Realizadas pelas enfermeiras
		Idealizadas pelas enfermeiras
	Interacção com os pais	Incentivar os pais
		Efectuar ensinios
		Estabelecer uma relação de ajuda
	Estratégias de <i>coping</i>	Conversar com os pais
		Introspecção

Quadro 6 – Dimensão 4 – Acções de enfermagem promotoras da parceria

4.1. RELACIONADAS COM A POLÍTICA DO SERVIÇO

Classificamos estas acções de enfermagem que a seguir apresentamos como **relacionadas com a política do serviço** por considerarmos que a adopção das mesmas como norma instituída do serviço, facilita a sua aceitação por parte dos enfermeiros. Ao serem norma evita-se que estas acções promotoras fiquem ao critério de cada enfermeira, como acontece em muitas instituições (Imori, 1997; Silva, Kirschbaum &

Oliveira, 2007). De facto, destas acções, apenas duas, a **flexibilidade do horário do banho** e o **apoio na primeira visita** são praticadas na realidade, mas mesmo assim não são uma norma instituída, sendo que as restantes acções promotoras da parceria aqui mencionadas são apenas sugestões das participantes.

Por este motivo, consideramos que esta categoria – **relacionadas com a política do serviço** – surge de duas subcategorias: **realizadas pelas enfermeiras** e **idealizadas pelas enfermeiras**. A primeira refere-se aos códigos **flexibilidade do horário do banho** e **apoio na primeira visita**, enquanto que a segunda emerge dos códigos **criação de uma Associação de pais**, **seguimento pós-alta**, **distribuição de panfletos e apresentação de vídeos** e **formação em serviço: sensibilização para a parceria**.

4.1.1. Realizadas pelas enfermeiras

Esta subcategoria refere-se a acções de enfermagem que são realizadas pelas participantes, e que estas acreditam, promovem a parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros. Nesta categoria, encontramos o código **flexibilidade do horário do banho**, o qual funciona como factor facilitador deste mesmo cuidado – o banho.

O banho ocorre em dois momentos distintos das rotinas do serviço onde se realizou o estudo, como é possível constatar pela nota de campo que se segue: “(...) 8h30-9h30: (...) *banho ou acompanhamento do banho dado pelos pais (...); 11h30-12h15 (...) acompanhamento dos pais que combinaram previamente dar o banho a esta hora (...)*” (NC1). Na nossa perspectiva, esta mudança de atitude, favorece a participação dos pais nos cuidados ao bebé: “(...) [dá] possibilidade dos pais darem o banho ao filho em mais de um horário. (...) existe na prancheta de registo diário do bebé – que fica anexa ao seu berço ou incubadora – um local onde se regista o dia e a hora em que os pais virão dar o banho. (...) sabemos que o número de banhos dado pelos pais aumentou. Esta flexibilidade de horário permite que os pais organizem melhor a sua vida particular (...)” (NC2).

As participantes consideram que esta mudança foi importante para a promoção da prestação de cuidados por parte dos pais, promovendo deste modo a sua presença junto do filho, o que se traduz na promoção do vínculo afectivo: “Muitas vezes mudamos as nossas rotinas em função de... para os pais perceberem que nós estamos aqui para ajudar... pronto, o banho é dado às oito e meia, como pode ser dado às onze horas, por exemplo. E... são tudo medidas que a gente faz, com que favoreçam a presença dos pais na unidade, junto do seu filho.” (E3); “Também melhoramos no banho, mudando as horas. A gente dava o banho às oito horas, dava às oito da manhã o banho, e agora, a gente já espera pela hora marcada, o que é ótimo para os pais.” (E4). Estas transcrições demonstram a intenção de mudança para

melhoria dos cuidados prestados, revelando a preocupação das enfermeiras para a prestação de cuidados humanizados.

Collet e Oliveira (Andraus, Minamisava & Munari, 2004) consideram importante flexibilizar e até reorganizar o processo de trabalho, indo ao encontro das necessidades e aptidões da família. Segundo Tronchin e Tsunechiro (2005) os pais atribuem um significado especial ao facto do banho ao seu filho ser dado por eles. Como foi possível constatar pelas observações realizadas e descritas na dimensão **cuidados prestados ao recém-nascido**, o banho é considerado pelas enfermeiras como um dos cuidados mais importantes a serem prestados pelos pais, o que vai ao encontro do estudo de Tronchin e Tsunechiro.

Consideramos que ao actuar deste modo as enfermeiras estão a agir de acordo com a *b)* do artigo 89º do *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros*, pois estão a “(...) contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (Ordem, 2003^a, p. 107).

Apoio na primeira visita é o segundo código que originou a subcategoria **realizadas pelas enfermeiras**. O. Argote e Valverde (2002) defendem que, antes dos pais visualizarem pela primeira vez o seu filho, é necessário prepará-los para a aparência física do bebé, permitindo-lhes a expressão dos seus sentimentos, criando assim, um ambiente seguro e confiante. Este aspecto é considerado pelas participantes: “[É importante] Desmistificar, antes do pai entrar, explicar que é um bebé muito pequenino, o que é que o pai vai encontrar, se calhar para o choque não ser tão grande. (...) quando ehh, as coisas estão mais ou menos estáveis... “Pronto, o pai agora pode entrar.” E a gente, às vezes, antes de dizer isso, a gente devia pensar e ir lá fora, primeiro falar com o pai e explicar, e só depois então o pai entrar. (...) Muitas vezes o que é que acontece? O pai entra, e a gente já explica a situação junto do bebé. E o pai entretanto nem nos ouve, porque está olhando para o bebé muito pequenino.” (E2).

De facto, Martins (1999) considera que a primeira abordagem dos pais perante a unidade de cuidados intensivos neonatal é normalmente de apreensão porque se tratam de “(...) espaços fechados, com pessoal fardado de modo diferenciado e com sistemas de vigilância e tratamento de recém-nascidos, de grande aparato tecnológico” (p. 25). As participantes consideram que “(...) a primeira imagem que os pais têm da unidade é ehh... se não a mais importante, é quase a mais importante. Para mim, é quase como se classificasse como noventa por cento das probabilidades daquela criança ehh... ter um ehh, envolvimento diferente com aqueles pais. (...) ver um bebé ligado a muitos aparelhos (...) é um bocado invasivo, e a gente consegue perceber (...) para atenuar (...) essa situação, temos que envolver os pais, temos que explicar as coisas, o porquê dessa situação, mas também temos que florear um bocadinho essa situação. Ehh... “Não é o primeiro, não é o último,... isso é assim... ehh... isso apita muito,

tenha calma, eu estou aqui, ehh... não se preocupe, a gente está atentos, é bom, toque, ele gosta (...)" (...) (...) a nossa primeira imagem tem que ser fantástica, tem que ser super sumo (...). Porque se eles [pais] não ficarem muito bem, bem impressionados logo no início, (...) a reacção deles é, vai ser diferente. (...) a primeira pessoa que apanha aqueles pais, (...) tem que ser uma pessoa que consiga ehh... dar o seu melhor (...) através da atitude, através das palavras, através da postura... tudo. E pôr a pessoa [pai/mãe] muito à vontade e acalmar." (E3). Martins descreve o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos neonatal de forma semelhante à descrição feita pela enfermeira mencionada na E3. Descreve-o como

(...) pouco acolhedor e angustiante; os diversos equipamentos de suporte de vida, os monitores, as diversas linhas endovenosas aplicadas ao recém-nascido, a presença constante de técnicos de saúde, exacerbam o medo do desconhecido, constituindo importantes fontes de stress para os familiares, criando por vezes barreiras físicas e psicológicas entre pais e o filho (p. 25).

Habitualmente, na primeira visita, entra o pai, pois a mãe ainda se encontra debilitada e acamada como consequência do parto recente. Como já referimos, esta primeira visita tem lugar num ambiente desconhecido, pouco acolhedor e fisicamente desconfortável, por ser demasiado aquecido (Bender, 1998; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos, 2006). Em acréscimo, tal como mencionado pela participante, a visão perfeita do "bebé imaginado" é abruptamente substituída por um recém-nascido demasiado pequeno, emagrecido e rodeado de equipamento demasiado complexo. Além do que o bebé não deve ser estimulado, sendo que as manipulações devem ser reduzidas ao mínimo indispensável (Martins, 1999, p. 23). Por todos estes motivos, a primeira visita gera um elevado grau de ansiedade na família (Tronchin & Tsunehiro, 2005; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). É este primeiro contacto que faz aumentar todas as incertezas relativamente à sobrevivência do recém-nascido prematuro e é quando se inicia o processo de distanciamento por parte dos pais como forma de se protegerem de uma eventual morte do seu filho. É portanto fundamental que esta primeira visita seja efectuada da melhor forma possível, acrescida de todas as explicações que o pai solicite, mas sem no entanto o bombardear de informação, para a qual ele não esteja preparado no momento. É importante apostar na primeira visita, com vista a diminuir a quebra do vínculo.

Neste código **apoio na primeira visita** sentimos a necessidade de destacar como subcódigo: **fotografar o bebé prematuro**, por reconhecermos a importância desta acção, como forma de diminuir a ansiedade da mãe. Hockenberry *et al.* (2006) defendem que o recém-nascido deve ser fotografado, pelo pai ou pelo enfermeiro, para depois mostrar à mãe. Este aspecto é reconhecido pelas enfermeiras, ao mencionarem que incentivam o pai a fotografar o bebé para depois mostrar à mãe, como é possível verificar

na afirmação que se segue: “Só a fotografia. Mostrar à mãe, porque a mãe, normalmente, não vê logo o bebé. Mas às vezes a gente diz ao pai “Olhe pai, tire uma fotografia e mostre à sua esposa.” A gente tenta recompor o bebé (...). Deveria ser importante a mãe primeiro ver a fotografia, já tinha uma noção. (...) já não era aquele choque tão grande.” (E2).

4.1.2. Idealizadas pelas enfermeiras

Contrariamente ao que sucede na anterior, a subcategoria **idealizadas pelas enfermeiras** refere-se às acções que as participantes, embora não pratiquem na unidade onde o estudo se realizou, sugerem por as considerarem promotoras da parceria.

A primeira acção constitui o código **criação de uma Associação de pais** e é uma sugestão dada pelas enfermeiras como forma de promover a parceria de cuidados com os pais de bebés prematuros internados, como podemos constatar pela afirmação que se segue: “(...) criar uma associação de pais prematuros. (...) fazer um encontro de ... de outros pais que já (...) vivenciaram esta... esta situação, (...) e dar o seu (...) depoimento. (...) acho que isto era importante para os pais... para os outros transmitirem a eles (...) que com o tempo e com o apoio de enfermagem, eles vão ganhando mais confiança em si, e... vão se apercebendo da importância que isto tem para o bebé... e para eles também.” (E1). Pensamos que ao se referir à Associação de Pais, a enfermeira reporta-se à importância do seu acompanhamento psicológico e, consequentemente, à criação de grupos de apoio.

Vários são os estudos que focam a importância do acompanhamento psicológico dos pais de recém-nascidos prematuros internados em unidades de cuidados intensivos neonatais (Lamego, Deslandes & Moreira, 2005; Tronchin & Tsunechiro, 2005; Viana, Guimarães, Maia, Ramos & Mendes, 2005; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos, 2006; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Este pode ser dado de forma individual ou com o recurso a grupos de apoio. Estes grupos são afectos às unidades em que estes bebés estão internados. Podem ser formados por pais que têm os filhos prematuros internados em unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou por pais que já tiverem filhos prematuros, bem como por outros profissionais da equipa de saúde de neonatologia e são, habitualmente, liderados por um destes profissionais. Acredita-se que este tipo de apoio é fundamental para promover a expressão de sentimentos, medos e crenças por parte dos pais (Viana *et al.*, 2005). As vantagens deste tipo de apoio para as crianças e pais, em especial mães, tanto a curto como a longo prazo, são reconhecidas por todos os intervenientes em saúde infantil, o que torna esse tipo de apoio uma necessidade.

O **seguimento pós-alta** constitui outro dos códigos referentes às acções de enfermagem **idealizadas pelas enfermeiras**. Esta acção, seguimento pós-alta de um recém-nascido prematuro é considerado como parte integrante do seu plano de cuidados por muitos autores, de forma a garantir a continuidade de cuidados a estas famílias (Fowlie & McHaffie, 2004; Hockenberry *et al.*, 2006; Guimarães & Monticelli, 2007; Lopes, Mota & Coelho, 2007; Martinez, Fonseca & Scochi, 2007; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007; Soares, 2008). O seguimento destas famílias em ambulatório deve ser assegurado pela própria instituição ou pelos serviços comunitários existentes, incluindo sempre uma equipa multidisciplinar, por forma a garantir um acompanhamento individualizado de cada bebé e sua família.

