



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ESTRATÉGIAS DE COPING DE MÃES E PAIS DE BEBÉS
PREMATUROS HOSPITALIZADOS

CARLA BARROS DE SOUSA GONÇALVES

Orientador de Dissertação

PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ

Coordenador do Seminário de Dissertação

PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Dr. Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Todo este percurso, deixaria de fazer sentido, não fossem as pessoas que carinhosamente se mantiveram perto, acompanhando-me e apoiando-me ao longo deste tempo e caminhada.

À minha família, em especial aos meus pais pelo amor incondicional.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis, nunca tendo deixado de acreditar em mim: Ana Sofia, Estela, Raquel, Lara, Filipa, Tiago, Gonçalo, pela amizade sincera.

Ao meu orientador, Professor Dr. Eduardo Sá, pela paciência, tolerância e disponibilidade.

A todo o *staff* da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, pela disponibilidade demonstrada ao longo do tempo e por facilitarem o meu acesso à Unidade.

A todas as mães e pais que prontamente se disponibilizaram para participar no estudo, tornando-o possível.

A todos, bem-haja.

Resumo

O Nascimento de um bebé prematuro e subsequente internamento, mobiliza a utilização de estratégias de coping por parte de mães e pais, que permitem que estes lidem da melhor forma com o mesmo. O objectivo deste estudo prende-se com a necessidade de perceber se existem diferenças nas estratégias utilizadas em função do género, e pôr em evidência aquelas mais usadas por cada mãe e pai, no sentido de também entender as necessidades de ambos. Este estudo contou com a participação de 30 sujeitos, sendo que 15 eram mães e outros 15, pais de bebés prematuros hospitalizados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital Central de Faro. O instrumento utilizado foi o questionário de auto-resposta Brief Cope. Foram encontradas diferenças significativas de estratégias de coping, em função do género, face ao nascimento prematuro, nas escalas “Recurso ao Suporte Instrumental” e “Expressão de Emoções”, sendo as mães, aquelas que apresentam valores mais elevados em ambas. Estes dados sugerem que o recurso ao suporte social é uma estratégia fundamental, que assume lugar central sobretudo para mães. Perante o nascimento prematuro, as estratégias: coping activo, planear, recurso ao suporte instrumental e emocional e a aceitação, foram as estratégias mais utilizadas tanto pelas mães, como pelos pais, cuja “predilecção” sugere uma utilização proeminente de um coping focado no problema, em detrimento de um coping focado na emoção.

Palavras-Chave: prematuridade; estratégias de coping; diferenças de género; coping focado no problema; coping focado na emoção;

Abstract

The birth of a premature infant and his subsequent hospitalization, mobilizes the using of coping strategies by mothers and fathers, which allows them to deal with that specific situation. The aim of this study was to understand if there are gender differences, in the using of that coping strategies, enhancing the ones which are more used by both mothers and fathers, trying by that, to understand also their individual needs. There were a total of 30 individuals, 15 mothers and 15 fathers of internalized premature baby, in Hospital Central de Faro. The questionnaire used in this study was the self-answer report- Brief Cope. There were significant differences found in the using of coping strategies by mothers and fathers, for the scale “Search for Instrumental Support” and “Venting”, which were both more adopted by mothers. The data suggests that social support is a very important strategy, specially for mothers. Active coping, Planning, Search for Instrumental e Emotional Support and Acceptation, were the most adopted coping strategies by both mothers and fathers, which “predilection” suggests a more pronounced using of problem focused coping.

Key-Words: prematurity; coping strategies; gender differences, problem-focused coping; emotion-focused coping.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo I	
Enquadramento teórico	2
A Prematuridade na História	2
Classificação dos bebés prematuros	3
Epidemiologia	5
Etiologia: perspectiva multifactorial	6
Capítulo II	
Nascimento Prematuro: Impacto psicológico nos Pais	10
O bebé prematuro	12
A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal UCIN	13
Capítulo III	
O Coping	16
Estratégias de Coping e Prematuridade	19
Capítulo IV	
Metodologia	24
Objectivos	24
Participantes	25
Instrumentos de Avaliação	25
Motivo da escolha do instrumento	26
Procedimento	27
Capítulo V	
Resultados	28
Teste da Normalidade	28
Teste da homogeneidade das variâncias	29
Diferenças de estratégias de coping em função do género-TesteMann-Whitney	31
Correlação entre as escalas do Brief-Cope nos pais	34

Correlação entre as escalas do Brief-Cope nas mães	36
Correlação entre as escalas do Brief-Cope entre pais e mães	38
Estatística Descritiva: Médias e Desvio-Padrão	40
Sub-escalas: Coping focado no problema e Coping focado na emoção	43
Capítulo VI	
Discussão	45
Diferenças de estratégias de coping adoptadas em função do género	45
Coping focado no problema e Coping focado na emoção	47
Correlações entre as escalas do Brief-Cope	48
Média das estratégias adoptadas em função do Género	50
Capítulo VII	
Conclusão	52
Capítulo IX	
Referências Bibliográficas	56
Capítulo X	
Anexos	56
Anexo A	
Carta de pedido de autorização para realização do estudo	65
Anexo B	
Autorização do Hospital Central de Faro para a realização do estudo	67
Anexo C	
Carta de Consentimento Informado	69
Anexo D	
Guião da entrevista semi-estruturada	72
Anexo E	
Questionário de auto-resposta: Brief- COPE	75
Anexo F	
Outputs da Estatística Descritiva de cada escala do Brief-COPE	79

Lista de Tabelas

TABELA 1: Teste da Normalidade	28
TABELA 2: Teste da Homogeneidade das Variâncias	29
TABELA 3: Teste Mann- Whitney para diferenças significativas em função do género	31
TABELA 4: Correlações entre as escalas do Brief-COPE nos pais	34
TABELA 5: Correlações entre escalas do Brief-COPE nas mães	36
TABELA 6: Correlações entre as escalas do Brief-COPE entre mães e pais	38
TABELA 7: Valores médios e de desvios-padrões das estratégias adoptadas por mães e pais	40
TABELA 8: Teste Mann-Whitney: Diferenças no tipo de estratégia adoptada (coping focado na emoção e no problema) em função do género	43

Lista de Figuras

FIGURA 1: Gráfico de barras dos valores médios das estratégias de coping do Brief-COPE, adoptadas pelos pais	41
FIGURA 2: Gráfico de barras dos valores médios das estratégias de coping do Brief-COPE, adoptadas pelas mães	42

Introdução

Apesar da extensa literatura sobre a Prematuridade, muito poucas investigações têm focado o seu interesse em mães e pais prematuros, mais precisamente na forma como estes lidam e utilizam os seus recursos, perante o acontecimento de vida marcante que é o nascimento de um bebé prematuro, e o seu subsequente internamento.

A Prematuridade e suas conseqüências, implicam uma adaptação psicológica tanto nas mães como nos pais, que na maior parte das vezes vem acompanhada de sentimentos de insegurança provocada pelo corte na relação, que se espera normal após o nascimento de um filho.

Segundo Goldberg e Divitto (1995), existem inúmeros aspectos em torno do nascimento do bebé prematuro, que vão configurar a experiência do nascimento como uma experiência particular. A surpresa do nascimento, poderá vir aliada de sentimentos de desilusão, perda, culpa e incerteza quanto ao futuro, assim como às suas competências para lidar com toda a situação. Também aspectos particulares do bebé, tais como a aparência e a sua intolerabilidade aos estímulos associada à sua condição física (Holditch-Davis & Milles, 2001), contribuem para a dificuldade de interacção dos pais para com os mesmos.

Tendo em conta estes aspectos, nos quais se reflectem dificuldades sobretudo ao nível da interacção entre mãe, pai e bebé, torna-se pertinente a realização deste estudo que se centra sobretudo nas estratégias de coping que pais e mães mobilizam, aquando do internamento do bebé prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, imediatamente após o parto, na medida em que nos permite entender a forma como estes tentam diminuir ou atenuar o sofrimento e o impacto do nascimento prematuro e o que lhe está subjacente.

A pertinência do estudo vem igualmente associada ao facto de esta clarificação, poder vir a facilitar a percepção do tipo de apoio que cada pai e mãe pode eventualmente necessitar, por parte da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a fim de proporcionar uma relação de confiança para que os mesmos, assumam o seu papel parental de uma forma segura.

A Prematuridade na História

O interesse pelo nascimento prematuro, surge pela primeira vez em Paris, pelo médico Pierre Budin no final do século XIX. Este foi o pioneiro na investigação da prematuridade, considerada pelo mesmo como uma perturbação especial do recém-nascido, referindo no seu estudo, o uso de incubadoras específicas para bebés prematuros (Budin, 1907; cit. in Goldberg & DiVitto, 1995). Os recém-nascidos eram separados dos seus pais e consequentemente excluídos de qualquer relação e cuidado por parte dos mesmos. Esta técnica desenvolvida por Budin e levada para os Estados Unidos e resto da Europa por Martin Cooney, seu aluno, foi divulgada através da exibição em feiras e exposições, de recém-nascidos incubados (Goldberg & DiVitto, 1995).

Em 1948, o reconhecimento da importância da prematuridade como grande causa universal de mortalidade infantil, levou a Assembleia Mundial de Saúde a adoptar uma definição internacional para a prematuridade: «*prematuro é o neonato, cujo peso de nascimento é de 2,500gr. ou menos*» (Crosse, 1980).

Também o Comité da Organização Mundial de Saúde (OMS "Technical Reports Series" nº 50, 1950), adoptou esta definição. Contudo, acabava por reconhecer que esta não seria aplicável em alguns países, uma vez que para uns, a definição poderia ser útil para diferenciar os bebés recém-nascidos que precisavam de cuidados especiais e, para outros, a definição resultava numa elevada proporção de prematuros. Sendo assim, surge uma necessidade de se reavaliarem os critérios que culmina em 1961, com a recomendação de um Comité especializado em Saúde Materno Infantil de que a definição de prematuridade deveria ser substituída por "baixo peso no nascimento" e que diferenciava os bebés de baixo peso, como aqueles que nasciam com peso igual ou inferior a 2,500gr., e um recém-nascido prematuro, aquele cuja idade gestacional, fosse anterior à 37ª semana de gestação (Crosse, 1980).

Em meados do século XX, mais precisamente nos anos 60, a preocupação da comunidade científica por esta problemática leva a que se faça um grande investimento, ao nível da sua compreensão, sobretudo em estudos relacionados com o risco que a prematuridade representa

para as crianças, e a influência do aparecimento de técnicas e tratamentos invasivos que por sua vez originariam unidades de cuidados especiais, onde se observa uma constante intervenção por parte de médicos e enfermeiros, caracterizada por um acesso restrito aos pais. É então nesta altura, que a Neonatologia começa a ser reconhecida como uma especialidade médica (Wolke, 1995).

Nos anos 60 e 70, a síndrome da hospitalização, anteriormente descritos por Spitz e Bowlby, caracterizava-se pelo afastamento do bebé relativamente aos seus pais, por longo períodos de tempo. Este facto é finalmente tomado em consideração, sob a forma de uma grande consciencialização de que esta demorada ausência, poderia provocar um corte nas relações entre pais e filhos. O impacto no estabelecimento e desenvolvimento das relações de vivência com as figuras de prestação de cuidados, leva a que em meados da década de 70, seja finalmente encorajado o contacto social com os bebés prematuros, através da abertura dos berçários aos pais, alterando-se desta forma, o ambiente social do bebé prematuro (Wolke, 1995). Assiste-se finalmente nesta década a uma crescente humanização do nascimento em meio hospitalar, caracterizada pela implementação de técnicas e programas que visam o envolvimento mais próximo entre bebés e respectivos pais.