Hockenberry *et al.* (2006) defendem ainda a importância da visita domiciliar de enfermagem. As participantes referem-se ao seguimento pós-alta, quer pela visita domiciliar como pelo contacto com o Centro de Saúde, como é possível constatar na citação que se segue: “(...) até tinha interesse era uma visita domiciliária (...) fazer uma avaliação da continuidade.” (E5); “(...) devíamos fazer umas visitas domiciliárias. (...) também pode ser o contactar o Centro de Saúde à posteriori (...) para ver como é que está a correr (...)” (E7).

A **distribuição de panfletos e apresentação de vídeos** é outro código referente a mais uma das acções sugeridas pelas participantes. Estas consideram importante a existência de meios audiovisuais, quer através de vídeos, como através de panfletos ilustrativos, como forma de complementar os ensinamentos efectuados: “(...) a ideia de fazer uns vídeos e passar assim durante... na sala do meio. (...) Com uma televisão, passar uns filmes, hum... como dar um banho, como damos um biberão,... como se prepara os biberões,... a higiene, a esterilização (...) programas educativos. Eu acho que isso ia ser bom para os pais. Além disso,... acho que deveria ter uns panfletos educativos,... juntamente com os ensinamentos,... para entregar aos pais. (...) a gente devia ter um livrinho (...) com a informação mais importante (...)” (E7). Rabelo *et al.* (2007) no seu estudo intitulado “Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro” salientam que as mães sentem necessidade de receber material educativo como complemento dos ensinamentos. Defende que associado ao ensino directo “(...) o serviço pode criar *folders* informativos, manuais utilizando comunicação pictórica e linguagem simples, com desenhos de mães executando a higiene corporal, estimulação visual e motora, técnicas de alimentação, dentre outros.” (p. 337).

Ferecini, Fonseca, Leite, Daré, Assis e Scochi (2009) reforçam a importância deste tipo de material didático-instrucional também como forma de promover a aprendizagem da família após a alta do bebé, principalmente quando os temas abordados podem entrar em

conflito com as práticas da família, pois acreditam que deste modo ajuda-se a mãe do bebé prematuro a abordar os familiares e visitantes sobre alguns cuidados importantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Também Martinez, Joaquim, Oliveira e Santos (2007) concordam com a afirmação da participante, defendendo que a criação de um instrumento de informação a ser utilizado no primeiro ano de vida, é considerada importante tanto pelos profissionais de saúde como pelos pais das crianças nascidas prematuramente. Estes autores referem que este instrumento deve ser prático por forma a intermediar a relação entre mães e profissionais, e que este "(...) constitui um importante suporte para prover e minimizar os medos e suprir as expectativas quanto ao desenvolvimento." (p. 75).

Quanto ao uso de vídeos didáticos, Gasparreto, Bussad e Barros (2008) defendem a sua utilização como instrumento de apoio e desenvolvimento para estes pais, referindo que este tipo de material pode aumentar a sensibilidade da mãe e a qualidade das suas respostas na sua interacção com o filho.

A finalizar as **acções idealizadas pelas enfermeiras**, encontramos o código **formação em serviço: sensibilização para a parceria**. As participantes sugerem a formação em serviço como uma estratégia para sensibilizar a equipa de enfermagem para a parceria de cuidados: *"Acho que é uma questão de as pessoas [as enfermeiras] se sensibilizarem para isso, da importância que isso [parceria de cuidados com os pais] tem. (...) fazer cursos de sensibilização (...) junto da equipa, com uma certa periodicidade, fazer olha... é importante a gente repensar as nossas acções neste aspecto da parceria de cuidados, (...) para isso se começar a interiorizar e passar a ser uma rotina (...)"* (E1). Andraus, Minamisava e Munari (2004) corrobora estas afirmações, defendendo a importância da formação profissional e da capacitação do próprio enfermeiro para a humanização dos cuidados prestados. Imori (1997) defendem ainda a importância da formação em serviço incidir em conhecimentos específicos sobre relações humanas, por forma a promover a relação de ajuda.

4.2. INTERACÇÃO COM OS PAIS

Relativamente à categoria **interacção com os pais** esta inclui as seguintes subcategorias: **incentivar os pais, efectuar ensinios, estabelecer uma relação de ajuda**.

4.2.1. Incentivar os pais

Esta subcategoria surgiu do agrupamento dos códigos **estimular os pais, cativá-los e envolvê-los nos cuidados**, como é possível verificar nos memorandos que se seguem: *“Achei curioso Pilar usar a palavra cativar quando se refere a uma das acções que as enfermeiras podem desenvolver para incluir os pais nos cuidados (...)”* (NC10-M); *“Estimular os pais, cativá-los ou envolvê-los nos cuidados prestados ao seu filho, são tudo formas de os incentivar nestes cuidados.”* (M3). Não sentimos, no entanto, necessidade de apresentar cada código de forma individual porque os consideramos demasiado congruentes.

Martins (1999) faz referência a Whaley e Wong ao considerar importante dar ênfase aos aspectos positivos do recém-nascido, uma vez que esta atitude é crucial para o futuro relacionamento de pais e bebé, com consequências positivas para o bom desenvolvimento do bebé. Ainda para as mesmas autoras, os pais poderão sentir que a equipa de saúde age como se o recém-nascido lhes pertencesse. Esta situação poderá ser desmistificada, se os enfermeiros incentivarem os pais a tocar e sentir e a interagirem com o bebé de modo a que estes percebam que ele não é tão frágil que se quebre ao mínimo toque, facilitando desta forma, a relação entre ambos e iniciando-se, assim, os pais no seu papel de cuidadores. Estas atitudes são valorizadas e realizadas pelas participantes: *“(...) nós temos uma parte muito importante (...). (...) o facto de envolver os pais na prestação de cuidados, (...) é preciso cativar (...). (...) o cativar, é o eles perceberem que aquilo... que não faz mal. Que eles não o vão magoar. Que (...) eles sabem,... que são capazes (...)”* (NC10-E); *“(...) a enfermagem pode estimular os pais a prestar cuidados (...). (...) o abordar os pais com mais pormenor, dizer-lhes, falar-lhes da importância de eles estarem mais presentes (...) explicar-lhes a importância desta parceria (...)”* (E1); *“(...) estimular os pais na positiva: que nós precisamos da presença deles, nós precisamos que eles estejam cá,... é ehh... é importante (...). (...) somos nós que fazemos com que haja o vínculo precoce entre pais e filhos (...) favorecer o toque, ehh... a mudança da fralda, ehh..., o banho, (...) incentivar a amamentação (...).“(...)* veja, a criança já se acalmou, a frequência já está mais normal porque tocou,... porque está mais calma porque a senhora chegou.” Hum, estas pequenas palavras, estes pequenos elogios, estas pequenas coisas (...) temos é que incentivar que nós precisamos, que o filho, o filho, que o bebé precisa do pai e da mãe. (...) incentivar sempre na positiva. “Não conseguiu agora, mas vai conseguir, não desista.”” (E3); *“(...) incentivar os pais a colaborar nos cuidados (...) nós incentivamos, nem que seja só o lavar os olhinhos uma vez, ehh... e depois no dia a seguir lavar mais um braço (...) incentivar nestes cuidados, tentar envolver, cada vez mais os pais nestes cuidados (...). (...) a gente sempre diz para estar (...) “Olha, venha de manhã (...) a gente vai dar o banhinho, a senhora vê. (...) sempre está aqui um bocadinho com o bebé.” (...)”* (E8). Rabelo, Chaves, Cardoso e Sherlock (2007) no seu estudo defendem que as enfermeiras numa unidade de cuidados intensivos neonatais “(...) devem incentivar e favorecer situações

que permitam aos pais participarem da assistência ao seu filho (...)” (p. 336), referindo que estas acções são úteis não só para fortalecer o vínculo mãe/bebé, mas também para promover a segurança da mãe como prestadora de cuidados, reforçando que o sucesso da alta depende da actuação que a equipa multidisciplinar tem durante o tempo de internamento do recém-nascido.

4.2.2. Efectuar ensinios

O ensino é visto como uma parte importante da prestação de cuidados com os pais do recém-nascido prematuro (Martinez, Fonseca & Scochi, 2007; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007). É pelo ensino que os pais se tornam pais seguros e capazes de cuidarem do seu filho. Smeltzer e Bare (2000) definem ensino como “(...) a ajuda a uma outra pessoa para aprender.” (p. 36). Referem que a demonstração e prática são uma técnica de ensino muito eficaz quando há habilidades a serem aprendidas. No caso de pais de bebés prematuros esta técnica torna-se fundamental pois permite o toque o que por sua vez irá promover o vínculo pais-bebé (Martinez *et al.*, 2007; Rabelo *et al.*, 2007). Por outro lado, a aquisição de habilidades é igualmente importante para a continuidade dos cuidados no domicílio.

As afirmações que se seguem demonstram situações de ensinios que ocorreram na unidade de internamento onde decorreu o estudo: “(...) explicou à mãe que já estava tudo pronto (...) e (...) mencionou o referido material. (...) começou a lavar a cabeça explicando à mãe como o fazer. (...) informando-a que bastava fazer tal qual ela (...). (...) orientou a mãe para os enxugar (...). (...) explicando o porquê (...)” (NC10); “(...) devagar, sem insistir, sim?” Quando vir que ela não consegue mais, diga (...). (...) depois é só desadaptar e fechar a sondinha.” (NC11); “Explicou à mãe como se dá o banho salientando a importância de lavar cada parte do corpo isoladamente e enxugar logo de seguida. (...) sempre explicando cada passo que dava. (...) Isabel foi sempre muito atenciosa e elogiava a mãe, salientando que amanhã esta já o conseguirá fazer sem dificuldades.” (NC12); Helena [a enfermeira] deu o banho calmamente explicando à mãe cada passo. (...) Helena mantém-se ao lado a orientá-la quando necessário.” (NC15); “Mariana (...) explicava à mãe o que fazia. (...) orientou a mãe para que esta o enxugasse. (...) explicou-lhe como devia proceder para as lavar [as pernas]. A mãe lavou-as e quem as enxugou foi a enfermeira.” (NC19). É possível constatar o recurso à técnica de demonstração e prática como forma de ensino. Quando questionadas as enfermeiras confirmam o uso desta técnica: “(...) deixa-se colaborar e ajuda-se naquilo que ela sentir necessidade e explica-se.” (NC11-E).

Consideramos que as participantes reconhecem a importância do ensino, aproveitando sempre que possível para ensinar os pais sobre algo: “A Mãe veio, por acaso, na altura do

banho e eu aproveitei a altura para fazer ensinios.” (NC19-E); “(...) eu explico às mães “Ponham a chuchinha, porque eles vão entendendo. Fale com ele.”” (E2); “(...) a gente à medida que vai conversando com os pais vai sempre ensinando qualquer coisa. (...) “Olha, ponha a chuchinha porque é bom! Porque eles gostam! Porque sossegam!” É um ensino! (...) todos os dias, nós ensinamos qualquer coisa. Nem que seja no meio de uma conversa banal (E8). Também Rabelo et al. (2007) defendem o uso desta técnica de ensino ao afirmarem que as “(...) enfermeiras da UTIN, devem incentivar e favorecer situações que permitam aos pais participarem da assistência ao seu filho, tanto para fortalecer o vínculo (...), como para aumentar o nível de segurança da mãe como cuidadora. É da responsabilidade da enfermeira estar atenta ao desenvolvimento das habilidades maternas (...)” (p. 336).

Consideramos que para se recorrer à demonstração e prática como técnica de ensino, é muitas vezes necessário **solicitar a colaboração dos pais**. Assim, consideramos este um dos códigos referentes à subcategoria **ensinos**. Os excertos que se seguem demonstram estas situações: *“A Enfª Mariana (...) perguntou se ela queria pegar na sua bebé ao colo (...)” (NC6); “(...) pede à mãe que mude a fralda à bebé (...). “A mãe pode mudar a fralda se quiser (...). (...) pode segurar a sondinha que eu vou pôr o leite, está bem!?” (NC9); “Pilar aproxima-se e confirma com a mãe que hoje ela também vai dar o banho. (...) Pode abrir as portinhas mãe, para me ajudar. (...) disse-lhe que podia lavar o lado esquerdo. (...) pediu à mãe que lhe lavasse as costas enquanto a segurava. (...) disse à mãe para a vestir. (...) adaptou uma seringa de 20 ml à (...) sonda gástrica e pediu à mãe que a aguentasse (...)” (NC10); “(...) entrega-lhe o babete (...) [e] o biberão (...). “Pode dar o leite.” (...)” (NC11); “A mãe pode acabar de secar. É fácil mãe. Ó, eu fico aqui. Helena afastou-se e a mãe posicionou-se e começou a enxugar a filha.” (NC15); “(...) Bárbara perguntou ao pai se este queria trocar a fralda (...)” (NC17); “A enfermeira [Mariana] perguntou de imediato se a mãe a queria ajudar a dar o banho à menina. (...) “Olhe mãe, mas dentro da incubadora o banho é diferente, não me quer ajudar?, insistiu Mariana.” (NC19); “(...) eu (...) é que solicitei a ajuda dela.” (NC19-E).*

Também nesta subcategoria destacamos o código **ensinos de grupo**. Consideramos que embora sejam ensinios, esses diferem por serem realizados em grupo, permitindo a troca de ideias entre pares (Smeltzer e Bare, 2000). Este tipo de ensino foi sugerido por duas enfermeiras: *“(...) acho que havia de haver mais (...) cuidados direccionados para isso: para a sensibilização dos pais, (...) sei lá, ensinios de grupo. Juntar um grupo de pais. (...) para os próprios pais saberem, pronto que, ... a gente está ali, mas... está a cuidar e está ao mesmo tempo ehh... estamos a educá-los para eles cuidarem (...) naquele momento e futuramente.” (E1); “(...) eu gostava que se fizesse ensinios (...) de grupo. (...) Eu acho que isso seria muito importante. Sobre a alimentação, sobre o banho... A gente devia fazer, assim, um trabalho de grupo e depois demonstrar, não sei, ... aos pais (...) um dia por semana (...)” (E4).*

Na bibliografia que consultamos não encontramos referência a ensinamentos de grupo como sendo uma prática comum nas unidades de Neonatologia. No entanto, pensamos que este tipo de ensino pode acontecer, ainda que de uma forma informal, durante uma sessão de grupo de apoio a pais de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso. Isto porque, ao se esclarecerem as dúvidas de um destes pais está-se a informar os restantes. No trabalho efectuado por Viana, Guimarães, Maia, Ramos e Mendes (2005) referente ao apoio dado às mães em crise num serviço de Neonatologia, verificamos que este apoio, é dado muitas vezes em grupo, e visa, entre outros assuntos, o esclarecimento de dúvidas sobre temas como as infecções e as implicações da prematuridade no desenvolvimento dos bebés. Consideramos que, embora não seja propositado, este esclarecimento de dúvidas é também uma forma de ensino.

4.2.3. Estabelecer uma relação de ajuda

Na categoria ***interacção com os pais*** surge a subcategoria ***estabelecer uma relação de ajuda***. Como já abordamos, a relação de ajuda é fundamental no processo de enfermagem tendo como objectivo ajudar o cliente a atingir e manter o melhor estado de saúde possível (Riley, 2004^a). Uma das características da relação de ajuda é a criação de uma relação de parceria entre a equipa de saúde, mais especificamente a equipa de enfermagem, e o cliente. Neste caso, o cliente será a família – pais/bebé. Nesta subcategoria salientamos os códigos ***demonstrar segurança, respeitar a vontade dos pais, mostrar disponibilidade e informar sobre os cuidados que presta***, tudo características essenciais para a promoção da relação de ajuda.

As participantes reconhecem a importância da empatia: “(...) a gente tem que se pôr no lugar de. Inclusive é uma relação de empatia, que muitas vezes não é assim tão fácil quanto isso, mas é sempre possível. (...) há sempre alguém na equipa que consegue estabelecer com... se não for eu, vai haver alguém (...) que consegue estabelecer esta empatia.” (E3). Ser empático é sem dúvida saber colocar-se no lugar do outro, compreender os seus sentimentos e aceitá-lo sem o julgar (Riley, 2004^b). Riley esclarece que quando “(...) recebemos respostas empáticas, podemos relaxar porque não tememos ser mal compreendidos ou rejeitados.” (p. 132). Quem recebe uma resposta empática, restabelece a autoconfiança. Há a empatia natural e a empatia terapêutica. Ambas contrastam, pois a terapêutica é um instrumento ou habilidade consciente e deliberadamente utilizada com o objectivo de estabelecer a relação de ajuda.

No código **demonstrar segurança** distinguimos dois aspectos importantes. O primeiro refere-se à importância que a enfermeira dá ao seu sentimento de segurança “(...) deixar os pais participarem, implica que tu tenhas um outro tipo de segurança (...)” (NC10-E). O segundo relaciona-se com o facto da enfermeira considerar importante o transmitir segurança aos pais: “(...) cabe a nós transmitir esta segurança aos pais. (...) Porque se eles não se sentirem confiantes e seguros no pessoal em que está entregue o seu filho, muitas vezes (...) isso influencia no resto do internamento.” (E3). Num estudo realizado por Hallström, Runesson e Elander, mencionado por Andraus, Minamisava e Munari (2004), os pais identificaram como necessidades, a *necessidade de segurança* e a *necessidade de segurança da criança*, em que da primeira salientamos a importância que os pais atribuem ao serem tratados com respeito pelos profissionais e receberem cuidados individualizados, bem como a continuidade de cuidados e o serem ouvidos e capacitados para a alta da criança; sendo que a segunda se relaciona com a identificação e satisfação das necessidades da criança e sua protecção. Também Tronchin e Tsunehiro (2005) no seu estudo “*A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico*” reforçam a ideia de que os pais necessitam desta segurança, pois “(...) ao visualizarem a unidade como símbolo de vida, recuperação e segurança (...) aproximam-se cada vez mais do filho e da equipa de saúde, adquirindo maior confiança (...)” (p. 51).

Se considerarmos que é essencialmente pelo ensino que promovemos a prestação de cuidados em parceria com os pais de bebés prematuros, é importante mencionar que, para que este ensino seja eficaz é fundamental **respeitar a vontade dos pais** em participar ou não no cuidado (Tronchin & Tsunehiro, 2005). As participantes partilham desta opinião: “(...) os cuidados têm que ser numa fase, em que os pais estejam, acho eu, para a aprendizagem, em que estejam disponíveis para aprender. (...) Eles é que têm que dar o feedback para irem aprendendo lentamente. (...) numa primeira fase é desmistificar todo o... todo o receio que eles têm... do ambiente em si. (...) e depois então a aprendizagem virá numa fase posterior. Porque depois é muito mais fácil eles interiorizarem as coisas, e e aí exporem as suas dúvidas e nós ehh... irmos tirando consoante a vontade deles de aprenderem. (...) colocamos sempre a questão e pomos ao critério dos pais. “Achamos por bem não ficar [durante a colheita de sangue], mas se quiser ficar, pronto.” (...) isso fica ao critério dos pais” (E5).

Tal como defende Rabelo, Chaves, Cardoso e Sherlock (2007) “(...) o momento ideal para o aprendizado é quando a mãe demonstra motivação e disponibilidade para aprender.” (p. 336). Andraus et al. (2007) acrescentam que é importante os enfermeiros respeitarem as opiniões e reconhecerem e atenderam às necessidades da família, neste caso dos pais, promovendo deste modo a relação de ajuda e, conseqüentemente, promovendo a prestação dos cuidados de qualidade por parte dos pais. Verificamos que as participantes reconhecem este aspecto como importante: “Se eu vejo que a mãe está

com um bocadinho de receio, eu... eu deixo ela ver só e depois, no dia a seguir ela participa.” (NC10-E); “(...) ela pôde ver... e até ajudou. (...) depende de os pais quererem ou não... não podemos obrigar. Obrigar nunca!” (NC12-E); “(...) se a mãe se sentisse à vontade. Tudo sem me impor. Acho que é importante a mãe cuidar só quando (...) a mãe se sente à vontade (...) quando acha que é capaz de o fazer.” (NC13-E); “É melhor ser a sra Enfermeira porque ela é muito pequenina.” A Enfermeira concordou e fê-lo sem insistir mais com o pai.” (NC17); “A gente deve elucidá-los (...) mas não se deve obrigar. Porque eu acho que os pais não se devem sentir obrigados a. Fazem por sua livre e espontânea vontade e se tiverem disponibilidade e se quiserem fazer. (...) o ideal seria o mais precocemente possível, mas eu acho que a gente deve deixar isso (...) o ser os pais a decidir (...) serem eles primeiro a dizer (...). Acho é que deve partir deles. (...). Cuidar (...) em parceria com os pais, (...) é fazer com que eles participem nos cuidados ao bebé. (...). Se manifestarem desejo. Fazem por sua livre e espontânea vontade e se tiverem disponibilidade e se quiserem fazer. (...) A partir do momento em (...) que eles manifestem desejo disso.” (E7). Mesmo no que se refere à participação durante os procedimentos dolorosos, as enfermeiras referem que deve sempre ser respeitada a vontade dos pais: “Se a mãe manifesta esta vontade [de participar num procedimento doloroso] (...) eu respeito a vontade da mãe.” (E2); “(...) não obrigo ninguém a sair. Pergunto se quer sair, se não quer sair.” (E8).

Outro código referente à categoria **estabelecer uma relação de ajuda é demonstrar disponibilidade**. Munck (1995) reforça a premissa que ter um bebé dois ou três meses mais cedo pode desencadear uma grande diversidade de atitudes (e comportamentos) dos pais, o que deverá implicar respostas diferenciadas por parte dos profissionais. Nesta perspectiva, Ferreira e Caeiro (2006) defendem que é importante para os pais que os enfermeiros se mostrem disponíveis para esclarecer dúvidas, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de uma relação de confiança. Porém esta disponibilidade não se limita ao esclarecimento de dúvidas, mas sim a todo um conjunto de atitudes, características da relação de ajuda, e que no seu conjunto transmitem a premissa *estar presente* (Riley^a, 2004). Deste modo, os pais sentir-se-ão mais confiantes, por saberem que têm alguém a quem podem recorrer caso sintam alguma dificuldade (Munck, 1995; Oliveira & Collet, 1999; Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Verificamos que as participantes estão sensíveis a este aspecto, como é possível constatar pelos excertos que se seguem: ““Se precisar diga, sim?”.” (NC11); “(...) eu estava ali se ela precisasse.” (NC12-E); “(...) afasta-se informando que está ali ao lado se esta necessitar.” (NC15); “(...) temos de estar sempre presentes.” (NC19-E); “(...) estamos ali a dar uma pequena ajuda, ou para os pais se sentirem confiantes.” (E2); “(...) com a nossa supervisão, devem ser eles [pais] a fazerem tudo.” (E5).

Informar sobre os cuidados que presta é o último código da categoria que estamos a analisar. Como já mencionamos, na relação de ajuda, é fundamental manter o cliente

informado (Riley, 2004^a). Vários são os autores, que mencionam a importância de se informar os pais sobre cada passo relativo ao internamento do filho, tais como Oliveira e Collet (1999), Fowlie e Mchaffie (2004), Tronchin e Tsunechiro (2005), Guimarães e Monticelli (2007) entre outros, promovendo desta forma a sua participação consciente em todo o processo de cuidar. As participantes têm este aspecto em atenção: “(...) *a gente tem explicar, acho que a nossa função aqui é explicar o porquê de fazer aquele exame, o porquê de fazer aquele, aquelas análises... que é importante para ele.*” (E6). Este relato está em consonância com o estudo de Hallström, Runesson e Elander (Andraus *et al.*, 2004), já por nós mencionado, no qual os pais identificam como sua necessidade a comunicação, que se relaciona com o ser “(...) informado pelos profissionais (pedir informações médicas, perguntar o que está acontecendo, para ser capaz de participar, desejo de informações honestas e compreensíveis).” (p. 205).

4.3. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Numa determinada fase da entrevista perguntamos às participantes se sentiam dificuldades ao prestarem cuidados em parceria com os pais, aspecto este desenvolvido na categoria ***dificuldades sentidas pelas enfermeiras*** (referente à dimensão ***factores inibidores***). Posteriormente, e em caso de resposta positiva, foi-lhes pedido que esclarecessem como agiam para ultrapassar essas dificuldades. Deste modo, identificamos as estratégias de *coping* dessas participantes.