Classificação dos bebés pré-termo

A definição de nascimento prematuro assenta essencialmente num critério primordial, sendo ele a idade gestacional. Vários autores chegaram a um consenso quanto à classificação da situação de prematuridade: quando o bebé nasce antes das trinta e sete semanas de gestação (OMS; 1992). Contudo, o peso à nascença é também considerado outro critério de prematuridade, apesar de se constituir essencialmente como um factor de risco, dado assumir-se como um predictor fidedigno dos problemas do recém-nascido ao longo do desenvolvimento (O'Brien, Soliday, McCluskey, 1995; Rosenbalt, 1997).

Durante as décadas de setenta e oitenta, o peso à nascença foi considerado o factor quase exclusivo da definição de prematuridade. Assim, os recém nascidos em termos de peso agrupavam-se em três categorias:

Prematuros de baixo peso (Low Birth Weight-LBW)-bebés que nascem com um peso inferior a 2500g; *Prematuros de muito baixo peso (Very Low Birth Weight-VLBW)*- recém-nascidos de

peso inferior a 1500g, onde a prematuridade normalmente decorre de uma gestação de pelo menos 32 semanas, e finalmente, *prematuros de extremo baixo peso* (*Extremely Low Birth Weight-ELBW*)- bebés cujo peso à nascença é inferior a 1000g, sendo por isso considerados recém-nascidos com sério risco de sobrevivência, normalmente designados de "Grandes Prematuros". No entanto, embora não tenha havido unanimidade relativamente a esta última designação, a maioria da comunidade Neonatologista prefere designar estes bebés como sendo de muito baixo peso, isto é, com um peso inferior a 1500g (Botelho e Leal, 2007).

A Academia Americana de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia querendo clarificar a definição de prematuridade, foi então associar aos outros dois critérios anteriores definidores de prematuridade (idade gestacional e peso à nascença), um terceiro: o crescimento intra-uterino. A avaliação deste critério, é realizada pelos obstetras, através de marcadores hormonais e proteicos da mãe, assim como da apreciação do fundo uterino para se detectar um eventual atraso ou défice no crescimento do feto, que, uma vez revelado, permite definir antecipadamente o tipo de cuidados e suporte a ter em relação à grávida e recém-nascido (Botelho, 1999).

Sintetizando, existem três grupos de bebés prematuros: os que apresentam **baixo peso**, isto é, entre os 1500g e 2500g e que normalmente nascem entre as 32 e 35 semanas de gestação; os bebés de **muito baixo peso**, ou seja, que apresentam um peso inferior a 1500g, mais precisamente entre 800 e 1500 gramas, e que nascem entre as 26 e 32 semanas; e por fim, os bebés prematuros de **extremo baixo peso**, que apresentam um peso inferior a 1000g e nascem antes das 26 semanas de gestação.

Os recém-nascidos de baixo peso, necessitam de suporte respiratório, uma vez que 30 % destes, possuem apenas imaturidade pulmonar conservando as outras funções vitais, tais como o cérebro, rins e sistema digestivo, o que faz com que uma enorme percentagem sobreviva a esta situação de prematuridade;

Por sua vez, os bebés de muito baixo peso, são dependentes de suporte respiratório assim como de outros cuidados como nutricional e farmacológico. Por este motivo, o risco de desenvolver problemas de saúde e de desenvolvimento é maior quando comparado com o grupo anterior, sendo a taxa de sobrevivência de 60 a 80% onde a maioria pode apresentar um desenvolvimento adequado (Barros, 2006a).

Por último, os bebés de extremo baixo peso possuem imaturidade de todos os seus órgãos, o que os impede de sobreviver sem suporte durante um longo período de tempo, sendo a sua

percentagem de sobrevivência inferior a 50%, com taxas de perturbações de saúde e desenvolvimento a longo prazo relativamente altas (Barros, 2006a).

A vida fora do útero torna os prematuros muito vulneráveis. O desfecho do nascimento antes do tempo, pode resultar em três cenários possíveis: Morte, apesar de todos os esforços da equipa médica; sobrevivência com consequências determinantes nos níveis de morbilidade, ou sobrevivência semelhante à das crianças de termo (Param, 1999).

Epidemiologia

Segundo estudos de Douviere e Gouyon, 1999 (cit. Botelho, 1999), a prevalência de nascimentos prematuros de bebés com 33 semanas de gestação e recém-nascidos entre as 22 e 28 semanas de gestação, duplicou nos últimos 15 anos. Os mesmos autores, apontam para níveis de sobrevivência de 50 % para prematuros nascidos às 25 semanas de gestação; 86% para bebés que nascem às 29 semanas de gestação e 96% para recém-nascidos com 32 semanas de gestação. Apesar da taxa de Natalidade associada a estes nascimentos assumir uma expressão de 1%, as taxas de Mortalidade e Morbilidade situam-se nos 50%.

Alguns estudos de vários países apontam para um número de nascimentos prematuros que oscila entre 6% e 12%. No entanto, o reaparecimento de mais casos deve-se essencialmente ao número crescente de nascimentos múltiplos decorrentes de técnicas de estimulação ovárica e técnicas de procriação medicamente assistidas (Marcelli, 2005).

Gomes Pedro (1997), faz referência ao crescente progresso das unidades de cuidados neonatais no sentido de estas contribuírem largamente para o aumento das taxas de sobrevivência que graças a elas, se situam nos 50% para bebé pré-termo com peso à nascença entre os 500gramas e 749 gramas; igual ou superior a 85% para recém-nascidos com peso à nascença entre os 750 gramas e os 999 gramas; 95% para bebés cujo peso se situa entre os 1001 e os 1249 gramas e superiores a 98% para bebés com pesos entre os 1500gramas e 2499 gramas.

Em Portugal, a percentagem de recém-nascidos que têm um peso inferior a 1500g é de 1% (Palminha, 1997). Estes dados, permitem apurar uma média de 1000 crianças por cada 100 000 nados vivos, onde 500 delas apresentam um peso inferior a 1000gr. (os designados bebés de extremo baixo peso com uma idade média de 28 semanas de gestação). Para recém-nascidos com peso superior a 1000gr., a média da idade gestacional é de 30 semanas. Segundo o mesmo autor,

as taxas de sobrevivência dos bebés-pré-termo com peso inferior a 1000gr., eram superiores a 50%, sendo que os recém-nascidos com peso entre os 1000 e 1500gramas podiam atingir uma taxa de sobrevivência de 80%.

No ano 2005, nasceram em Portugal 109 399 nados vivos, dos quais 6,6 % (7260) foram prematuros (idade gestacional abaixo das 37 semanas), 7,5% (8200) nasceram com baixo peso, isto é, inferior a 2500 g independentemente da idade gestacional, e cerca de 1% (1003) nasceram com muito baixo peso, correspondente a um peso inferior a 1500 g. Como pode verificar-se, estas percentagens têm-se mantido mais ou menos estáveis nos últimos anos, e estão intimamente ligadas à incidência de gravidez gemelar, que se constitui como sendo o factor de risco principal de prematuridade. A prevalência aumentou nos primeiros anos, não ultrapassando contudo o 1% graças à estabilização da incidência da prematuridade. Apesar da pequena proporção de nascimentos prematuros, a prematuridade é responsável por 50% de mortalidade neonatal e 39% da mortalidade infantil. (INE, 2007).

Todavia, grandes esforços têm sido feitos no sentido de implementar no serviço de Neonatologia, tecnologia cada vez mais avançada e diferenciada, que assegure a sobrevivência do bebé que nasce antes do tempo, e que necessita de um substituto do útero materno. As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e toda a equipa que dela faz parte, tentam com trabalho especializado e dedicação, garantir que o bebé prematuro sobreviva.

Etiologia: Perspectiva multifactorial

A Prematuridade é ainda nos dias de hoje, um dos grandes problemas de saúde pública contribuindo com números elevados para a morbilidade e mortalidade infantil, sobretudo nos países em desenvolvimento. No entanto, é importante realçar a dificuldade em determinar em concreto quais as condições que concorrem para o parto prematuro.

"Um número substancial de nascimentos prematuros decorre caracteristicamente de um parto prematuro idiopático" (Buescher e col. 1998; cit. in O` Brien, soliday & McCluskey-Fawcett, 1995, p.464).

No sentido de perceber-se quais os factores que concorrem para o nascimento prematuro, importa referir Rosenblatt (1997), que afirma que um terço das mulheres que entram em trabalho de parto prematuro, têm factores de risco identificáveis. Na maioria das vezes o objecto de

investigação recai sobre a mãe do bebé prematuro ou grávidas em risco de parto pré-termo através de um levantamento de variadíssimos factores maternos responsáveis pela origem do parto prematuro, tais como: factores orgânicos; psicossociais; stress; ansiedade; factores emocionais, entre outros.

Cloherty (1985, cit. in Paul, 1992), reconhece um conjunto de condições que podem contribuir fortemente para o despoletar do parto prematuro. São elas: a pobreza; a raça negra; má nutrição; idade materna inferior a 16 anos ou superior a 35,5 anos; maior actividade materna; tabagismo; doença aguda ou crónica da mãe; gestação múltipla; partos prematuros anteriores; gravidezes muito seguidas; incompatibilidade cérvica; malformações uterinas; trauma uterino; perda de sangue vaginal devido a placenta prévia ou abrupta; ruptura prematura das membranas; condições fetais e ainda, a avaliação incorrecta da idade de gestação.

A prematuridade é muitas vezes associada a factores moderadores tais como nascimentos múltiplos, status sócio-económico baixo e respostas emocionais específicas dos pais (Minde, 2000). As diferentes combinações destes factores, podem influenciar o futuro do ponto de vista físico, psicológico, emocional e cognitivo das crianças nascidas prematuramente, assim como o bem-estar dos seus familiares.

Numa perspectiva psicossocial, surgem autores como Newton e Hunt (1984; cit. in Seabra, 1993) cujas investigações apontam para a existência de associações significativas entre o baixo peso da mãe e prematuridade assim como a ocorrência de certos acontecimentos de vida importantes, no último trimestre da gravidez. Estes acontecimentos definem-se pela situação de stress que provocam, como por exemplo a morte de um familiar ou a separação conjugal. Estudos que corroboram estas relações são também os de Adler e Hayes (cit. in Botelho, 1999) onde se verificou existir correlações significativas entre acontecimentos de vida e um aumento da incidência da prematuridade.

Ainda no sentido de descobrir as causas que expliquem a ocorrência de nascimentos pré-termo, surge uma outra linha de investigação que incide sobre os factores emocionais que podem estar significativamente relacionados com o parto prematuro. Nesta perspectiva, a ansiedade é vista como um factor adverso à gravidez, tal como comprovou Lederman (1979, cit. in Botelho, 1999) em estudos que confirmam uma correlação positiva entre a ansiedade e as contracções uterinas e a lentidão no trabalho de parto.

Por outro lado, alguns investigadores, tais como Goldberg & DiVitto (1995) dão especial

relevo aos factores de origem social e ambiental, que podem estar na génese do despoletar do parto prematuro. Nesta perspectiva, os autores alertam para a importância do suporte social para reduzir as taxas de parto prematuro, salientando que mães jovens oriundas de famílias socialmente pobres e por isso com recursos limitados, têm maior probabilidade de sofrerem parto prematuro, quando comparadas com mulheres que se encontrem em ambientes sociais mais favoráveis. Contudo, e contrapondo estas afirmações, O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett (1995) alegam que a maioria das gravidezes indesejadas acontecem em mães jovens provenientes de meios sócio-económicos baixos, tornando por esse motivo difícil, isolar os reais contributos decorrentes de uma vida de falta de cuidados de saúde, dos outros factores de stress associados à pobreza. Ainda assim, os mesmos autores, defendem numa perspectiva holística, que as causas da prematuridade, a maior parte das vezes advêm de uma combinação de factores tanto sociais como ambientais e biológicos. Acabam mesmo por sugerir alguns procedimentos passíveis de diminuir o risco de parto prematuro, sendo eles: 1) participação antecipada e seguimento de programas pré-natais; 2) renúncia à utilização de substâncias aditivas, tais como tabaco, álcool e drogas; 3) manutenção de uma dieta saudável.