Coping consiste numa forma de agir perante um determinado problema (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1998; Melo, 2005). Este problema pode ser real ou imaginário, sendo que constitui uma fonte de *stress* para o indivíduo. Surgindo uma situação geradora de *stress* – o problema – o indivíduo avalia esta mesma situação e determina como e se é capaz de lidar com ela. Segundo Lazarus e seus colaboradores (Sarafino, 1998), há dois tipos de *coping*:

- o *coping* centrado no problema, destinado a reduzir as causas da situação geradora de *stress* ou a ampliar os recursos para lidar com ela. O indivíduo focaliza o problema e procura uma maneira de o modificar, minimizar ou evitar;
- o *coping* centrado na emoção, destinado a controlar a resposta emocional à situação geradora de *stress*. O indivíduo tenta modificar ou eliminar as emoções desagradáveis que o problema causa em si através de pensamentos positivos ou mesmo da negação da própria situação.

Perante estes dois tipos de *coping*, existem diferentes estratégias que o indivíduo pode adoptar. Por exemplo, no caso do indivíduo não se sentir capaz de agir sobre a situação, adopta estratégias de fuga. Isto é visível em situações em que as enfermeiras pedem para os pais se ausentarem aquando da realização de procedimentos dolorosos aos seus filhos (relatadas na categoria ***dificuldades sentidas pelas enfermeiras***, dimensão ***factores inibidores***). Neste caso, trata-se de um *coping* centrado no problema, sendo que a resolução do problema foi solicitar a ausência dos pais eliminando, deste modo, a fonte geradora de *stress*. Mas outras estratégias podem ser adoptadas, baseadas em acções que visam o crescimento pessoal e são sobre estas que nos interessa aqui reflectir. As participantes adoptam duas estratégias de *coping*, o que deu origem a duas subcategorias: ***desviar a atenção dos pais*** e ***introspecção***.

4.3.1. Desviar a atenção dos pais

Esta subcategoria deriva de dois códigos distintos: ***conversar com os pais*** e ***solicitar a ajuda dos pais***. Consideramos que ***desviar a atenção dos pais*** é uma das estratégias de *coping* centrada no problema, e que definimos, com recurso a Sarafino (1998) como “resolução inteligente do problema”. Isto é, a enfermeira ao analisar a situação – presença da mãe aquando de um procedimento doloroso – encontra uma solução – desviar a atenção da mãe – e deste modo actua directamente sobre o problema. As enfermeiras actuam de dois modos para desviar a atenção dos pais. Conversam com eles, nesse caso com a mãe, como é possível constatar: “(...) e depois noto que tento disfarçar estas situações com outro tipo de atitude. Tipo conversando com a mãe. Enquanto ela está conversando comigo (...) eu ponho a sonda. Ela, às vezes, nem sequer se apercebe. Não olha muito para o bebé, está me respondendo.” (NC10-E); “(...) tentava ultrapassar esta situação ao conversar com a mãe, para que esta desviasse o olhar do que a enfermeira fazia.” (NC10-M). Ou solicitam a sua ajuda, mais uma vez, a da mãe: “Como já me aconteceu do sangue, a mãe está acalmando o bebé, não está propriamente a ver eu a picar (...)” (NC10-E).

4.3.2. Introspecção

Outra das estratégias mencionadas pelas enfermeiras é o recurso à introspecção. Esta estratégia pode ser classificada, de acordo com Sarafino (1998) como centrada na emoção. Consideramos que esta é uma forma de ultrapassar as dificuldades sentidas pela enfermeira, como se confirma na afirmação que se segue: “Ultrapassar, é a gente sempre conversar, nós próprias, fazer auto, auto ehh... não é? Fazer uma auto-introspecção. Ver onde é que nós podemos melhorar, onde é que não podemos.” (E8). Rolim e Cardoso (2006)

no seu estudo sobre a atenção humanizada a recém-nascidos de risco, concluem que as enfermeiras consideram a “(...) conscientização como significado de auto-avaliação, crítica e reflexiva, tentando uma maneira de melhor cuidar de seu paciente.” (p. 89) recorrendo para isso, ao diálogo. Também Hoga (2002), no seu estudo intitulado “*Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal*” menciona como recurso sugerido pelas enfermeiras para promoção do seu bem-estar, a promoção do auto-conhecimento. Explica que “(...) as enfermeiras consideram que o melhor conhecimento sobre si mesmo facilita a reflexão do conjunto de fatores envolvidos no processo de trabalho e, conseqüentemente, mais clareza em relação aos fatores que afectam o bem-estar.” (p. 22).

Além destas estratégias de *coping* mencionadas pelas participantes, tanto Hoga (2002) no seu estudo como Borges (2005) no estudo que realizou e que se intitula “*O sofrimento dos enfermeiros em Pediatria*”, salientam a importância da implementação do apoio psicológico aos enfermeiros e a necessidade que estes profissionais sentem de ser valorizados pelo seu desempenho.

Ao analisarmos a dimensão **Acções de enfermagem promotoras da parceria** é fácil perceber que as enfermeiras querem mudar. Isto é, sentem a necessidade de prestar cuidados humanizados aos bebés prematuros e aos seus pais. Rolim e Cardoso (2006) no seu estudo intitulado “*O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada*”, chegam a resultados semelhantes, referindo existir um desejo de mudança dos cuidados com vista à sua melhoria. Fazem referência à existência de entraves a esta mudança e à responsabilidade que a enfermeira tem em participar e incentivar esta mesma mudança. Consideram ainda importante reservar um espaço para a discussão de situações vivenciadas diariamente, recorrendo a dinâmicas grupais com recurso a profissionais de outras áreas capacitados para tal, permitindo, deste modo a expressão de sentimentos.

IV – **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES**

Com este estudo, foi nossa intenção compreender como é que os enfermeiros de uma Unidade de Neonatologia prestavam cuidados a recém-nascidos prematuros internados, em parceria com os seus pais. Não pretendíamos obter resultados generalizáveis, mas sim perceber em que contexto essa acção se desenrolava, numa tentativa de sensibilizar o leitor para a importância deste tema na melhoria dos cuidados prestados em Unidades Neonatais.

Como revisão da teoria, iniciamos com uma abordagem a diferentes modelos de cuidar em Enfermagem, como forma de explicar o contexto em que se insere o processo de parceria de cuidados. Posteriormente desenvolvemos o conceito de pais parceiros no cuidar em Neonatologia, e foi nesse momento, que primeiro descrevemos o recém-nascido prematuro e os cuidados a ele prestados, bem como a vivência dos pais deste bebé, para depois, entrarmos na parceria de cuidados em Neonatologia. É também nesta última parte que fazemos uma abordagem às vivências do enfermeiro de Neonatologia.

Realizamos um estudo qualitativo, mais especificamente, um estudo de caso simples e de observação, de carácter descritivo e exploratório. O fenómeno estudado foi a parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados numa Unidade de Neonatologia, e concentramos a nossa observação na acção das enfermeiras, por acreditarmos que estas desempenham um papel importante para a relação pais/bebé.

Numa primeira fase recorremos à observação participante para colher os dados, contudo, após iniciar o seu tratamento, sentimos necessidade de voltar ao campo e entrevistar as participantes por forma a explorar dados obtidos através da observação. Consideramos que esta segunda ida ao campo enriqueceu o estudo, permitindo uma maior exploração do fenómeno.

Os dados foram analisados através da técnica de comparação constante, por considerarmos que esta permite uma maior relação entre os mesmos, promovendo igualmente, a relação entre as diferentes categorias que deles emergiram. Da análise surgiram quatro dimensões: **o contexto dos cuidados ao recém-nascido, motivação, factores inibidores e acções de enfermagem promotoras da parceria**. A relação entre estas originou a categoria central: **parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados**.

Com a primeira dimensão – **o contexto dos cuidados ao recém-nascido** – foi nossa intenção apresentar em que contexto os cuidados por nós observados aconteceram.

Salientamos que todas as observações aconteceram na presença de um dos pais, sendo que, na maioria das vezes, era a mãe que se encontrava presente e/ou participava nos cuidados. Tivemos a preocupação de descrever em que situações os cuidados ocorreram e quem os praticou – a enfermeira e/ou a mãe. Observamos cuidados ao recém-nascido prestados pelas enfermeiras com e sem a participação dos pais, e outros prestados pelos pais, com a supervisão de enfermagem ou de forma autónoma.

Foi possível constatar que os pais participaram nos cuidados cuja exigência técnica era menor (*cuidados quotidianos* ou *familiares*), sendo os restantes cuidados, os mais especializados (*cuidados de reparação* ou *de enfermagem*) praticados, na sua maioria, pelas enfermeiras. No entanto, podemos afirmar, que em algumas observações os pais participaram nestes cuidados mais especializados, enquanto que noutras observações, e embora os recém-nascidos apresentassem características semelhantes, tal não se verificou. Acreditamos, que tal acontece, por influência da enfermeira que naquele dia está responsável pela criança, o que sugere a inexistência de um modelo de parceria de cuidados naquela Unidade de Neonatologia. Talvez por isso a participação dos pais nos cuidados não surja como resultado de uma negociação de papéis entre os intervenientes, o que contribuiria para a construção do cuidado compartilhado.

É defendido por vários autores que numa fase inicial os cuidados ao recém-nascido prematuro devem ser prestados pelos enfermeiros, por serem mais específicos, sendo estes gradualmente substituídos pelos pais, quando os mesmos se sintam capazes de o fazer (Darbyshire, 1993; Farrell, 1994; Lima, Rocha & Scochi, 1999; Lamego, Rocha & Scochi, 2005). No nosso estudo foi possível observar que tal acontece naquela unidade. No entanto, estes estudos também apontam para a importância do plano de cuidados negociado entre enfermeiros e pais, facto que já mencionamos, por forma a que estes se sintam parte integrante do processo de cuidar do bebé, o que não se observou.

Depois de apresentarmos o contexto em que a parceria de cuidados aconteceu, procuramos compreender que factores a condicionaram. Assim, obtivemos factores facilitadores, os quais originaram a dimensão **motivação** e factores complicadores do fenómeno, os quais geraram a dimensão **factores inibidores**.

A motivação das enfermeiras para cuidarem em parceria com os pais relacionou-se com os conhecimentos que estas tinham sobre as vantagens deste processo. Reconheceram que com o nascimento e consequente internamento do bebé numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, acontece, por vezes, um afastamento por parte dos pais, o qual se relaciona com os sentimentos que estes experimentam no momento. Assim, acreditaram que, com a participação dos pais nos cuidados, promoviam a interacção pais/filho e,

consequentemente, o estabelecimento do vínculo afectivo pais/bebé. Também referiram, que ao participarem, os pais transmitiam amor, o que favorecia o desenvolvimento do bebé. Acreditaram, igualmente, que a participação dos pais nos cuidados ao seu filho prematuro permitiu a sua capacitação, tornando-os mais autónomos nestes mesmos cuidados à medida que o internamento avançava e que, deste modo, se estava a preparar a alta daquela criança.

Mas a motivação das enfermeiras também se relacionou com o comportamento dos próprios pais. O simples facto destes estarem presentes, o se mostrarem competentes, ou estarem motivados para cuidarem do bebé (o que se revelava pelo seu interesse em participar e pela satisfação que demonstravam quando o faziam), motivou as enfermeiras a incluírem estes pais nos cuidados.

O facto do comportamento dos pais actuar como factor gerador de motivação nas enfermeiras para prestarem cuidados em parceria, é para nós um novo dado, o qual consideramos muito interessante, porque não encontramos presente na bibliografia.

A parceria de cuidados também foi influenciada por factores inibidores, os quais actuaram como complicadores deste fenómeno. Estes deveram-se, por exemplo, às dificuldades que as enfermeiras sentiam quando o bebé estava numa situação clínica instável, pois sentiam-se inseguras perante a possibilidade de durante a participação dos pais ocorrer alguma situação geradora de *stress*. Esta insegurança também se reviu quando houve a necessidade de realizar procedimentos dolorosos, tais como punções venosas, talvez por receio de sentirem alguma cobrança por parte dos pais, no caso de não acertarem à primeira. Algumas participantes atribuíram esta insegurança também à dificuldade de algumas enfermeiras em estabelecer uma relação de ajuda com os pais, o que as fazia concentrarem o seu cuidado nas técnicas relacionadas com a fisiopatologia, descurando a importância do cuidado centrado na família.

Como última dificuldade mencionada apresentamos a noção que as enfermeiras tinham da falta de confiança da equipa médica nelas, o que sugere uma certa subordinação da equipa de enfermagem à classe médica. Deste modo, certos cuidados não eram prestados em parceria com os pais (por exemplo o colo a uma criança ventilada), apenas por receio da atitude médica e não por não o considerarem importante.