Seguindo os passos de investigações numa linha psicodinâmica, deparamo-nos com a explicação da prematuridade através da análise das vivências psicológicas da gravidez: atitudes negativas por parte da mãe durante a gravidez, especialmente a tendência para negar a mesma ou recusar qualquer ajuda, inclusive conselhos médicos, estão também associados a um grande número de partos prematuros, de acordo com Berkowitz e Kals (1983, cit. in O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995). Na mesma linha, apontam as investigações feitas por Blau e seus colaboradores (1963, cit. In Botelho 1999) que revelam que as mães para além de atitudes negativas face à gravidez, também a declaram como indesejada, manifestando sentimentos e atitudes de rejeição perante a mesma. É também realçado que estas mulheres, mostram alguns sinais de imaturidade e preocupação narcísica com o seu corpo, apresentando perturbações do foro da identificação sexual.

No que concerne ao investimento materno na sua própria gravidez, urge referir De Myler, Wesel, Dramaix e Caunder (1992) que evocam uma perspectiva dinâmica da prematuridade, no sentido em que verificaram que mães que sofriam partos prematuros, investiam muito menos na gravidez e inclusivamente apresentavam maior dificuldade em aceitar o bebé dentro de si através de reacções negativas face à actividade fetal. Botelho e Leal (2007),

acrescentam que estas atitudes negativas face à gravidez se traduzem muitas vezes pela existência de dúvidas em relação à mesma e ao desejo de ter o bebé, que se reflectem por sua vez em comportamentos de rejeição e hostilidade inconscientes para com a gestação. Estas mulheres investem pouco na gravidez, negligenciando os cuidados e vigilância durante o período gravídico. Ao mesmas autoras frisam ainda que estas mães prematuras, desejam efectivamente ter o bebé, contudo rejeitam o desejo da gravidez enquanto estado.

Com o mesmo pressuposto, Sá (2004), infere que “ *em grávidas onde o sofrimento fetal se traduz numa convexidade do espaço interior para a interacção com o bebé...*”, a possibilidade do parto prematuro ocorrer é significativa, quando a mulher começa a sentir os primeiros movimentos fetais e se depara efectivamente com a existência de um bebé real, que talvez ainda não imaginado.

Independentemente dos factores que motivam a prematuridade, o nascimento prematuro provoca uma perturbação da relação habitual dos pais com o seu recém-nascido (Talmi & Harmon, 2004), com consequências negativas na adaptação parental. O nascimento de um bebé antes do tempo, afecta a maioria dos pais, onde a perda do papel parental se constitui como a fonte de maior stress para os mesmos (Holditch-Davis & Miles, 2000), tornando mais difícil e moroso o processo de adaptação e acomodação, dificultando desta forma o ajustamento emocional dos pais (Caplan, Mason & Caplan, 2000; Easterbrooks, 1988).

Nascimento Prematuro: Impacto Psicológico nos pais

O nascimento de um bebê prematuro é um acontecimento marcante para os pais que têm rapidamente de se adaptar a esse evento de tensão, evocando nos mesmos uma mistura de sentimentos tais como ansiedade, preocupação, medo, culpa e desamparo (Holditch-Davis & Miles, 2000; Padden & Glenn, 1997).

Segundo Brazelton (1992), o nascimento de um bebê prematuro é vivenciado pelos pais como uma crise, provocando em ambos, sentimentos de culpa, perda e falha narcísica, especialmente na vivência subjectiva das mães.

Kreisler e Soulé (1995, in Lebovici), a respeito da vivência das mães para com o nascimento do bebê antes do tempo, afirmam que a mulher, durante a gravidez, se encontra num estado de comprovada regressão narcísica que entretanto é bruscamente interrompida pelo parto prematuro. Este acontecimento, normalmente de natureza traumática, faz com que se instale na mulher, um sentimento de insatisfação e de "gravidez amputada" (p. 1904). Wirth (2000), salienta ainda que num nascimento com problemas, a mãe diante do seu fracasso, vive uma ferida narcísica profunda e sofre de culpa excessiva, enaltecida pela impossibilidade de se proteger através de uma fusão com o seu bebê.

No que concerne à vivência do parto pré-termo em ambos os progenitores, é importante referir dados provenientes de uma investigação de Barros e Brandão (2002), que indicam que ambos os pais de bebês prematuros experienciam com frequência sentimentos de culpa, ansiedade e depressão, sintomas intensos de perturbação de stress pós-traumático (DeMier et al., 2000), e outras emoções como ira, desespero, impotência, medo e ambivalência relativa à sobrevivência do bebê (Easterbrooks, 1988; Tracey, 2000). Esta ambivalência que é sentida por alguns pais relativamente ao seu filho internado, vem ancorada à incapacidade destes para lidarem com a possibilidade do seu bebê real vir a morrer ou desenvolver doenças físicas ou mentais. (Siegel et al., 2002, cit. Phillips & Tooley, 2005).

Os pais que têm os seus bebês antes do termo, têm que manter o equilíbrio entre dois processos: a dor e a ligação. Estes dois fenómenos psicológicos, além de aparentemente antagónicos, são difíceis de lidar em simultâneo. A superação da dor advém de uma participação mais activa nos cuidados ao bebê, permitindo aos pais que lidem mais abertamente com os seus

distúrbios emocionais (Munck, 1995). A mesma autora, afirma existir uma vulnerabilidade inerente à condição da maternidade/paternidade, resultado de sentimentos de culpa ou inadaptação, que nos casos de prematuridade, se intensifica.

Um parto prematuro suscita nos pais, sentimentos de insegurança e incompletude, onde as complicações físicas dos seus filhos, provocam um ajustamento psicológico tardio.

O processo de interiorização de um bebé perfeito e sonhado torna-se mais moroso uma vez que estes têm de mobilizar forças que permitam superar e suportar o insucesso (Brazelton e Cramer, 1989). Para a mãe prematura, torna-se difícil confrontar o seu bebé imaginário com o seu bebé frágil e real, fomentando na mesma uma espécie de luto adiado. Por sua vez, a incapacidade de conter o seu bebé dentro de si até ao final da gravidez, instala na mãe uma sensação de desilusão, angústia, culpabilidade e desvalorização, impedindo-a de estar emocionalmente preparada para se ligar ao seu bebé. Ferreira (1995), salienta ainda que o bebé prematuro assume um papel persecutório que fragiliza as defesas da mãe obrigando-a a ter de lidar e confrontar-se com emoções angustiantes, agravando desta forma o seu equilíbrio emocional.

Ambos os pais sofrem a perda do bebé que idealizaram durante o processo gravídico, quando se confrontam com a prematuridade. Tanto as mães como os pais passam por momentos de grande dor, muitas vezes enaltecida pelos sentimentos de culpa, e de incapacidade de cuidar dos seus bebés. Este processo de adaptação, pode vir acompanhada de um sofrimento antecipatório caracterizado por sentimentos de resignação, como forma destes pais se prepararem para a possível morte do seu filho (Lau, 2001). Alguma literatura descreve a dificuldade que muitos pais sentem em vincular-se a um bebé prematuro, e algumas vezes a tendência é para se afastarem, procurando desta forma proteger-se de sentimentos de mágoa, desapontamento e culpa.

Cleveland (2008), enuncia seis necessidades específicas, sentidas por pais e mães aquando do internamento do seu bebé prematuro: 1) procura de informação; 2) vigilância e protecção do bebé; 3) contacto com o bebé; 4) ser positivamente entendido pelo *staff* da UCIN; 5) ajuda individualizada; 6) relação terapêutica com a equipa de enfermeiros.

O nascimento prematuro configura-se assim como uma fase complicada para os pais, marcada por reacções e sentimentos intensos. A separação dos bebés imposta pela condição dos mesmos, provoca grandes níveis de stress tanto nas mães como nos pais aquando da separação, apesar de nos homens não serem tão expressivos (Hughes & McCollum 1994). A permanência

obrigatória do bebé na unidade de cuidados intensivos, é percebido pela maioria dos progenitores como momentos de grande tensão. Segundo Rosenblatt (1997, p. 566), os pais, perante a situação de incubamento do seu filho prematuro, comumente reagem emocionalmente de quatro formas distintas: i) medos relacionados com a sobrevivência do seu bebé; ii) sentimentos de culpa relativas a comportamentos durante a gravidez que de alguma forma possam ter comprometido a gestação de termo; iii) projecção da agressividade na equipa médica por não terem sido capazes de fazer um diagnóstico mais precoce detectando ou evitando a situação de prematuridade e, finalmente, iv) sensação de incapacidade face à eficiência da equipa de cuidados especiais.

Porém, Solnik e Stark, (1961, p. 526 cit. In Pimentel, 1999) afirmam: “ *Antes de se ter tempo para elaborar internamente a perda da criança desejada, há a necessidade de investir a criança em risco como objecto de amor*”. Sendo assim, existe uma necessidade de enfrentar uma realidade externa em detrimento de uma realidade interna que se traduz na perda do bebé idealizado. Este movimento implica a mobilização de mecanismos de defesa individuais que permite aos pais afastar sentimentos de culpa, depressão e falha narcísica.

O Bebé Prematuro

A aparência do bebé prematuro contrasta com o do bebé de termo. Os primeiros, devido ao seu baixo peso e imaturidade, apresentam a pele enrugada e muito vermelha e, por ser muito fina são notórias as redes das veias. Muitas vezes possuem cabelo abundante por todo o corpo. A sua cabeça é muito estreita e longa, com um tamanho desproporcional ao resto do corpo. É portanto uma aparência de grande fragilidade e pouco atraente para os adultos. Para além das diferenças físicas de um bebé pré-termo, quando comparado com um bebé de termo existem outras, tais como no padrão de choro, na reacção e adaptação aos estímulos, nos tempos de atenção e nos padrões de interacção com os adultos (O’Brien, Soliday, & McCluskey, 1995; Goldberg & DiVitto, 1995).

O choro dos bebés prematuros, segundo Frodi & Lamb, (1978, cit. Barros, 2006b) constitui-se como mais aversivo, provocando nos pais reacções fisiológicas características de um

estado de alerta emocional negativo. O seu sistema nervoso central, por ser imaturo, impossibilita que estes tenham um comportamento organizado e previsível, facilmente visível na ausência de sinais que indicam a necessidade de cuidados, tais como chorar quando têm fome, regurgitação frequente, entre outras (Barros, 2006a). Estas características parecem constituir-se como potenciadoras das dificuldades de interacção com as mães e os pais, provocando nos mesmos, inseguranças ao nível do seu papel parental.

Num estudo de Hughes e MacCollum (1994), a aparência, o estado clínico e a evolução do mesmo durante o seu internamento, constituem-se como os factores, identificados por pais (80%) e mães (95%), como sendo os mais stressantes durante o período de hospitalização.

Pelo facto de não conseguirem sobreviver fora da incubadora, os bebés pré-termo são extremamente vulneráveis e passíveis de sofrerem falhas no seu sistema básico de manutenção, de adquirirem infecções e problemas iatrogénicos (efeitos negativos de tratamentos que são utilizados para remediarem outras situações). O *Preterm Parental Distress Model* (Holditch-Bavis & Miles, 2000), considera o estado de saúde do bebé e os tratamentos subjacentes à sua condição e a aparência, como sendo dos aspectos que mais preocupam as mães.