O comportamento dos pais também actuou como factor inibidor, pois em certas ocasiões, estes simplesmente, recusaram participar. Esta recusa pode estar relacionada com o medo que tinham do filho morrer, o que os fez adoptar um certo distanciamento como forma de protecção. Pode ainda ser porque se sentiam inseguros ou ansiosos, fazendo transparecer uma falta de interesse em participar. Neste caso, e contrariamente ao que

aconteceu na motivação, a recusa dos pais em participar, a qual aconteceu pela sua insegurança e ansiedade, pode ter sido percebida pelas enfermeiras, como uma falta de interesse destes no filho. Tal facto parece que se reflectiu na atitude das enfermeiras relativamente àqueles pais. O facto dos pais prestarem cuidados mais demorados também actuou como factor inibidor, o qual se relacionou com a percepção que as enfermeiras têm da sua falta de conhecimentos e/ou capacidade em cuidar do filho.

Como já foi possível constatar, o estado de saúde do bebé actuou como factor preponderante para prestação de cuidados em parceria com os pais. Sabemos que em situações de instabilidade, os cuidados são prestados pelas enfermeiras, independentemente de serem cuidados familiares ou de reparação. Anne Casey (2009) e outros (Imori, 1997; Guimarães & Monticelli, 2007; Silva, Kirschbaum & Oliveira, 2007) referem que o modelo de parceria de cuidados admite que nessas situações a maioria dos cuidados sejam prestados pelos enfermeiros e que os pais aceitam este facto por reconhecerem a sua importância (Andraus, Minamisava & Munari, 2004).

Outro aspecto mencionado foi o da incubadora actuar como uma barreira entre os pais e o bebé, talvez porque o facto de estar na incubadora sugere que o bebé é demasiado pequeno e/ou que ainda se encontra numa situação de saúde mais instável, o que nos remete para o item anteriormente mencionado. Consideramos importante o facto das enfermeiras terem destacado este aspecto, pois pensamos que ao tomarem consciência dele poderão actuar por forma a desmistificar a incubadora perante os pais e, deste modo, promovem a parceria, também nestas situações.

O tipo de cuidado prestado também influenciou a parceria de cuidados, pois quando este cuidado tinha um risco associado, as enfermeiras preferiam realizá-lo. Também referiram que não se justificava os pais prestarem cuidados que não teriam continuidade após a alta do bebé. Tal fez-nos pensar que as enfermeiras só realizaram cuidados com os pais quando acreditavam que estes seriam úteis após a alta, ou seja, e tal como já referimos no que respeita à motivação, a participação dos pais nos cuidados visou, sem dúvida, uma preparação para a alta. No entanto, o banho na incubadora é um cuidado que não se presta após a alta e mesmo assim, os pais foram incentivados a fazê-lo.

Na realidade foi possível constatar que é no banho que os pais mais participam. A participação dos pais neste cuidado foi promovida pela equipa de enfermagem por uma acção a que denominamos de flexibilidade do horário do banho. Esta foi uma das acções que realizaram como forma de promover a parceria. Outra acção que também realizaram foi o apoio especial ao pai no momento da admissão da criança, o que incluiu, por exemplo o incentivá-lo a fotografar o bebé para depois mostrar à mãe.

Estas acções que as enfermeiras realizaram relacionam-se com a política do serviço. No entanto não as consideramos ainda normas instituídas, mas acreditamos que se o fossem, a adesão às mesmas seria maior.

Não podemos, no entanto deixar de mencionar que o facto de se dar uma atenção especial ao banho, sugere haver uma certa discriminação em relação a outros cuidados. Isto pode significar que as enfermeiras não consideravam importante os pais participarem em todos os cuidados ao bebé. Logo não consideravam importante a negociação dos cuidados, pelo que a decisão dos pais participarem era sempre delas. Por isso observamos que os pais prestavam um cuidado fragmentado, o que também não contribui para a construção do conhecimento.

Outras acções foram reconhecidas como promotoras da parceria e notou-se uma intenção das enfermeiras em torná-las realidade. As participantes apontaram a importância da criação de uma Associação de pais, do seguimento pós-alta, da distribuição de panfletos e apresentação de vídeos e da formação em serviço com o intuito de sensibilizar para a parceria. Estas foram sugestões das enfermeiras e acreditamos que se estas acções forem ponderadas pelo serviço, e se tornarem uma norma instituída, a sua prática estará garantida.

Foi importante respeitar a vontade dos pais quando estes se recusavam a participar, mas foi igualmente função das enfermeiras incentivar a participação dos pais nos cuidados. Pequenas acções serviram como forma de incentivo, como, por exemplo, o estimulá-los a envolverem-se nos cuidados ao bebé. Reconheceram a importância da relação de ajuda, através da qual os enfermeiros se devem mostrar disponíveis e seguros, prestar informações e, como já mencionamos, respeitar a vontade dos pais. E que, mesmo tendo o cuidado de respeitar a sua vontade, muitas vezes, solicitavam a sua colaboração e aproveitavam estes momentos para os ensinar.

Quando voltamos ao campo para efectuar as entrevistas, um dos objectivos que tínhamos em mente era perceber que estratégias de *coping* as enfermeiras utilizavam para ultrapassar as dificuldades que identificamos durante a observação participante. Admitiram realmente sentir dificuldade em realizar procedimentos dolorosos na presença dos pais, mas que quando estes queriam, participavam nestes momentos. Referiram que quando tal acontecia, tentavam desviar a atenção dos pais do que faziam, solicitando a sua ajuda, ou simplesmente conversando com eles. Em outras situações em que sentiam dificuldades recorriam à introspecção como forma de tentar compreender melhor o que se estava a passar e saber qual a melhor forma de actuar.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem várias implicações para a profissão de Enfermagem. Numa primeira exposição, acreditamos que só o facto de ter sido realizado promoveu momentos de discussão sobre a temática em questão, e consequentemente, momentos de introspecção sobre a forma como cada enfermeira participante presta cuidados em parceria. Só por este facto, já se torna uma mais valia. Mas como qualquer estudo, também tem outras implicações, tanto para a prática dos cuidados, como para a gestão, a investigação em enfermagem e a formação académica.

Prática de Enfermagem

Como já mencionamos, o facto de se promover a discussão do tema, é por si só uma forma de sensibilizar para a parceria.

Consideramos muito importante o facto de se reconhecer o comportamento dos pais como condicionante do fenómeno de parceria de cuidados. Acreditamos que a consciencialização deste aspecto pode alterar a prática das enfermeiras, levando-as a sensibilizar os pais para importância da sua participação. Reconhecemos importante que a vontade dos pais seja respeitada, mas pensamos que é dever do enfermeiro, através da relação de ajuda, desmistificar os factores que provocam neles um comportamento menos motivador para a parceria, incentivando-os, solicitando a sua colaboração, ou seja, incluindo-os neste processo. Esta inclusão dos pais nos cuidados deve ser um processo gradual e resultado de uma negociação de papéis. Torná-los conscientes da sua importância no processo de parceria de cuidados é uma forma de melhorar os cuidados ao recém-nascido prematuro.

É igualmente importante desmistificar a incubadora junto dos pais, incentivando-os a manipular o bebé dentro desta, por forma a que a barreira criada pela incubadora, a qual é visível, seja minimizada. Esta desmistificação pode ser efectuada também pela participação dos pais nos cuidados ao bebé.

Outro aspecto que queremos salientar é a dificuldade sentida pelas enfermeiras relacionada com a falta de confiança que sentem por parte da equipa médica. Relativamente a este aspecto, salientamos a importância da autonomia da profissão de enfermagem, e quando nos referimos à autonomia em enfermagem não falamos de acções autónomas, mas sim na importância dos enfermeiros se sentirem confiantes nos cuidados que prestam, sabendo justificá-los com recurso a estudos científicos, promovendo deste modo, a sua aceitação e consequente implementação junto da equipa multidisciplinar em que se inserem.

Adoptar uma postura diferente relativamente à relação de ajuda, é igualmente necessário. Reconhecer a importância desta relação para a profissão de enfermagem, apostar na comunicação para iniciar esta relação e perceber que é através desta que se promove a melhoria dos cuidados.

Outro aspecto a desenvolver é a promoção de momentos de introspecção e formação pessoal. Cabe a cada enfermeiro o crescimento pessoal e profissional, apostando para tal, no desenvolvimento de competências que visem a actualização de conhecimentos e, consequentemente, a melhoria dos cuidados.

Em suma, podíamos dizer que a simples adopção de um modelo de parceria de cuidados com os pais promoveria a melhoria dos cuidados. Mas acreditamos que esta acção vai muito além da vontade dos enfermeiros, pois um modelo de parceria tem outras implicações que se relacionam com a gestão dos cuidados prestados numa Unidade de Neonatologia.

Gestão dos cuidados

No que respeita à gestão dos cuidados, pensamos que numa primeira etapa devem ser consideradas as sugestões das participantes, no que concerne às acções de enfermagem promotoras da parceria, por elas idealizadas:

- ⇒ Criação de uma Associação de Pais;
- ⇒ Seguimento pós-alta;
- ⇒ Distribuição de panfletos e apresentação de vídeos;
- ⇒ Formação em serviço: sensibilização para a parceria.

Também consideramos importante encorajar as acções promotoras da parceria já realizadas, tais como a flexibilidade do horário do banho e o apoio na primeira visita, com vista a manter a sua prática junto de todos os elementos da equipa de enfermagem.

Como constatamos, a parceria de cuidados acontece, mas é o reflexo do interesse de cada enfermeira e não o resultado de um trabalho de equipa. É importante a adopção de um modelo de cuidados em parceria, o qual, acreditamos terá maior adesão se for promovido pelos órgãos de gestão. Assim, propomos a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, por todas as vantagens que esta tem e por ser uma iniciativa já adoptada por outros centros hospitalares e com resultados positivos. Esta, quando adaptada a uma Unidade de Neonatologia, inclui, além da parceria de cuidados, outras

práticas referentes aos cuidados para o desenvolvimento, como o Cuidado Mãe Canguru, a massagem ao recém-nascido prematuro e a promoção da amamentação e lactação e eventual criação de bancos de leite humano.

Promover a formação em serviço sobre o tema é outro aspecto a apontar, que acreditamos, promove a melhoria dos cuidados prestados. Sugerimos, por exemplo, o desenvolvimento de competências através de estágios em instituições onde estas práticas sejam comuns. Acreditamos também, ser importante encorajar e facilitar a frequência em cursos de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por reconhecermos que o cuidado centrado na família, os cuidados para o desenvolvimento e a parceria de cuidados são temas nele desenvolvidos.

O reconhecimento das dificuldades sentidas pelas enfermeiras, por parte das chefias também é importante. Reconhecemos que ao trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os profissionais ficam expostos a inúmeras situações de *stress*, e que uma forma de lidar com estas pode ser pela adopção de estratégias de fuga. Compreendemos que esta é uma atitude, por vezes inconsciente, mas que pode actuar como factor complicador da relação de ajuda. Como já referimos, é importante apostar na relação de ajuda como forma de melhorar os cuidados prestados nestas unidades. Assim, sugerimos também a promoção de momentos de reflexão em grupo, dentro do horário laboral, que visem o reconhecimento e a avaliação de situações geradoras de *stress* e a procura de estratégias de *coping* a adoptar.

Investigação em Enfermagem

Com este estudo surgiram outras questões a serem exploradas. Sem dúvida que é necessário conhecer a perspectiva dos pais relativamente à parceria de cuidados. Uma vez que o seu comportamento foi considerado como um factor importante no estudo que efectuamos, consideramos igualmente importante explorar que factores condicionam o comportamento dos pais; saber se a comunidade em que a instituição se insere influencia este comportamento e de que modo se pode actuar por forma a favorecer o envolvimento desses pais nos cuidados ao recém-nascido.

Propomos ainda a realização de outros estudos centrados na experiência dos enfermeiros e que procurem relacionar os seus dados biográficos, percebendo se estes são factores condicionantes, e, se assim for, tentar actuar sobre eles.

Por último sugerimos a realização de estudos que incidam na parceria de cuidados com pais de crianças recém-nascidas internadas com outros diagnósticos, como forma de

explorar outros factores condicionantes e identificar outras acções promotoras do processo.