Estes bebés pequenos e frágeis, necessitam de uma prestação de cuidados intensivos muito particular, sendo a sua sobrevivência, dependente da sua idade gestacional, peso à nascença e das condições e implicações que possam surgir aquando do seu internamento, o qual está condicionado a vários factores que podem ameaçar o recém-nascido (Vidigal, 2001).

As Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN)

"Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver ..."

Professor Doutor Gomes-Pedro

As Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia são um serviço altamente especializado, onde uma equipa diversificada de médicos e técnicos, através do crescente

progresso tecnológico e farmacológico, tenta assegurar a sobrevivência dos bebés (Barros, 2006b).

É cada vez mais crescente, o contributo das novas tecnologias assim como o desenvolvimento médico, que com cada vez mais eficácia, permitem a sobrevivência de bebés tão frágeis, que são os prematuros. Goldberg e DiVitto (1995), referem o facto de desde 1990, poder-se assistir à sobrevivência de recém-nascidos entre as 23 e 24 semanas de gestação e com um peso inferior a 500gr. Segundo as mesmas autoras, "...a UCIN tem como função primária, manter ou realçar o bem-estar físico do bebé através de processos artificiais – cirúrgicos, químicos ou mecânicos."

A população deste serviço é em grande parte constituída por bebés prematuros com baixo peso e uma menor parte, por bebés que possuem outras afecções de ordem orgânica tais como anóxia, infecção e malformações que necessitam imediatamente dos cuidados do serviço da UCIN, uma vez que se encontram em risco de sobrevivência (Barros, 2006b).

A equipa de Neonatologia é constituída por vários profissionais de saúde, cada um deles com funções específicas direccionadas para o tratamento do bebé e o acompanhamento da família: 1) a equipa médica avalia e organiza a terapêutica adaptada a cada bebé; 2) a equipa de enfermagem dá apoio, em especial à monitorização da evolução clínica do bebé, e auxiliam os pais na adaptação aos cuidados específicos do bebé; 3) psicólogos fazem acompanhamento e dão apoio aos pais; assistentes sociais avaliam e encaminham situações consideradas de risco social; 4) as auxiliares organizam material necessário a toda a equipa médica e pais

A maior parte dos bebés prematuros que têm de permanecer na UCIN, são constantemente expostos às luzes brilhantes e ao movimento do *staff* médico que é acompanhado de ruído e agitação. Este ambiente extremamente agressivo, de natureza altamente tecnológica e intrusiva, contrasta com o ambiente típico a que é exposto um bebé que nasce no tempo previsto e com saúde.

A experiência do contacto humano, é a maior parte das vezes forçada pelas exigências médicas. O contacto humano que o bebé recebe resulta de procedimentos médicos, sendo a maioria de natureza altamente stressante.

Goldberg e DiVitto, (1995) debruçando-se sobre o ponto de vista da relação pais-bebé, salientam as limitações das experiências sociais com os pais. No entanto, ambos os pais vivem na expectativa de poderem vir a interagir socialmente com os seus bebés pré-termo, apesar do

ambiente e das restrições que o mesmo acarreta.

Hoje em dia, as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais valorizam também, para além das sofisticadas científicas e tecnológicas, os cuidados holistas e humanos que permitem salvaguardar da melhor forma, a qualidade de vida de todos os intervenientes desse serviço hospitalar: bebés, pais e profissionais (Barros, 2006b). Nesta perspectiva, é de ressaltar a importância de alguns estudos empíricos recentes, que relevam as vantagens em implementar métodos e técnicas de estimulação táctil que assegurem o bem-estar e saúde do bebé. Nesta perspectiva, realça-se o estudo de Figueiredo (2007), a propósito da importância das massagens e estimulação táctil-cinestésica, cujos resultados sugerem que a realização das mesmas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, contribui fortemente para o ganho do peso e a redução dos dias de internamento do bebé prematuro.

Também neste âmbito, e ressaltando a importância do contacto físico entre bebé e pais, destaca-se o método canguru, implementado nas UCIN, por forma a assegurar um contacto mais próximo com o corpo dos pais. O contacto pele-a-pele entre os pais e o bebé é estimulado de um modo progressivo até atingirem a posição canguru, isto é, o bebé aconchegado no corpo dos pais. Estudos demonstram que os bebés reagem bem a este posicionamento e quando praticado com regularidade, pode influenciar positivamente o desenvolvimento do bebé. Este método foi inicialmente usado em Bogotá, na Colômbia, como sendo um método alternativo ao uso de incubadoras. Actualmente é praticado em várias maternidades do mundo ocidental (Feldman, 2003). Ajuda a estabilizar os padrões de sono e a regulação respiratória e térmica e a diminuir os níveis de stress no bebé; nos pais, a prestação de cuidados “canguru” potencia sentimentos de auto-estima e percepção de maior competência e satisfação com o papel parental. Para as mães, a técnica pode facilitar a produção de leite e posteriormente, quando o desenvolvimento do bebé o permite, pode ajudar a estabelecer a amamentação.

Torna-se cada vez mais evidente, que a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais está claramente a progredir na medida em que têm sido feitos esforços para melhorar a qualidade de vida do bebé prematuro enquanto este sobrevive na incubadora. Contudo, e citando Allen, (2002, p.213): *"it is still inadequate when compared to a mother's womb. Worse, its requirements for tubes, pumps, medications, monitors, ventilators, and other machines tend to dehumanize the neonatal intensive care unit (NICU) environment and put up a barrier between preterm infants and their families."*

De uma maneira geral, o internamento numa UCIN, constitui-se como uma fase difícil e dolorosa, não só para a criança, como para os pais, cujas preocupações se centram na saúde e sobrevivência do bebé. Contudo, parecem existir diferenças no modo como ambos lidam com a experiência da hospitalização dos seus recém-nascidos, como revela um estudo de Jackson, Ternstedt & Shollin (2003), onde as mães referiram ter mais controlo no que concerne aos cuidados ao seu filho, maior sentido de responsabilidade e uma maior necessidade de serem confirmadas como mães; os pais, por sua vez referiram ter maior confiança quando deixavam os seus bebés aos cuidados da equipa da UCIN, não descurando o desejo de obter equilíbrio familiar e profissional.

O *Coping*

Um acontecimento de vida que ponha em risco o bem-estar físico ou psicológico de um indivíduo faz com que este tente geri-lo da melhor forma para que consiga restabelecer o equilíbrio. A este processo dinâmico, através do qual o indivíduo pensa ou age numa situação específica, que é avaliada pelo mesmo como geradora de tensão, stress ou angústia, dá-se o nome de *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Os termos *Coping*, adaptação e ajustamento, têm o mesmo significado: a forma como os indivíduos lidam com situações, cuja resolução é difícil para os seus recursos.

Embora o interesse pela forma como as pessoas reagem ou respondem a situações de stress assista a um crescimento nos anos oitenta e início dos anos noventa, é no início do séc. XX, que a primeira geração de investigadores, vinculados à Psicologia do Ego concebem o *Coping* como estando correlacionado com os mecanismos de defesa. Freud (1933), descreve os mecanismos de defesa como sendo processos inconscientes através dos quais o indivíduo lida com ameaças internas ou conflitos. Nesta perspectiva, os estilos de coping seriam utilizados pelos indivíduos de uma forma estável, numa hierarquia de saúde versus Psicopatologia (Parker & Endler, 1992). Mais tarde, na década de 70, o coping passa a ser percebido como um processo de resposta consciente face a uma situação ou acontecimento externo negativo, contrapondo desta forma a perspectiva de Freud.

De muitas teorias que se foram propondo ao longo do tempo acerca desta temática, damos enfoque a uma que até hoje sustenta muitas investigações sobre o stress e o *coping*. Esta última conceptualização designada por Modelo Transaccional de stress e Coping, é proposta por Lazarus & Folkman (1984) e assenta no pressuposto de que o coping é um processo dinâmico (e não meramente uma resposta a uma tensão), através do qual o indivíduo pensa ou age face a uma situação de stress específica. O coping, é influenciado pela forma como o indivíduo faz a sua avaliação cognitiva relativamente a um evento causador de stress e a subsequente reacção emocional face a essa avaliação (Folkman & Lazarus, 1986).

Lazarus e Folkman, (1984) retratam o stress psicológico como uma relação entre o indivíduo e o ambiente, podendo este último ser percebido pelo sujeito, como sendo potencialmente perigoso ou que ameaça o bem-estar do mesmo. Contudo, não é o stress per si que é importante na adaptação, mas sim a forma como se percebe ou se lida com a situação (Lau, 2001). Paralelamente, os autores supra citados definem a existência de duas formas de avaliação que permitem definir o potencial stressante de uma situação e que antecedem o uso do Coping: 1) *Primary appraisal* (avaliação primária); 2) *Secondary appraisal* (avaliação secundária). A primeira, avalia o significado que a ameaça pode ter para o indivíduo e para o seu bem-estar; a segunda por sua vez, quando a situação é percebida como negativa, faz a avaliação dos recursos que o sujeito tem disponíveis para enfrentá-la. Estas duas formas de avaliação podem funcionar de uma forma não linear, isto é, o resultado de um processo, pode reinvocar o antecedente. Segundo os mesmos autores, uma situação é percebida pelo sujeito como mais ou menos ameaçadora, de acordo com a avaliação que o mesmo faz dela em função do significado que ela representa para si. Há por isso que realçar a importância das diferenças individuais, uma vez que um episódio pode ser sentido como ameaçador para um indivíduo e para outro não. A eficácia das estratégias de coping determina uma reavaliação do evento causador de stress assim como o ajustamento psicológico de indivíduo.

Para gerir da melhor forma os conflitos gerados pelos eventos stressantes o sujeito mobiliza estratégias de coping. No que concerne às estratégias propriamente ditas, estas definem-se como sendo o reflexo de acções, comportamentos ou pensamentos que surgem aquando da percepção da situação ou do agente stressor (Folkman & Lazarus, 1986).

Segundo Kahn et al. (1964, cit. Lazarus & Folkman, 1984), existem dois grupos mestres de estratégias que visam orientar o problema: os direccionados para o ambiente e, os

direccionados ao self. As primeiras estratégias visam modificar as pressões, barreiras e recursos do ambiente, enquanto as segundas, permitem provocar alterações cognitivas e motivacionais, reduzindo desta forma o envolvimento do ego, pelo encontro de canais alternativos de gratificação. Estas duas formas distintas, tanto podem funcionar isoladamente, como em conjunto, tornando as duas facilitadoras da situação stressora.

O estudo dos processos do Coping realizado por Lazarus e Folkman, alargou-se com o desenvolvimento de um instrumento de medida denominada "Ways of Coping" (Folkman & Lazarus, 1980), no qual surgem bem distintos dois tipos de coping: O coping focado no problema, cujo objectivo centra-se na resolução do problema por forma a alterar a fonte de stress que o provocou, e o segundo tipo denominado por coping focado na emoção, cuja tarefa consiste em reduzir ou gerir da melhor forma o stress emocional associado à situação em questão. O Coping focalizado no problema tende a ser utilizado quando a situação é avaliada como modificável. É direccionado para a definição do problema, gerando soluções alternativas. Estes tipo de coping abarca um conjunto de acções orientadas para a resolução prática da situação que se está a viver e inclui estratégias que visam resolver conflitos interpessoais, juntar informação e procurar conselhos ou ajuda.

Por sua vez, o coping focalizado na emoção tende a ser mobilizado quando a situação é percebida como inalterável. Caracteriza-se pela necessidade de mobilizar processos cognitivos dirigidos num primeiro momento para a redução de stress emocional (Lau, 2001).