Formação académica

A maioria das participantes é enfermeira generalista, o que acontece com a maior parte dos enfermeiros do nosso país. Pela escassez de enfermeiros especialista, são muitas vezes, os enfermeiros generalistas que exercem funções em serviços tão específicos como é, por exemplo, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Deste modo, sugerimos a inclusão da temática “cuidado centrado na família”, incluindo a “parceria de cuidados”, no curso de licenciatura em Enfermagem. Sugerimos ainda que neste curso se explorem estratégias de *coping* como forma de lidar com as situações de *stress* que frequentemente ocorrem durante a prática dos cuidados de enfermagem.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget;
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). Significado da teoria para a enfermagem enquanto disciplina e profissão In Alligood, M. R. & Tomey, A. M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência.15-34;
- Almeida, C., Colaça, C. & Sanchas, L. (2007). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. *Enfermagem em foco*. Sindicato dos Enfermeiros. VII. (28), 36-42;
- Amadeu, V.T.R. & Hartmann, J.B. (2005). O binómio mãe-bebê na UTI Neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. *Iniciação Científica Cesumar* [versão electrónica]. 7 (1), 25-40. Obtido em 21 de Junho de 2009 em <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/lccesumar/article/viewArticle/100>;
- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*. (67), 19-27;
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R. & Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3. (2), 203-208;
- Basics of APA Style Tutorial* [versão electrónica]. Obtido em 30 de Novembro de 2009 em <http://flash1r.apa.org/apastyle/basics/index.htm>;
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise psicológica*. XVI. (1), 11-28;
- Barros, A. L. B. L., Humerez, D. C., Fakihi, F. T. & Michel, J. L. M. (2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudos preliminares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [versão electrónica]. 11. (5), 585-592. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>;
- Batalha, L., Franco, F. & Matos, L. (1999). Relação de parceria nos cuidados neonatais. *Sinais Vitais*. (22), 21-23;
- Batalha, L., Santos, L., A. & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 38. (4), 144-151;
- Batista, A., Vieira, M.; Cardoso, N. & Carvalho, G. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [versão electrónica]. 39 (1), 85-91. Obtido em 28 de Agosto de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>;

Bender, H. (1998). Neonatal Intensive Care In Davis, H. & Fallowfield, L. *Counselling and Communications in Health Care*. Wiley: West Sussex, 209-221;

Bergamini, C. W. (1990). Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. *Revista de Administração de Empresas* [versão electrónica]. 30 (2), p. 23-34. Obtido em 24 de Agosto de 2009 em <http://www16.fgv.br/rae/artigos/862.pdf>;

Blair, P. S. (2008). O co-leito em perspectiva. *Jornal de Pediatria* [versão electrónica]. 84 (2), p. 99-101. Obtido em 7 de Agosto de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/v84n2a01.pdf>;

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

Borges, E. M. N. (2005). O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. *Nascer e Crescer: revista do hospital de crianças maria pia* [versão electrónica]. XIV. (2), 123-125. Obtido em 28 de Dezembro de 2007 em <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1403/0%20sofrimento.pdf>;

Borges, E. M. N. (2006). O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In Marques, P., Carvalho, J. C., Sousa, P. Borges, E. & Cruz, S. *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem de São João, 249-340;

Botelho, T. M. (2001). Personalidade materna e prematuridade: capítulo 3, sobre a prematuridade. *Colecção livros, SNR* [versão electrónica]. Lisboa: SNRIPD. 18, 194-225. Obtido em 5 de Outubro de 2008 em <http://www.snripd.pt/document/livro018.rtf>;

Boyle, J. S. (2007). Estilos de etnografia In Morse, J. M. & Field. *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, 161-188;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso* [versão electrónica]. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em 5 de Outubro de 2008 em <http://www.metodocanguru.org.br/manual.pdf>;

Braga, H., Fernandes, I., Costa, E. & Carvalho, L. (1995). O grau de satisfação dos pais e os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. *Divulgação*. (35), 5-20;

Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas;

Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença;

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

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

Bhutta, Z., Khan, I., Salat, S.; Raza, F. & Ara, H. (2004). Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). *BMJ*. 329 [versão electrónica], 1151-1155. Obtido em 23 de Junho de 2007 em <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>;

Carpenter, D. R. (2002). Capítulo 3: Exigências éticas na investigação qualitativa In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência, 36-48;

Carpenter, D. R. (2002). Capítulo 6: Método da Teoria Fundamentada In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência, 111-129;

Carpenter, D. R. (2002). Capítulo 7: Teoria Fundamentada na prática, no ensino e na administração In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.) Loures: Lusociência, 131-158;

Carvalho, A. & Abreu, M. (2009). Cuidar a criança: repensar o passado para perspectivar o futuro. *WebArtigos.com* [versão electrónica], 1-7. Obtido em 11 de Agosto de 2008 em <http://www.webartigos.com/articles/14211/1/cuidar-a-crianca/pagina1.html>;

Casey, A. (prelectora). (2009). Modelo de Parceria em Enfermagem Pediátrica [CD-Rom]. *Jornadas de Pediatria e Neonatologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: A criança sob o olhar de quem cuida – consensos, evidências e controvérsias*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

Cattaneo, A., Davanzo, R., Uxa, F. & Tamburlini, G. (1998). Recomendações para a implementação do Cuidado Mãe Canguru para bebés de baixo peso ao nascer. *Acta Paediatr.* (87), 440-445. In Documento do mês sobre amamentação. *Amamentação, vínculo afectivo e humanização da assistência perinatal (nº 04/99)* [versão electrónica]. Obtido em 11 de Agosto de 2009 em http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf;

- Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. F., Oleite, R. C. B. & Spire, W. C. (2000) Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [versão electrónica]. São Paulo. 34 (4), 1-13. Obtido em 5 de Julho de 2009 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt;
- Cole, J. (1995). Intervenção precoce em bebé prematuro de alto risco In Gomes-Pedro. *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 237-250;
- Collet, N. & Rocha, S. M. M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [versão electrónica]. Ribeirão Preto. 12. (2), 1-8. Obtido em 10 de Março de 2008 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200007;
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Costa, S. F. C. O. (2003). Kangaroo care: ficção ou realidade? *Nursing: Revista Técnica de Enfermagem*. Lisboa. 15 (173), 16-19;
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design: qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications;
- Darbyshire, P. (1993) Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*. 18, 1670-1680;
- Diniz, R. (2005). Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo?!. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem. (3), 19-26;
- Dittz, E. S., Mota, J. A. C & Sena, R. R. (2008). O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* [versão electrónica]. Recife. 8 (1), 75-81. Obtido em 25 de Agosto de 2009 em [http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf;](http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/09.pdf)
- Dupas, G., Pinto, I. C., Mendes, M. D. & Benedini, Z. (1994). Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. São Paulo. 7 (1), 19-26. Obtido em 6 de Junho de 2009 em [http://www.unifesp.br/denf/acta/1994/7_1/pdf/art3.pdf;](http://www.unifesp.br/denf/acta/1994/7_1/pdf/art3.pdf)
- Diogo, P. (2000). Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 4 (1), 12-24;

Dokken, D. & Ahmann, E. (2006). The many roles of family members in "Family-Centered Care". *Pediatric Nursing*. Pitman. 32 (6), 562-565. Obtido em 7 de Maio de 2007 em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1193759211&Fmt=53011&RQT=309&VName=PQD>;

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

Escola Secundária de Cantanhede. Biblioteca Escolar. (2008). *Como elaborar em Lista de Referências de acordo com a Norma Internacional APA, 5ª ed.* [versão electrónica]. Obtido em 30 de Outubro de 2009 em http://www.escantanhede.pt/documentos/normas_apa_es.pdf;

Faquinello, P., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & contexto – Enfermagem* [versão electrónica]. Florianópolis. 16 (4), 609-616. Obtido em 1 de Maio de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>;

Farrell, M. (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing: revista técnica de enfermagem*. Lisboa. 7 (74), 27-28;

Ferecini, G. M., Fonseca, L. M. M., Leite, A. M., Daré, M. F., Assis, C. S. & Scochi, C. G. S. (2009). Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. 22 (3), 250-256. Obtido em 5 de Maio de 2009 em http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/en_a03v22n3.pdf;

Ferreira, C. E. & Caeiro, D. (2006). Integração dos pais de recém-nascidos submetidos a cirurgia cardíaca na equipa de cuidados intensivos de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Revista: Investigação em Enfermagem*. Coimbra. (13), 56-63

Ferreira, M. & Costa, M. (s.d.). *Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Obtido em 15 de Junho de 2007 em http://www.ipv.pt/millennium/Millennium_30/5.pdf;

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

Fonseca, A. P. & Magão, M. T. (2007). Ser mãe de um recém-nascido prematuro: vivências do processo de transição para a maternidade. In Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa, 73-90;

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

- Fowle, P. W. & McHaffie, H. (2004). ABC of the preterm birth: Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ* [versão electrónica]. (329), 1336-1338. Obtido em 15 de Junho de 2007 em <http://www.bmj.com/cgi/content/full/329/7478/1336>;
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de subsistemas In Alligood, A. M. & Tomey, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência, 335-336;
- Fuchs, F. & Ylikorkala, O. (1986). Parto pré-termo In Caplan, R. M. *Princípios de Obstetrícia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 378-394;
- Gameiro, M. G. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*, 19, 5-15;
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. M. & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria* [versão electrónica]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 81 (6), 435-442. Obtido em 16 de Julho de 2009 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572005000800005&script=sci_abstract&tlng=pt;
- Gasparreto, S., Bussad, V. S. R. & Barros, L. (2008). A abordagem construtivista-desenvolvimentista: elaboração e metodologia de aplicação de vídeos didáticos na intervenção junto a mães de bebês recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* [versão electrónica]. 4 (1), 1-13 Obtido em 24 de Junho de 2009 em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a06.pdf>;
- Gerring, J. (2007). *Case study research: principles and practices*. New York: Cambridge University Press;
- George, J. (2000). Betty Neuman In George, J. *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 225-240;
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter;
- Goetz, J. P. & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño en investigacion educativa*. Madrid: Ediciones Morata;
- Gomes, F. (2006). Procedimento a dor em Neonatologia In Hospital do Divino Espírito Santo. Grupo de Acreditação de Neonatologia. *Procedimentos*. (34), 1-3;
- Gomes-Pedro, J. (1985). O período sensível da mulher no pós-parto. *Revista de obstetrícia e ginecologia*. Lisboa: Separata. 8 (76), 17-29;

Gomes-Pedro, J., Torgal-Garcia, F., Gouveia, R., Fernandes, A., Baptista, M. & Oliveira, G. (1997). Prematuridade e desenvolvimento. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 28 (5), 405-410;

González, C. (2004). *Manual prático do aleitamento materno*. (1ª ed.). Mam. Mater-Associação, 79-85;

Guimarães, S. É. R. & Bzuneck, J. A. (2002). Propriedades psicométricas de uma medida de avaliação da motivação intrínseca e extrínseca: um estudo exploratório. *Psico-USF: Revista semestral da área de Psicologia da Universidade de São Francisco* [versão electrónica]. 7. (1), 1-8. Obtido em 2 de Setembro de 2009 em http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_11/uploadAddress/PSICO-03%5B6524%5D.pdf;

Guimarães, S. É. R & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da teoria da autodeterminação. *Psicologia: reflexão e crítica*. 17. (2), 143-150. Obtido em 24 de Agosto de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22466.pdf>;

Guimarães, G. P. & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 16 (4), 626-635. Obtido em 25 de Maio de 2009 em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71416406.pdf>;

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;

Hockenberry, M. J., Wilson & Winkelstein (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed). São Paulo: Elsevier;

Hoga, L. A. K. (2002). Causas de estresse e mecanismos de promoção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. 15, (2), 18-25. Obtido em 22 de Junho de 2009 em http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_2/pdf/art2.pdf;

Hospital do Divino Espírito Santo. Grupo de Acreditação de Neonatologia. (2006^a). *Registo da Unidade de Neonatologia: Estrutura Física, Serviços de Apoio e Fluxograma*. (51), 1-8;

Hospital do Divino Espírito Santo. Grupo de Acreditação de Neonatologia. (2006^b). *Registo da Unidade de Neonatologia: Missão, Política e Objectivos da Unidade de Neonatologia*. (51);