Uma outra distinção relevante no que concerne ao conceito de coping, refere-se ao *coping activo e coping de evitamento*. As estratégias de coping activo são respostas tanto comportamentais como psicológicas que visam alterar a natureza do stressor ou o que se pensa acerca do mesmo. Pelo contrário, as estratégias de coping de evitamento evocam nos sujeitos, comportamentos ou estados mentais que os afasta de lidarem directamente com o evento stressor. Em termos gerais, o coping activo, é tido como o mais adaptado para gerir da melhor forma o evento stressor em detrimento do coping de evitamento, que se afigura como menos adaptado, apresentando-se como um factor de risco psicológico, com respostas adversas face ao evento stressor (Holahand & Moos, 1987).

Numa fase ulterior, motivada pelos estudos precedentes, as investigações recaem em temas que cruzam Coping e Personalidade, impulsionados pela evidência de que os factores situacionais não explicariam na totalidade, a variação existente nas estratégias de coping

utilizadas pelos indivíduos. Verifica-se inclusive um aumento de estudos realizados com o intuito de encontrar determinantes contextuais e pessoais, assim como determinar o papel das diferenças individuais e factores ambientais em situações ou episódios de coping (Carver, Sheier & Weintraub, 1989; Holahan, Moos, 1987; Parkes, 1986). Nesta perspectiva, Carver et. al (1989) acrescentam alguns aspectos que de alguma forma contrariam o modelo clássico de Folkman e Lazarus (1980), uma vez que se referem às estratégias de coping como sendo algo que as pessoas utilizam de uma forma estável ou fixa através do tempo independentemente das situações vividas. Estes autores justificam esta perspectiva, alegando que, quando as pessoas utilizam o coping, o fazem a partir de experiências anteriores e por isso a tendência do sujeito será a de mobilizar estratégias “aprendidas” face a stressores.

A década de 90 tem dado especial atenção a esta temática, focando-se essencialmente na área da saúde. No geral, as estratégias de coping tendem a ser analisadas ou avaliadas genericamente ou em relação a situações particulares, cuja distinção abarca uma abordagem intraindividual vs interindividual, ou uma abordagem disposicional vs situacional (Endler, Parker & Summerfeld, 1998). Quando se pretende focar as estratégias de coping que são utilizadas pelos sujeitos em situações stressantes variadas, estamos perante a abordagem disposicional, claramente associada à compreensão do coping enquanto traço. Pelo contrário, quando se pretende perceber como mudam as respostas de coping perante situações diferentes, utiliza-se a abordagem situacional. A dialéctica mantém-se, não sendo a comunidade científica unânime quanto à compreensão do coping enquanto um traço ou processo.

Tendo em conta as investigações empíricas que dão forma e sustento ao nosso estudo, focar-nos-emos no coping situacional uma vez que se pretende avaliar em que medida a situação particular a que damos enfoque, influencia o uso de estratégias de coping específicas, tendo em conta que a adopção das mesmas é susceptível de sofrer mudanças consoante mude a situação em que se encontra. Consideramos por isso no estudo, o coping enquanto processo dinâmico

Estratégias de Coping e Prematuridade

O nascimento prematuro e conseqüente internamento do bebé nos Cuidados Intensivos

Neonatais, induz uma série de dificuldades aos pais. Um dos factores que contribui para amplificar o fenómeno de frustração dos mesmos é a impossibilidade de tocar e segurar o seu bebé em condições naturais. Estas contrariedades inerentes ao nascimento prematuro, contribuem para um desequilíbrio no plano psicológico em ambos os pais. Estas dificuldades, foram estudadas através do modelo de stress citado por Holditch-Davis & Miles (2000), no qual se evidencia que a perda do papel parental é percebido pelos pais prematuros como sendo a fonte de maior stress em todo o processo (La Montagne & Pawlak, 1990; Miles, Funk & Kasper, 1992; Yound Seidermen, Watson; Corff, et. al, 1997). Por outro lado, McCollum (1994) no seu estudo sobre crianças prematuras hospitalizadas na UCIN, demonstrou existir um variado número de stressores identificados pelos progenitores, tais como o ambiente físico da UCIN; a tentativa de conciliar o trabalho, a família e a responsabilidades para com a mesma.

Tanto os pais como as mães, experienciam o sofrimento associado ao nascimento prematuro do seu bebé, e perante estas condições, diferentes estratégias de coping vão ser accionadas em função da forma como o evento é percebido por cada um deles.

Num estudo longitudinal feito na UCIN, por Affleck, Tannen & Rowe (1991), verificou-se que as estratégias de coping utilizadas pelos pais em relação aos seus bebés prematuros, estavam associados a um ajustamento psicológico tardio. As estratégias de coping utilizadas pelos pais variam, sendo que alguns usam mais do que um tipo de estratégia, incluindo quatro das seguintes: extrair algum significado à experiência; estratégia instrumental, tal como aprender sobre os tratamentos médicos aplicados ao bebé; evitar pensamentos e sentimentos relacionados com a prematuridade da criança, e procura de suporte ou ajuda social.

A mobilização de estratégias de coping específicas serve para controlar e alterar o stress ou tensão (*focused- problem coping*), ou regular uma resposta emocional ao mesmo, (*emotion focused coping*). Sendo assim, o coping focado no problema, tende a predominar quando as pessoas sentem que algo pode ser mudado, ou ser feito algo de construtivo, uma vez que os esforços são direccionados no sentido de resolver o problema através da definição do mesmo, pesando as alternativas em relação aos seus custos e benefícios. Por sua vez, o coping focado nas emoções tende a predominar quando se sente que o evento que induz o stress tende a persistir. Este coping consiste em processos cognitivos que minimizam ou regulam as emoções e incluem estratégias como o evitamento, minimização, distanciamento, atenção selectiva e comparações positivas, que servem essencialmente para manter a esperança e optimismo, diminuindo desta

forma a ameaça que o evento stressor desencadeou e até o impacto emocional que causou (Lazarus & Folkmann, 1984).

Associado às estratégias de cariz relacional, tais como o recurso ao suporte instrumental e expressão de sentimentos ou emoções, emerge um conceito importante para a compreensão do impacto do nascimento prematuro nas mães e pais e as necessidades que concorrem para assegurar o bem-estar emocional de ambos- o suporte social. Este, sendo um recurso pessoal, define-se como a procura de uma necessidade básica social que pode ser satisfeita através da interação com os outros, nomeadamente através da presença do parceiro ou de um ou mais parentes. Capplan e Killilea (1976) e Cobb (1976), foram dos primeiros investigadores a chegarem a resultados que demonstraram que a procura de suporte ou ajuda social é importante na medida em que reduz os efeitos negativos de um acontecimento considerado stressante, facilitando deste modo o coping relativamente à crise e à adaptação da mudança.

Na tentativa de perceber a relação entre o suporte social e bem-estar, urge fazer referência ao estudo de Cohen & Syme (1985, cit. Veiga, 2005) no qual formularam duas hipóteses que explicam esta relação: *a direct effect hypothesis*, que assenta na defesa de que o suporte social promove a saúde e bem-estar, independentemente da exposição à situação de stress, através da percepção de adequação do apoio e disponibilidade que os outros lhes possam prestar; e a *buffering hypothesis*, que diz respeito ao efeito mediador do suporte social, protegendo o indivíduo da situação stressora. Assim, pode assumir-se que perante uma situação que ameaça o indivíduo, o suporte social funciona como um facilitador e promotor do bem-estar.

Um estudo feito por Lohr, Gontard e Roth (2000), que pretendia analisar as estratégias de coping de pais prematuros, em dois momentos diferentes, durante o internamento dos bebés, revelou que a estratégia mais utilizada pelos progenitores de prematuros em geral, foi procura de suporte social, sendo as mães, aquelas que mais recorrem ao mesmo. Este mesmo estudo demonstrou que as mães procuram significado para o nascimento prematuro, acabando por culpar-se a si próprias e aos outros, sendo esta estratégia muito menos utilizada pelos pais.

Num primeiro contacto com a criança, as emoções específicas dos pais e mães diferem significativamente. Os pais geralmente tendem a expressar menos emoções negativas contrastando desta forma com as mães, cuja tendência é demonstrar sentimentos de choque e insegurança.

As mães de bebés prematuros utilizam frequentemente a estratégia de procura de suporte ou

ajuda social e tentam não dar sentido à experiência de hospitalização do respectivo bebé na UCIN. Contudo, os pais procuram dar sentido à experiência, mobilizando apoio ou ajuda, minimizando desta forma a experiência de internamento.

As investigações de Hughes et. al (1994), mostram que os pais têm maior tendência para utilizarem estratégias como o recurso ao suporte instrumental, que se reflecte na procura de informação junto da equipa médica. Já pelo contrário, as mães têm tendência para recorrerem aos seus cônjuges na procura de suporte predominantemente emocional. Estes autores sugerem que a utilização de estratégias de coping tais como a religião, associam-se directamente a um coping focado nas emoções, e as estratégias de coping, como a procura de informação, utilizadas mais frequentemente pelos pais, estão associadas a um coping focado no problema.

Assim, denota-se uma preferência das mães em utilizarem um coping centrado nas emoções, enquanto os pais tendem a adoptar um coping centrado no problema (Tinsely & Parke, 1983, cit. in Rechia & Lameteyer, 2005). A eficácia do coping pode ser enaltecido através da procura de informação acerca da natureza do stressor, de forma a reduzir sentimentos de incerteza. Quando os aspectos do stressor são desconhecidos, o acesso à rede social é válido para se obter informação. Esta procura ou partilha de informação com outras pessoas e a empatia, contribuem para a utilização por parte do sujeito de um coping eficaz.

Affleck e Tennen (1991), mencionam num estudo, que as mães que utilizam a estratégia de escape/fuga ou evitamento (e.g., *wishful thinking*), durante a hospitalização, eram menos optimistas em relação ao desenvolvimento futuro dos filhos e de facto, constatou-se que estes tiveram um desenvolvimento cognitivo mais lento. Num estudo realizado por Reichman; Gordon; Miller & Munoz (2000) concluiu-se que a ansiedade era o sintoma que prevalecia nas mães aquando da hospitalização do bebé, e que as estratégias de evitamento estavam associadas a um aumento de stress psicológico. Consequentemente, este coping é associado a um funcionamento maternal pobre, uma vez que se evita a confrontação com o problema.

“This emotion- focused coping strategy might produce feelings of self blame and withdrawal that prevent an individual from acting constructively, or from feeling a sense of control of the situation” (Reichman et.al 2000. p.).

Um estudo empírico levado a cabo por Veddovi; Kenny; Gibson & Starte (2001), no qual relaciona estratégias de coping e sintomas depressivos nas mães de bebés prematuros, sugere que aquelas que reportaram a aquisição de informação acerca do seu bebé, através de meios sociais, e

as que obtiveram informação rigorosa sobre o seu desenvolvimento, revelaram menos sintomas depressivos no momento próximo ao pós-parto. Pelo contrário, as mães que utilizaram um estilo de coping de escape/evitamento, em resposta ao stress sentido pela situação de prematuridade e subsequente hospitalização do bebé, tiveram maiores sintomas depressivos.

O estudo de Rechia & Lemétayer (2005), que cruza estratégias de coping e personalidade, conclui existirem diferenças significativas no que diz respeito às estratégias de coping utilizadas por pais e mães face ao nascimento prematuro dos seus bebés. Com efeito, pais e mães distinguem-se sobretudo ao nível da expressão de sentimentos e ao nível da auto-culpabilização, sendo estas duas estratégias mais utilizadas pelas mães.

De acordo com o modelo de stress e coping cognitivo-comportamental de Lazarus e Folkman (1984), um coping bem sucedido ou bem utilizado, requer uma perfeita combinação entre a situação de tensão e uma resposta de coping apropriada, baseada na avaliação do acontecimento marcante ou stressante. Neste modelo, o coping funciona como um mediador da emoção, uma vez que a forma como o indivíduo se ajusta a um evento stressante ou marcante vai afectar as respostas emocionais a esse mesmo evento. A eficácia da estratégia adoptada depende da situação que é vivida.

A adaptação e a reorganização parental, emergem como aspectos comportamentais fundamentais para a percepção do impacto da prematuridade, aspectos esses que surgem em forma de estratégias que visam atenuar o sofrimento. A maior parte das investigações empíricas em torno da prematuridade, focam-se nas consequências que esta tem, sobretudo ao nível do impacto psicológico nas mães, e nas consequências da imaturidade do bebé no seu desenvolvimento. Apesar da relevância do fenómeno que rodeia a Prematuridade, particularmente ao equacionarem-se dimensões como risco e resiliência do bebé prematuro, claramente associadas ao processo de confronto encetado pelos pais, carecem ainda estudos que se centrem sobretudo no modo como quer mães quer pais (sendo estes últimos normalmente negligenciados pela literatura), lidam com a experiência de prematuridade nos primeiros dias após o nascimento do bebé. Face a tal, o presente estudo visa contribuir para a compreensão do impacto do nascimento prematuro, através da avaliação da forma como mães e pais lidam com o mesmo, pelas estratégias de coping que ambos mobilizam perante o internamento do seu bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a primeira semana após o parto pré-term

MÉTODO

Objectivos

Esta investigação foca-se essencialmente na avaliação das estratégias de coping mobilizadas por pais e mães de bebés prematuros hospitalizados, aquando do parto pré-termo.

Uma vez que se pretende perceber se existem diferenças nas estratégias de coping em função do género, delineou-se os seguintes objectivos:

1. Comparar as estratégias de coping que pais e mães utilizam, face ao nascimento prematuro e consequente internamento dos seus bebés na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais,
2. Colocar em evidência eventuais diferenças encontradas nas estratégias mobilizadas nos diferentes

Variáveis:

Variável Independente: Género

Variável Dependente: Estratégias de Coping

Questão:

Existem diferenças de género relativamente às estratégias de coping utilizadas face ao internamento do bebé decorrente do nascimento prematuro?

Participantes

O presente estudo incide sobre uma amostra de 15 mães e 15 pais de bebés prematuros internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A amostra representa um total de 30 sujeitos, com idades compreendidas entre os 20 e os 36 anos de idade, residentes na região do Algarve. A informação sócio-demográfica foi recolhida directamente através dos participantes assim como a idade gestacional dos respectivos bebés que se situou entre as 25 e as 35 semanas. Neste estudo, foram tidos em conta os seguintes critérios de exclusão:

- Historial Psicopatológico
- Pais de bebés cujo internamento foi inferior a 7 dias
- Analfabetismo
- Pais e mães que já tenham passado pela experiência de ter tido um bebé prematuro na UCIN

Instrumento de Avaliação

Para a recolha das estratégias de Coping foi utilizado o questionário Brief COPE, uma adaptação do COPE inventory, desenvolvida por Carver, Sheier & Weintraub (1989) adaptado para a população Portuguesa por Pais Ribeiro & Rodrigues (2004). Esta escala permite avaliar o ajustamento ou coping das pessoas em resposta ao stress.

O Brief COPE possui 14 sub-escalas ou dimensões, com dois itens cada, o que perfaz um total de 28 itens. Estes, são redigidos em termos da acção que as pessoas implementam face a uma determinada situação, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas de resposta (0 a 3) entre: “Nunca faço isto”; “Tenho feito isto algumas vezes”; “Tenho feito isto com frequência”; “Tenho feito isto quase sempre”.

Quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, maior a concordância com a estratégia de coping em análise.

Cada sub-escala corresponde a uma estratégia de coping específica, o que perfaz um total de 14 estratégias diferentes, sendo elas: coping activo; aceitação; planear; reinterpretção

positiva; desinvestimento comportamental; humor; religião; negação; recurso ao suporte instrumental; recurso ao suporte emocional; uso de substâncias; auto-distracção; auto-culpabilização e expressão de sentimentos. Segundo a taxonomia desenvolvida por Lazarus & Folkman (1986), existem dois grupos de estratégias: Focadas no problema e focadas nas emoções. Tendo em conta a situação específica que se vai estudar, considerou-se o coping activo (o que leva o indivíduo a circunscrever a situação stressante por forma a modificá-la tornando-a suportável); o planear (pensar em formas diferentes de enfrentar o *stressor*); e o recurso ao suporte instrumental (procura de informação ou conselhos sobre o que fazer face ao agente *stressor*), como estratégias que fazem parte do *coping focado no problema*, sendo que as restantes onze estratégias fazem parte do *coping focado na emoção*.

Pais Ribeiro e colaboradores (2006), assumem a possibilidade de se proceder a esta divisão de itens por estes dois tipos de coping. No entanto, e apesar da forte sustentação teórica da mesma, esta distinção não é assumida empiricamente.

O estudo da validação da escala Brief COPE para a população Portuguesa conclui existir uma boa consistência interna e uma estrutura factorial das escalas semelhante à versão original. A versão Portuguesa conserva as propriedades psicométricas da versão reduzida de 28 itens proposta por Carver (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Motivo da escolha do instrumento

A utilização do questionário Brief Cope, prende-se com o facto de ser uma versão bastante reduzida do questionário COPE de Carver, o que permite uma melhor adesão por parte dos pais prematuros reduzindo eventuais tensões nos mesmos. Apesar de reduzido, contempla ainda um grande número de estratégias facilitando a sua utilização. Por outro lado, este questionário foi adaptado para a versão Portuguesa por Pais Ribeiro, que conclui que este conserva as propriedades psicométricas da versão original.

O estudo das estratégias de coping de pais e mães de bebés prematuros, face ao seu internamento, é uma temática que não tem sido alvo de exploração, o que despertou desde logo um particular interesse pelo mesmo.

Procedimento

Inicialmente, foi feito um pedido de autorização por carta, ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital Central de Faro, para a realização do estudo na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. Obtida a autorização, e após explicação sobre a natureza da investigação à equipa técnica da Unidade, foi solicitada a participação voluntária de pais (entenda-se mães e pais) de bebés prematuros, que se encontravam na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas aos participantes, onde se registou para além de dados sócio-demográficos tais como idade, profissão e habilitações literárias, a forma como os pais e mães estavam a lidar com a situação dos seus bebés, a avaliação que faziam da mesma, e as estratégias definidas pelos próprios como responsáveis pela redução da ansiedade que sentiam. No fim de cada entrevista, foi administrado o questionário Brief- COPE de auto-resposta para cada pai e cada mãe, individualmente. Foram incluídos no estudo, todos os participantes que avaliaram o internamento do seu bebé pré-termo como algo difícil de lidar.

A sua vontade em participar, foi formalmente oficializada através de uma carta de consentimento informado, na qual se explicava o objectivo de estudo, o modo de recolha e divulgação de dados. e onde eram garantidos o anonimato e confidencialidade. A sua explicitação foi também feita oralmente a fim de serem esclarecidas quaisquer dúvidas relativamente à nossa investigação.

Terminada a entrevista, procedeu-se à administração do questionário Brief Cope, precedido de uma breve explicação das instruções para o seu preenchimento devido.

O local utilizado para todo o processo de recolha de dados, foi sempre uma sala de apoio à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital Central de Faro, gentilmente cedida pelo serviço sempre que solicitada. O período de recolha da amostra teve a duração de sensivelmente seis meses.

RESULTADOS

O tratamento estatístico utilizado neste estudo foi realizado a partir do *Software* Informático *Statistical package for social sciences* para o *Windows*, (v.16; SPSS, Inc. Chicago, IL.)

Os resultados da distribuição normal da amostra e da homogeneidade de variâncias são expressos nas seguintes tabelas:

Tabela1: Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a				
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Sig.
Auto-distracção	,284	30	,000	,802	,000
Coping activo	,175	30	,020	,854	,001
Negação	,475	30	,000	,425	,000
Uso de substâncias	,537	30	,000	,275	,000
Recurso ao sup.emocional	,199	30	,004	,867	,001
Rec. ao sup. instrumental	,178	30	,017	,889	,004
desinvest.comportamental	,523	30	,000	,347	,000
Expressão de sentimentos	,228	30	,000	,855	,001
Reinterpretação positiva	,319	30	,000	,725	,000
Planear	,173	30	,022	,911	,016
Humor	,158	30	,054	,915	,020
Aceitação	,338	30	,000	,752	,000
Religião	,203	30	,003	,857	,001
Auto-culpabilização	,361	30	,000	,723	,000

Tabela 2: Teste da Homogeneidade das Variâncias

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Auto-distracção	Based on Mean	,463	1	28	,502
	Based on Median	,000	1	28	1,000
	Based on Median and with adjusted df	,000	1	20,333	1,000
	Based on trimmed mean	,378	1	28	,544
Coping activo	Based on Mean	1,289	1	28	,266
	Based on Median	,826	1	28	,371
	Based on Median and with adjusted df	,826	1	26,637	,372
	Based on trimmed mean	1,139	1	28	,295
Negação	Based on Mean	14,044	1	28	,001
	Based on Median	3,025	1	28	,093
	Based on Median and with adjusted df	3,025	1	14,717	,103
	Based on trimmed mean	10,481	1	28	,003
Uso de substâncias	Based on Mean	. ^a			
Recurso ao suporte emocional	Based on Mean	7,233	1	28	,012
	Based on Median	6,892	1	28	,014
	Based on Median and with adjusted df	6,892	1	27,763	,014
	Based on trimmed mean	7,387	1	28	,011
Recurso ao suporte instrumental	Based on Mean	,577	1	28	,454
	Based on Median	,365	1	28	,551
	Based on Median and with adjusted df	,365	1	27,985	,551
	Based on trimmed mean	,405	1	28	,530
Desinvestimento comportamental	Based on Mean	,372	1	28	,547
	Based on Median	,115	1	28	,737
	Based on Median and with adjusted df	,115	1	27,813	,737
	Based on trimmed mean	,416	1	28	,524

	Based on Mean	2,577	1	28	,120
	Based on Median	3,027	1	28	,093
Expressão de emoções	Based on Median and with adjusted df	3,027	1	25,974	,094
	Based on trimmed mean	2,827	1	28	,104
	Based on Mean	,882	1	28	,356
Reinterpretação positiva	Based on Median	,000	1	28	1,000
	Based on Median and with adjusted df	,000	1	20,441	1,000
	Based on trimmed mean	,450	1	28	,508
	Based on Mean	1,335	1	28	,258
	Based on Median	,897	1	28	,352
Planear	Based on Median and with adjusted df	,897	1	27,920	,352
	Based on trimmed mean	1,315	1	28	,261
	Based on Mean	5,631	1	28	,025
	Based on Median	4,680	1	28	,039
Humor	Based on Median and with adjusted df	4,680	1	25,633	,040
	Based on trimmed mean	5,466	1	28	,027
	Based on Mean	1,560	1	28	,222
	Based on Median	,557	1	28	,462
Aceitação	Based on Median and with adjusted df	,557	1	25,874	,462
	Based on trimmed mean	1,279	1	28	,268
	Based on Mean	,022	1	28	,884
	Based on Median	,000	1	28	1,000
Religião	Based on Median and with adjusted df	,000	1	25,794	1,000
	Based on trimmed mean	,015	1	28	,904
	Based on Mean	1,112	1	28	,301
	Based on Median	2,318	1	28	,139
Auto-culpabilização	Based on Median and with adjusted df	2,318	1	24,272	,141
	Based on trimmed mean	1,291	1	28	,265