- Imori, M. C., Rocha, S. M. M., Sousa, H. G. B. L. & Lima, R. A. G. (1997). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. 10 (3), 37-43. Obtido em 22 de Dezembro de 2007 em http://www.unifesp.br/denf/acta/1997/10_3/pdf/art4.pdf;
- Jornada Jr., I. (1997). Características do recém-nascido prematuros In Miura, E., Procianoy, R. S. & colaboradores. *Neonatologia: Princípios e Prática*. (2ª ed) Porto Alegre: Artes Médicas, 118-119;
- Jorge, A., Fonseca, A., Santos, L. & Levy, M. L. (2004). Humanização dos serviços de atendimento à criança. *Boletim do IAC: Separata nº12* [versão electrónica]. (73). Obtido em 30 de Março de 2008 em <http://www.iacrianca.pt/boletim/pdf/Separata732.pdf>;
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Kennel, J. H. & Klaus, M. H. (1998). Vínculo afectivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. *Pediatrics in Review*. 19 (1), 4-12. In Documento do mês sobre amamentação. *Amamentação, vínculo afectivo e humanização da assistência perinatal (nº 04/99)* [versão electrónica]. Obtido em 11 de Agosto de 2009 em http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf;
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed;
- Klaus, M. H. & Klaus, P. H. (2001). *Seu surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artmed;
- Kennel, J. (1995). Tornar-se família – ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família In Gomes-Pedro, J. (1995). *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 35-53;
- Lamego, D. T. C., Deslandes, S. F. & Moreira, M. E. L. (2005). Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 669-675. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf>;
- Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M. & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciências e Saúde Coletiva*. 10 (3), 659-668. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>;
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer;

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teóricas e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta;

Léssard-Herbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (2008). *Investigação qualitativa: fundamentos e prática*. (3ª ed). Lisboa: Instituto Piaget Artes Gráficas, 95-138;

Levin, A. (1999). Ponto de vista: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. *Acta Paediatric*. (88), 353-355 In Documento do mês sobre amamentação. *Amamentação, vínculo afectivo e humanização da assistência perinatal (nº 04/99)* [versão electrónica]. Obtido em 11 de Agosto de 2009 em http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf;

Lima, R. A. G., Rocha, S. M. M. & Scochi, C. G. S. (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [versão electrónica]. Ribeirão Preto. 7. (2), 33-39. Obtido em 28 de Dezembro de 2007 em http://www.scileo.br/pdf/rla_e/v7n2/13459.pdf;

Lisboa, M. T. L. (2000). Unidade 1: Manutenção e necessidades de saúde: Capítulo 4: Educação para a saúde e promoção da saúde In Smeltzer, S. B., Bare, B. G. Brunner & Suddarth: *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. (8ª ed.). 1, 34-43;

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau;

Lopes, T. C., Mota, J. A. C. & Coelho, S. (2007). Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no sistema único de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [versão electrónica]. 15 (4), 543-548. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a04.pdf>;

Louzada, M. L. C. & Solla, N. P. (1997). Assistência de enfermagem na manutenção do estado nutricional do recém-nascido. In Miura, E., Procianoy, R. S. & colaboradores. *Neonatologia: Princípios e Prática*. (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 74-76;

Macedo, I., Peixoto, J., Rodrigues, M. & Guedes, B. (2004). Cuidados cutâneos no recém-nascido. *Consensos nacionais em neonatologia*. Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 105-112;

Machado, C. E. & Jorge, M. S. B. (2005). Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. *Estudos de Psicologia* [versão electrónica]. Campinas. 22. (2), 197-204. Obtido em 19 de Outubro de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a09.pdf>;

- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência: revista de formação e educação em enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. (8), 53-61;
- Marques, S. M. N. & Sá, M. G. S. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Revista Referência*. Coimbra. (11), 34-40;
- Martínez, J., Fonseca, L. & Scochi, C. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao seu filho prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipa de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [versão electrónica]. 15. (2), 239-246. Obtido em 8 de Março de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a08.pdf>;
- Martínez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B. & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista brasileira de fisioterapia* [versão electrónica]. São Carlos. 11 (1), 69-76. Obtido em 19 de Outubro de 2007 em http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_11.pdf;
- Martins, M. A. V. (1999). *As vivências dos pais de recém-nascidos prematuros*. (Trabalho realizado no âmbito do 2º curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Lisboa, [s.p.];
- Matsuda, L. M. & Évora, Y. D. M. (2003). Gestão da equipa de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco, *Ciência, cuidado e saúde* [versão electrónica]. Maringá. 2. (1), 11-18. Obtido em 24 de Agosto de 2009 em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5562/3534>;
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. (1ª ed). Loures: Lusociência;
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2ª ed). Thousand Oaks: Sage Publications;
- Morse, J. M. & Field, P. (1995^a). An Overview of Qualitative Methods. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. [s.l.]: Sage, 21-41;
- Morse, J. M. & Field, P. (1995^b). Principles of Conceptualizing a Qualitative Project. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. [s.l.]: Sage, 43-67;
- Muecke, M. A. (2007). Sobre a avaliação das etnografias In Morse, J. M & Field. *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, 161-188;

Munck, H. (1995). Intervenção hospitalar com pais de bebés prematuros. In Gomes-Pedro, J.. *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 229-235;

Nascimento, M. B. R. & Issler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria* [versão electrónica]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 80. (5), 163-172. Obtido em 16 de Julho de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a08.pdf>;

Neil, R. M. (2004). Jean Watson: Filosofia e ciência do cuidar In Alligood, A. M. & Tomey, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência, 163-183;

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

Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim do Século Edições, 153-171;

O. Argote, L. Â. & Valverde, M. M. (2002). A Doação faz a Diferença no Cuidado de Pais e Crianças Prematuras. *Família, Saúde e Desenvolvimento* [versão electrónica]. 4 (1), 7-15. Obtido em 30 de Junho de 2009 em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5062/3829>;

Oliveira, B. R. G. & Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [versão electrónica]. Ribeirão Preto. 7 (5), 95-102. Obtido em 18 de Outubro de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>;

Oliveira, M. E. (2001). Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos prematuros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia. 3, (2) Obtido a 20 de Dezembro de 2008 em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/719/779>;

Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. & Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline: Desenvolvimento Profissional* [versão electrónica]. 4 (2), 44-61. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof recém nascido.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros. (2003^a). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*;

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2003^b). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999-2003)*;

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*;

Pacheco, M. M. F. R. (2001). Avaliação das alterações cardio-respiratórias resultantes da manipulação do recém-nascido prematuros ventilado. Porto, (dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no âmbito da candidatura ao grau de Mestre)

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência;

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

Parecer 25/CNECV/99 sobre *Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana* [versão electrónica]. Obtido em 30 de Maio de 2007 em <http://www.cneqv.gov.pt>;

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2ª Ed.). Newbury Park: Sage Publications;

Pinto, C. & Figueiredo, M. C. (1995). Cuidar da criança doente. *Nursing: revista técnica de enfermagem*. Lisboa. (95), 15-16;

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. São Paulo: Artmed;

Rabelo, M. Z. S., Chaves, E. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L. & Sherlock, M. S. M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. 20 (3), 333-337. Obtido em 30 de Março de 2008 em http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf;

Ramalho, A. L. & Amaral, J. J. F. (2006). As faces da violência contra crianças. *Revista de Pediatria do Ceará* [versão electrónica]. 7. (1), 6-13. Obtido em 30 de Março de 2008 em <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/7.1%20Resumo%20Art%20Rev.pdf>;

Ribeiro, A. (2003). *O Corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. (2ªed.) Lisboa: Editorial Notícias;

Riley, J. B. (2004^a). Relação Enfermeiro/Cliente: uma relação de ajuda. *Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência, 25-58;

Riley, J. B. (2004^b). Empatia. *Comunicação em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência, 131-154;

- Rocha, G., Proença, E., Fernandes, P., Matos, A. & Costa, T. (2004). Analgesia e sedação. *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 45-51;
- Rolim, K. M. C. & Cardoso, M. V. L. M. L. (2006). O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: reflectindo sobre a atenção humanizada. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [versão electrónica]. 14. (1), 85-92. Obtido em 19 de Outubro de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>;
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. (3rd ed). New York: John Wiley & Sons, Inc., 131-157;
- Santos, J. (2002). *Parceria nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa;
- Sasidharan, C. K., Gokul, E., Anoop, P. & Vijayakumar, M. (2005). Benefits of maternal participation in newborn nurseries. *The Indian Journal of Paediatrics* [versão electrónica]. 72. (10), 829-833. Obtido em 7 de Junho de 2007 em http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf;
- Silva, J. B., Kirschbaum, D. I. R. & Oliveira, I. (2007). Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [versão electrónica]. 28. (2), 250-259. Obtido em 16 de Julho de 2007 em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3176/1749>;
- Smeltzer, C. S. & Bare, B. G. (2000). Capítulo 4: Educação para a Saúde e Promoção da Saúde In Smeltzer, C. S. & Bare, B. G. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (8^a Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1, 35-43;
- Soares, D. C. (2008). Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10 (3), 864-865. Obtido em 16 de Julho de 2009 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a36.htm>
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Wadsworth Thomson learning;
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York: Wadsworth Thomson learning;
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press;
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. (2nd Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications;

- Streubert, H. J. (2002^a). Capítulo 1: Filosofia e teoria: fundamentos da investigação qualitativa In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2^a ed.) Loures: Lusociência, 1-15;
- Streubert, H. J. (2002^b). Capítulo 2: A produção da investigação qualitativa: elementos comuns essenciais In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2^a ed.) Loures: Lusociência, 17-36;
- Streubert, H. J. (2002^c). Capítulo 8: Método Etnográfico In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2^a ed.) Loures: Lusociência, 159-189;
- Streubert, H. J. (2002^d). Capítulo 9: Etnografia na prática, no ensino e na administração In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2^a ed.) Loures: Lusociência, 191-217;
- Talento, B. (2000). Jean Watson In George, J. *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. (4^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, 253-265;
- Tamez, R. N. & Silva, M. J. P. (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. (2^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Taylor, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem In Alligood, A. M. & Tomey, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. (5^a Ed.). Loures: Lusociência, 211-236;
- Tronchin, D. M. R. & Tsucheniro, M. A. (2005). A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Revista Brasileira de Enfermagem* [versão electrónica]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem. 58 (1), 49-54. Obtido em 8 de Março de 2008 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>;
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicossomática. 2 (1), 93-108;
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo In Silva, A. S. & Pinto, J. M.. *Metodologia das ciências sociais*. (13^a ed.) Porto: Afrontamento, 101-128;
- Valente, L. & Silva, M. (s.d.). Prematuridade. *Centro de Desenvolvimento Infantil – Diferenças* [versão electrónica], 1-6. Obtido em 12 de Julho de 2007 em <http://www.diferencas.net/objectos/prematuridade.pdf>;
- Vannuchi, M. T. O., Monteiro, C. A., Réa, M. F. Andrade, S. M. & Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia.

Revista Saúde Pública [versão electrónica]. 38. (3), 422-428. Obtido em 16 de Julho de 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20660.pdf>;

Viana, V., Guimarães, H., Maia, T., Ramos, M. & Mendes, F. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, saúde & doenças* [versão electrónica]. 6. (2), 119-130. Obtido em 22 de Junho de 2009 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a01.pdf>;

Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência;

Watson, J.. (2002b). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência;

Waechter, E. H & Blake, F. G. (1979). *Enfermagem Pediátrica*. (9ª ed.) Rio de Janeiro: Interamericana;

Welsch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. M, Tomey & M. R, Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência, 563-591;

Wolf, Z. R. (2007). Ethnography: The Method In Munhall, P. L. – *Nursing Research: a Qualitative Perspective*. (4th ed.). Massachusetts-USA: Jones and Bartlett Publishers, 293-330;