A análise estatística relativas à tabela 1 e 2, revela que a amostra em estudo não segue uma distribuição normal, assim como também não se verifica a homogeneidade das variâncias. Como tal, uma vez que estes dois pressupostos não se verificam, excluiu-se a possibilidade de neste estudo, se utilizar testes paramétricos. Assim, como alternativa, foi utilizado um teste não paramétrico, mais precisamente o Teste Mann-Whitney, para amostras independentes, cujos resultados das diferenças de estratégias de coping em função do género, são visíveis na tabela que se segue:

Tabela 3. Diferenças significativas em função do género: Teste Mann-Whitney

	Género	N	Média	Assymp Sig. 2 tailed
Auto-distracção	Masculino	15	17,10	0.288
	Feminino	15	13,90	
	Total	30		
Coping activo	Masculino	15	15,00	0.750
	Feminino	15	16,00	
	Total	30		
Negação	Masculino	15	13,90	0.125
	Feminino	15	17,10	
	Total	30		
Uso de substâncias	Masculino	15	16,50	0.150
	Feminino	15	14,50	
	Total	30		
Recurso ao suporte emocional	Masculino	15	12,80	0.087
	Feminino	15	18,20	
	Total	30		
Recurso ao suporte	Masculino	15	11,93	

instrumental	Feminino	15	19,07	0.022
	Total	30		
Desinvestimento comportamental	Masculino	15	15,97	0.504
	Feminino	15	15,03	
	Total	30		
Expressão de emoções	Masculino	15	12,60	0.05
	Feminino	15	18,40	
	Total	30		
Reinterpretação positiva	Masculino	15	16,47	0.577
	Feminino	15	14,53	
	Total	30		
Planear	Masculino	15	13,90	0.310
	Feminino	15	17,10	
Humor	Total	30		0.251
	Masculino	15	17,30	
Aceitação	Feminino	15	13,70	0.565
	Total	30		
Religião	Masculino	15	16,33	0.142
	Feminino	15	17,80	
Auto-culpabilização	Total	30		0.171
	Masculino	15	13,57	
	Feminino	15	17,43	
	Total	30		

A análise dos resultados, revela existirem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de coping utilizadas pelas mães e pais. Estes, distinguem-se ao nível do *Recurso ao Suporte Instrumental* e *Expressão de emoções*. A diferença expressa nos resultados, é claramente

mais significativa na escala *Suporte Instrumental* ($sig.=0.022$), mas em ambas as escalas, são as mães aquelas que mais as utilizam, cujas médias são mais altas comparativamente à dos pais, com valores de ($M= 19.07$ e $M=18.4$), para ($M=11.93$ e $M=12.6$) respectivamente. Sendo assim, as estratégias de coping do Brief-Cope, revelam que as mães na situação após o nascimento do bebê prematuro e seu conseqüente internamento, para além de procurarem ajuda, conselhos e informação acerca do que fazer em relação à situação em que se encontram, também sentem necessidade de exprimirem os seus sentimentos e emoções.

As relações entre as várias escalas do Brief Cope nos pais, nas mães e entre pais e mães, foram analisadas através da correlação de Spearman, uma vez que as condições para a utilização de um teste paramétrico não se verificaram. Nas tabelas que se seguem, vêm representados exclusivamente os valores cuja correlação se revelou estatisticamente significativa.

Tabela 4. Correlações entre as escalas do Brief Cope nos pais

Sub-escalas do brief cope	Auto-distração	Coping activo	Negação	Uso de substâncias	Recurso ao suporte emocional	Recurso ao suporte instrumental	desinvestimento comportamental	Expressão de emoções	Reinterpretação positiva	planear	Humor	Aceitação	Religião	Auto-culpabilização
Auto-distração	1													
Coping activo		1												
Negação			1											
Uso de substâncias	.52*			1										
Recurso ao suporte emocional					1									
Recurso ao suporte instrumental					.75**	1								
Desinvestimento comportamental							1							
Expressão de emoções	.52*				.64*	.64*	.52*	1						
Reinterpretação positiva		.52*	-.52*						1					
Planear		.82**							.52*	1				
Humor									.60*	.6*	1			
Aceitação												1		
Religião													1	
Auto-culpabilização							.73**	.53*				-.65**		1

*p<0.05 **p<0.01

Tendo em consideração um $p \leq 0.01$, os resultados visíveis na tabela, demonstram a existência de correlações fortes entre várias escalas do Brief Cope nos pais, sendo que as mais elevadas se verificam entre as escalas Planear e Coping activo (0.82); Recurso ao suporte emocional e Recurso ao suporte instrumental (0.75) e Auto-culpabilização e Desinvestimento comportamental (0.73).

Expressando a única correlação negativa com um valor de (-0.65), assomam as escalas de Aceitação e Auto-culpabilização. Os resultados evidenciam que quanto mais estes pais se culpabilizam, menos aceitam o facto de ter um bebé prematuro em condições de incubamento.

Com efeito, os pais que utilizam a estratégia planear, no sentido de pensar sobre a melhor forma de se confrontar com o facto de ter um bebé prematuro hospitalizado, também utilizam o coping activo, movendo esforços para remover o agente stressor associado a esta situação.

Quando estes pais por sua vez recorrem ao suporte instrumental que se caracteriza pelo pedido de ajuda, conselhos e informação, tendencialmente procuram também suporte de carácter emocional. Quanto mais estes pais se culpabilizam, maior é o desinvestimento comportamental, que se reflecte através da desistência na procura de esforços para minimizar o impacto da experiência do internamento do seu bebé prematuro na UCIN.

Tabela5. Correlações entre as escalas do Brief Cope nas mães

Sub-escalas do brief cope	Auto-distração	Coping activo	Negação	Uso de substâncias	Recursoi ao suporte emocional	Recurso ao suporte instrumental	desinvestimento comportamental	Expressão de emoções	Reinterpretação positiva	Planear	Humor	Aceitação	Religião	Auto-culpabilização
Auto-distração	-													
Coping activo		-												
Negação			-											
Uso de substâncias				-										
Recurso ao suporte emocional					-									
Recurso ao suporte instrumental			.55 *		.77 **	-								
Desinvestimento comportamental			.55 *				-							
Expressão de emoções					.57 *	.65 **		-						
Reinterpretação positiva		.53 *	-.71 **						-					
Planear		.81 **								-				
Humor		.65 **	-.53 *						.70 **		-			
Aceitação			-.73 **						.55 *			-		
Religião													-	
Auto-culpabilização			.71 **						-.86 **	-.56 *		-.67 **		-

*p<0.05 **p<0.01

A análise dos valores apresentados na tabela 5, revela-nos que nas mães, assiste-se igualmente à existência de correlações elevadas em algumas das escalas do Brief Cope, no entanto, comparativamente aos pais verifica-se uma maior frequência de fortes associações tanto positivas como negativas entre as escalas. Aquelas que do ponto de vista estatístico são mais relevantes e se correlacionam positivamente, considerando um valor de significância de $p \leq 0.01$, são o coping activo e o planear, cujo valor é de (.81); o recurso ao suporte emocional e recurso ao suporte instrumental (0.77); a negação e auto-culpabilização (0.71); a reinterpretação positiva e o humor (0.70); o coping activo e o humor (0.65) e por último o recurso ao suporte instrumental e expressão de sentimentos (0.65). Por sua vez, das escalas que se correlacionam negativamente, ressaltam a negação e a reinterpretação positiva (-0.71); a auto-culpabilização e a reinterpretação positiva (-0.86); a aceitação e a negação (-0.73) e a aceitação e a auto-culpabilização (-0.67).

Sendo assim, os resultados das correlações entre as escalas do Brief-Cope nas mães, revelam que a adopção das estratégias planear e humor, está fortemente associada à utilização do coping activo. Também a utilização do humor, influencia a utilização da reinterpretação positiva de maneira a que a mãe encare a situação de uma forma favorável, fazendo o melhor possível para melhorá-la.

Outro dado relevante é o resultado que demonstra que as mães quando procuram conselhos e informação sobre o seu bebé prematuro, o fazem através da expressão dos seus sentimentos, recorrendo igualmente ao suporte emocional de alguém para desta forma minimizar o impacto de ter um bebé prematuro hospitalizado na UCIN.

De acordo com os dados obtidos, as mães que rejeitam a realidade da situação através da negação, mais facilmente se auto-culpabilizam. Nestas, a auto-culpabilização é tanto menor quanto maior for a reinterpretação positiva e a aceitação e vice-versa.

A tabela que se segue, mostra-nos as correlações estatisticamente significativas nas escalas, entre mães e pais.

Tabela 6. Correlações entre as escalas do Brief Cope entre mães e pais

Pais								
Mães	Auto-distração	Coping activo	Desinvestimento comportamental	Expressão de emoções	Reinterpretação positiva	Planear	Aceitação	Auto-culpabilização
Coping activo		.71 **						
Reinterpretação positiva					.65 **		.60 *	-.63 **
Planear		.65 **						
Humor								-.54 *
Religião			-.56 *		.71 **			
Auto-culpabilização					-.60 *			

*p≤0.05 **p≤0.01

De acordo com a tabela que nos mostra as correlações entre as escalas do Brief cope entre mães e pais, os resultados que ressaltam pela sua forte correlação recíproca, são os referentes à escala do coping activo (0.71) e da reinterpretação positiva (0.65). Estes resultados mostram-nos que a mobilização de esforços para remover o agente stressor, e o enfrentar a situação de uma forma positiva e favorável por parte das mães, influencia o mesmo comportamento ou a utilização das mesmas estratégias por parte dos pais e vice-versa. Outro dado relevante, é o facto da escala da religião na mãe, se correlacionar positivamente com a reinterpretação positiva no pai. Sendo assim, a fé movida pela crença religiosa na qual algumas mães se apoiam, influencia os pais a encararem o facto de terem um bebé prematuro internado de uma forma positiva. O

mesmo acontece para as escalas planejar e coping activo, o que poderá indicar que as mães que planeiam e pensam sobre a melhor forma de se confrontar com a situação do seu bebé, influenciam os pais a agirem construtivamente por forma a obterem resultados positivos face à mesma situação.

Para as correlações negativas entre as escalas, evidencia-se a auto-culpabilização, que nas mães se relaciona inversamente com a reinterpretação positiva nos pais. Isto é, quanto mais as mães se culpam e criticam a si próprias, menos os pais vêem a situação do seu bebé prematuro de uma forma auspiciosa. O mesmo acontece para as escalas da religião em relação ao desinvestimento comportamental. A fé, nas mulheres, influencia os pais a adoptarem menos comportamentos de desistência, e vontade de deixar de investir em esforços para alcançar o objectivo com o qual o agente stressor está a interferir.

Por sua vez, o humor e o coping activo das mães correlacionando-se negativamente à auto-culpabilização nos pais, revela-nos que quando estas encaram a situação com sentido de humor e convocam esforços para minimizar o impacto da hospitalização do bebé, os pais apresentam menores sentimentos de culpa.

Atentando à relação dinâmica de pais e mães enquanto dois sujeitos cujas vivências se inter-relacionam no assumir dos papéis da paternidade e maternidade respectivamente, parece existir uma influência correspondente no que concerne ao uso de determinadas estratégias de coping, sendo que quanto mais um dos elementos utiliza estratégias consideradas mais adaptadas, o outro elemento tem tendência a utilizar as mesmas ou outras que igualmente concorrem para um coping mais ajustado.