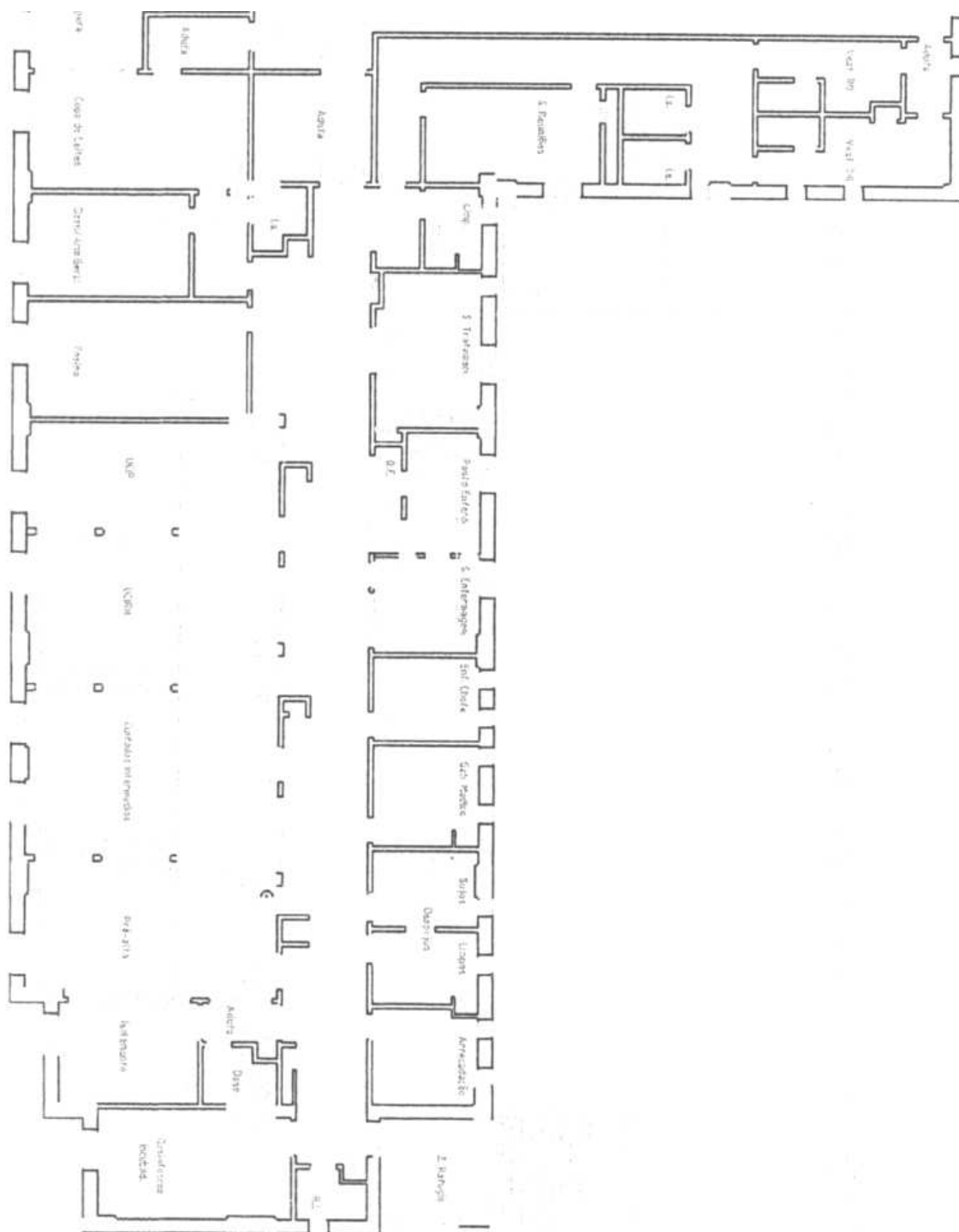
Wolke, D. (1995). Um ambiente estimulante para os bebés na Unidade de Cuidados Intensivos In Gomes-Pedro, J. – *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 251-278;

Wong, D. L. (1999). Capítulo 18: Impacto da doença crónica, incapacitante, ou da morte sobre a criança e a família. *Whaley e Wong – Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 466-504;

Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park: Sage Publications;

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods*. (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Anexo 1 – Planta da Unidade



**Anexo 2 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração
do Hospital onde o estudo foi realizado**

Amiz. 1
28.07.05

Ao Presidente do Conselho de Administração do
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Assunto

Pedido de autorização para efectuar colheita de dados na Unidade de Neonatologia deste Hospital para fins de um estudo de investigação de âmbito académico.

Eu, Nádea Margarida Ferreira Amaral, Enfermeira Graduada desta Instituição, com o número mecanográfico 2345, a exercer funções na Unidade de Neonatologia, encontro-me a frequentar, em horário pós-laboral, o XIV Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto a ser leccionado na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada. No âmbito do referido curso, encontra-se em fase de projecto o estudo de investigação do qual resultará a Tese de Mestrado, orientada pela Prof. Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo. Com a finalidade de realizar o referido estudo e necessitando, para o efeito da autorização de V. Ex.^a, a aluna e respectiva orientadora, vêm por este meio expor o seguinte:

- O estudo tem por finalidade contribuir para a prática de cuidados em parceria com pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia, o que vai ao encontro dos objectivos propostos pelo Grupo de Acreditação de Neonatologia desta Instituição. O seu objectivo é compreender que cuidados os enfermeiros da Unidade de Neonatologia do HDES prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados, tendo em conta o contexto desta unidade e o motivo porque o fazem;
- É um estudo do tipo qualitativo, prevendo-se que a colheita de dados seja efectuada nos meses de Outubro e Novembro, através da observação participante e de entrevistas aos participantes do estudo, os quais serão os enfermeiros que prestam cuidados directos na referida unidade, que não estejam a realizar o estudo e que, devidamente informados, aceitem participar;
- Não se prevêem danos para a Instituição nem para os participantes. Será respeitada a confidencialidade dos participantes e estes terão conhecimento prévio de todos os procedimentos relativos à fase de colheita de dados e

assinarão o consentimento informado. Deste modo, consideramos estar a cumprir os princípios éticos consagrados no relatório de Belmont, relativos à Investigação.

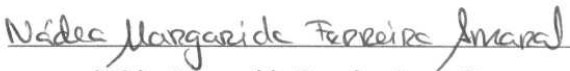
Tendo em conta o supracitado, a aluna e respectiva orientadora vêm por este meio solicitar a V. Ex^a, autorização para a realização do referido estudo.

Agradecendo desde já a V. colaboração.

Aguardamos deferimento.

Ponta Delgada, 3 de Setembro de 2008.

A aluna


(Nádea Margarida Ferreira Amaral)

Anexo 3 – Consentimento informado

Consentimento Informado

Investigador: Nádea Margarida Ferreira Amaral

Enfermeira Graduada do Hospital do Divino Espírito Santo

Mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Eu, abaixo assinado, aceito participar no trabalho de investigação com o tema *Pais parceiros no cuidar: contributo dos enfermeiros para a parceria de cuidados*, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado(a):

1. Os objectivos do estudo, que são:
 - Identificar que conhecimentos os enfermeiros da Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria do HDES mobilizam relativamente à prestação de cuidados em parceria com pais de recém-nascidos prematuros internados;
 - Compreender o que motiva os enfermeiros da Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria do HDES a prestar cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros internados.
2. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas directamente implicadas nele:
3. A informação será recolhida em duas fases:
 - Inicialmente através das interacções equipa de saúde/família na Unidade de Neonatologia;
 - Posteriormente será efectuada uma entrevista aos enfermeiros que será gravada em áudio.
4. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais. A observação e/ou a entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa, se o sujeito participante mostrar interesse para tal;
5. A sua participação é voluntária, salvaguardando o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
6. A privacidade dos participantes será salvaguardada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação;

7. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar as pessoas, cujos nomes e contactos, se encontram atrás descritos.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas.

Data: ____/____/____,

Assinatura do(a) Participante:

Eu abaixo assinado, _____ expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: ____/____/____,

Assinatura do(a) Entrevistador:

CONTACTOS

Responsáveis pelo trabalho de investigação *Pais parceiros no cuidar: contributo dos enfermeiros para a parceria de.*

Enfermeira Nádea Margarida Ferreira Amaral

E-mail: nadeamaral@yahoo.com.br

TLM: 965440529

Professora Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo

E-mail: ceubarbieri@esenf.pt

Anexo 4 – Guião de Observação

Guião de observação

Objectivos:

- Identificar que cuidados as enfermeiras prestam em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros ou de baixo-peso à nascença e que cuidados não prestam em parceria;
- Identificar que cuidados são prestados aos recém-nascido e por quem;
- Descrever os comportamentos dos pais e das enfermeiras durante a cena de prestação de cuidados;
- Identificar que factores influenciam a prestação de cuidados em parceria entre as enfermeiras e a/o mãe/pai;
- Descrever como são prestados os cuidados em parceria ao recém-nascido.

Local de observação: Unidade de Neonatologia (sala de Cuidados Intensivos e sala de cuidados Intermédios)

- Que cuidados são prestados ao recém-nascido e por quem;
- Comunicação verbal enfermeira-mãe/pai;
- Quem conduz a acção;
- Comportamento do recém-nascido durante a prestação de cuidados (alterações dos parâmetros vitais, presença de choro, agitação motora) e sua influência no comportamento dos pais e da enfermeira;
- Comportamentos não verbais enfermeira-mãe/pai; enfermeira-recém-nascido; mãe/pai-recém-nascido.

Guião da Entrevista

Introdução	Objectivos			Observações
	• Recordar a participante do tipo de estudo e da importância da entrevista; • Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato da participante; • Confirmar a livre participação e pedir autorização para gravar a entrevista; • Explicar a estrutura da entrevista			• Validar se a participante compreendeu toda a informação; • Garantir que não se pretende avaliar acções nem efectuar juízos de valor.
Desenvolvimento	Objectivos	Justificação	Questões	Observações
1º Momento	• Identificar que conhecimentos as enfermeiras mobilizam relativamente à prestação de cuidados em parceria.	• Saber que importância as enfermeiras dão à parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso.	1 – O que é para si cuidar em Neonatologia? 1.1 – E cuidar em parceria de cuidados com pais de recém-nascidos prematuros ou de muito baixo-peso? Reconhece vantagens? E desvantagens?	• Manter postura corporal de escuta activa; • Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta; • Acrescentar questões pertinentes de acordo com a resposta do entrevistado e ajudar com perguntas de continuidade, sempre que necessário.

2º Momento	- Compreender o que motiva as enfermeiras a prestar cuidados em parceria: - Identificar quais os cuidados prestados em parceria pelas enfermeiras com os pais.	A acção das enfermeiras é influenciada por factores externos, tais como o comportamento dos pais e o estado de saúde do bebé.	2 – Quais os cuidados que considera importante os pais prestarem a estes recém-nascidos? Porquê? 2.1– São estes os cuidados que [habitualmente] presta em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros ou de muito baixo peso? Porquê estes cuidados?	- Manter postura corporal de escuta activa; - Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta; - Acrescentar questões pertinentes de acordo com a resposta do entrevistado e ajudar com perguntas de continuidade, sempre que necessário.
3º Momento	- Identificar os factores que influenciam a prestação de cuidados em parceria com os pais destes recém-nascidos; - Identificar que dificuldades os enfermeiros sentem quando prestam cuidados em parceria com os pais e que recursos utilizam para as ultrapassar.	Clarificar dados obtidos pela análise da observação participante anteriormente efectuada;	3 – Quando os pais estão presentes, pergunta sempre se querem colaborar, ou prestar o cuidado? 3.1 – Porquê? Depende do procedimento? 3.2 – E se os pais pedirem, ou mesmo insistirem em colaborar, como actuava? Concorda sempre ou depende de cada caso? Porquê? 3.3 – Sente alguma dificuldade quando não é uma situação de parceria já planeada? 3.4 – Pergunta aos pais se querem sair? 3.5 – Sente-se à vontade a prestar qualquer tipo de cuidados na presença dos pais? 3.6 – Há alguma situação em que se sinta mãos à vontade para prestar cuidados com os pais? 3.7 – Se sim, qual é? E a que estratégias recorre para ultrapassar esta situação?	- Manter postura corporal de escuta activa; - Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta; - Ajudar com perguntas de continuidade, sempre que necessário; - Recorrer a um caso hipotético, se necessário.

4º Momento	• Identificar quais as acções de enfermagem que promovem a parceria.	• Clarificar dados obtidos pela análise da observação participante anteriormente efectuada; • Contribuir para a construção de conceitos.	4 – Na sua opinião, quais as acções de enfermagem que promovem a parceria de cuidados com os pais de recém-nascidos prematuros ou de baixo-peso? 4.1 – Considera, por exemplo, que o facto de haver flexibilidade no horário para os pais darem o banho contribui para a prestação deste cuidados em particular? Porquê? Há outras acções que a equipa poderia desenvolver para promover a participação dos pais em outros cuidados também? Quais são?	• Manter postura corporal de escuta activa; • Promover o desenvolvimento da questão. • Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta; • Ajudar com perguntas de continuidade, sempre que necessário;
Conclusão	• Respeitar a necessidade do entrevistado em partilhar informação que considera importante e que não foi solicitada; • Concluir a entrevista.	• Obter informação adicional importante para o estudo.	5 – Sobre o assunto que conversamos há algo que queira acrescentar?	• Manter postura corporal de escuta activa; • Dar espaço e tempo para a pessoa reflectir na resposta; • Agradecer a disponibilidade do participante.