A tabela que se segue, reflecte as médias e desvios- padrão de resposta para cada escala, em função do género.

Tabela 7. Médias e desvio padrão para cada escala em função do género

	Género	Média	Desvio padrão
Auto-distracção	Masculino	0.6	0.49
	Feminino	0.4	0.57
Coping activo	Masculino	1.8	1.19
	Feminino	2.0	0.95
Negação	Masculino	0.03	0.13
	Feminino	0.4	0.81
Uso de substâncias	Masculino	0.07	0.18
	Feminino	-----	-----
Recurso ao sup. Emocional	Masculino	1.4	1.2
	Feminino	2.2	0.75
Recurso ao sup. Instrumental	Masculino	0.7	0.86
	Feminino	1.4	0.78
Desinvestimento comportamental	Masculino	0.1	0.28
	Feminino	0.07	0.26
Expressão de emoções	Masculino	0.8	0.9
	Feminino	1.6	1.16
Reinterpretação positiva	Masculino	2.6	0.75
	Feminino	2.5	0.58
Planear	Masculino	1.8	0.96
	Feminino	2.1	0.72
Humor	Masculino	1.2	0.94

	Feminino	0.8	0.53
Aceitação	Masculino	2.6	0.52
	Feminino	2.5	0.69
Religião	Masculino	1	1.13
	Feminino	1.6	1.14
Auto-culpabilização	Masculino	0.3	0.49
	Feminino	0.5	0.61

Figura 1. Valores médios de resposta dos pais para cada dimensão (estratégia)

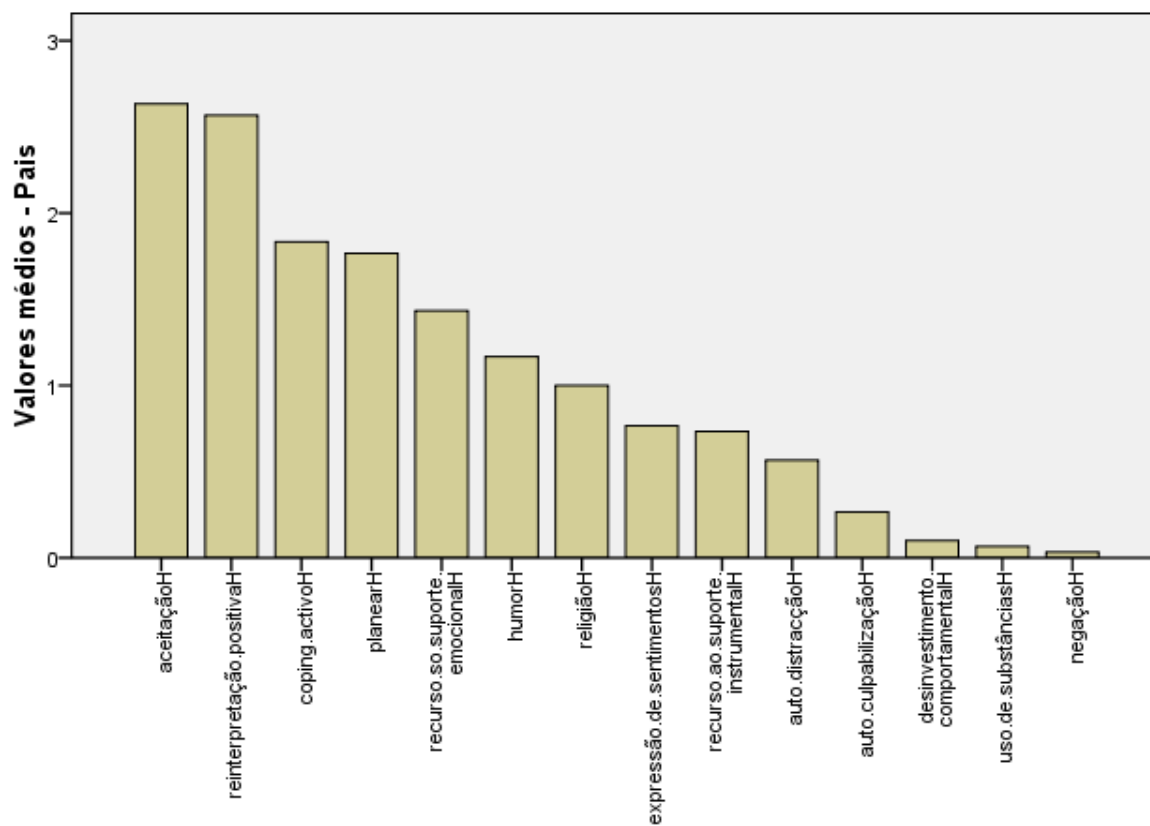
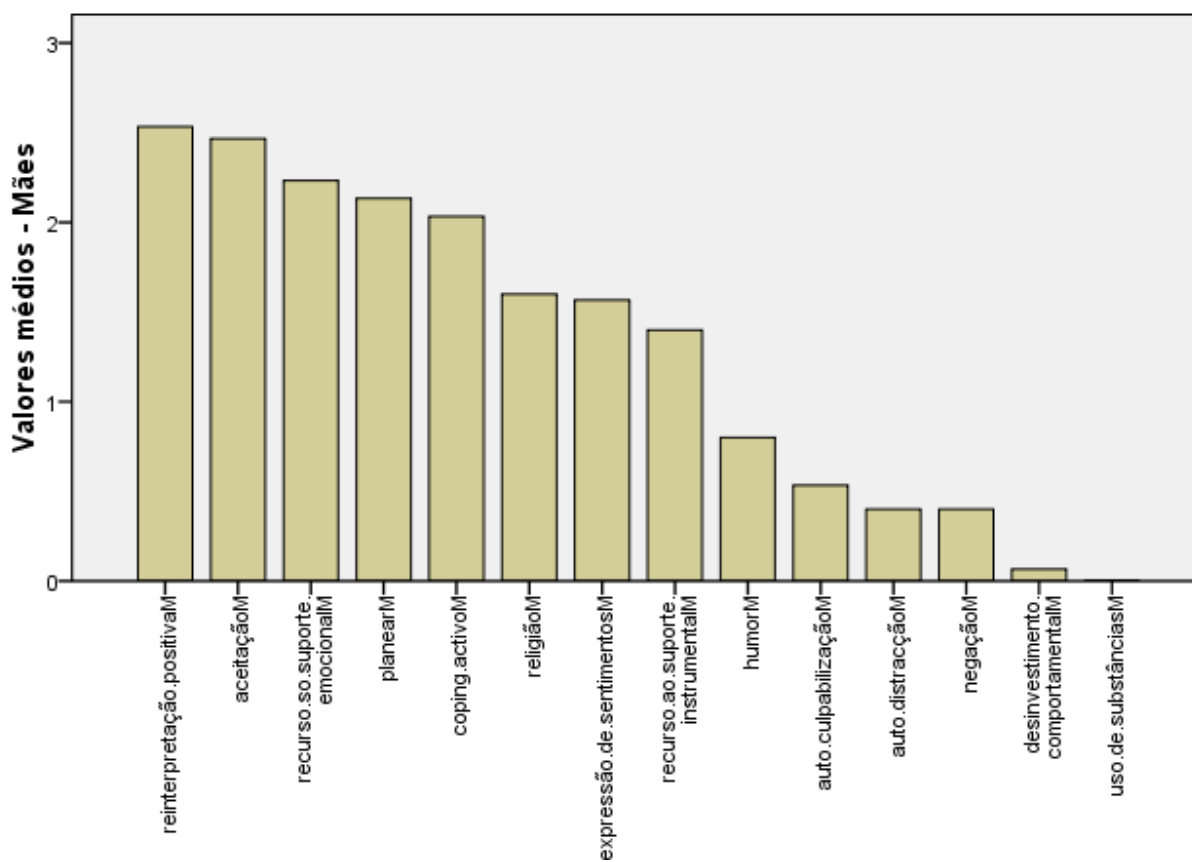


Figura 2. Valores médios de resposta das mães para cada dimensão (estratégia)



A análise das médias de resposta em função do género, demonstra que as mães apresentam valores mais elevados para quase todas as estratégias de coping do Brief-Cope. As estratégias que indubitavelmente apresentam médias mais elevadas, e portanto mais utilizadas, tanto nos pais como nas mães, são: o coping activo; planejar, reinterpretação positiva, recurso ao suporte emocional e aceitação, com excepção da auto-distração; uso de substâncias;

desinvestimento comportamental e humor. Para estas últimas estratégias, apesar das médias que lhes estão associadas apresentarem valores muito baixos para ambos os sexos, são os pais que apresentam valores mais elevados. Para as escalas da auto-distracção e desinvestimento comportamental, a média das mulheres é muitíssimo baixa (0.4 e 0.07), acabando por ser mesmo nula relativamente ao uso de substâncias.

Os resultados revelam uma frequência de utilização de estratégias caracterizadas de uma maneira geral, por uma tendência de ambos, para lidar de uma forma construtiva e positiva, na expectativa de um desfecho com boas perspectivas. Um coping activo no sentido de convocar medidas e esforços para enfrentar as condições inerentes à prematuridade, parece prevalecer como estratégia de eleição em detrimento de outras que reflectem evitamento.

A tabela 8, apresenta a divisão dos 28 itens do questionário, por duas sub-escalas denominadas **Coping Focado no Problema** e **Coping Focado na Emoção**. A primeira sub-escala contempla as escalas *Coping Activo; Planear e Recurso ao Suporte Instrumental*.

A segunda sub-escala contempla por sua vez, as restantes onze escalas do Brief Cope, mais precisamente a *Aceitação; Reinterpretação positiva; Desinvestimento comportamental; Humor; Religião; Negação; Recurso ao suporte emocional; Uso de substâncias; Auto-distracção; Auto-culpabilização* e finalmente, *Expressão de emoções*. A divisão das estratégias pelas duas sub-escalas assumida por nós, tem por base a taxonomia de Lazzarus e Folkmann (1986).

Os resultados estatísticos destas duas sub-escalas, exigiu a aplicação de um teste não paramétrico, uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal, para além de não se verificar a homogeneidade das variâncias. Por este motivo, foi utilizado o Teste Mann-Whitney.

Tabela 8. Sub-escalas: Coping Focado no Problema e Coping Focado na Emoção

Teste Mann-Whitney

	Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Coping_Foc.Problem	Masculino	15	12,97	194,50
a	Feminino	15	18,03	270,50

	Total	30		
Coping Foc.Emoções	Masculino	15	12,73	191,00
	Feminino	15	18,27	274,00
	Total	30		

	Coping_Foc. Problema	Coping_Foc. Emoções
Mann-Whitney U	74,500	71,000
Wilcoxon W	194,500	191,000
Z	-1,587	-1,728
Asymp. Sig. (2-tailed)	,113	,084
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,116 ^a	,089 ^a

Como se pode verificar, nenhum dos dois tipos de coping apresenta diferenças significativas em função do género, uma vez que os níveis de significância apresentam valores de 0.113 para o coping focado no problema e de 0.084 para o coping focado na emoção. O resultado reflecte porém, a existência de diferenças de género relativamente à média de utilização destes dois tipos de coping. Através da análise das médias, pode verificar-se que foram novamente as mães, que mais utilizaram estratégias contempladas nos dois tipos de coping, para as quais os valores são de M=18.03 para coping focado no problema e M=18.27 para o coping focado nas emoções. Confirmando valores mais baixos, estão as médias dos pais, com M=12.97 para o coping focado no problema e M=12.73 para o coping focado na emoção. Destes resultados, podemos inferir que nesta situação particular que se está a estudar, as mães apresentam maior permeabilidade no sentido em que utilizam um maior número de tipo estratégias.

DISCUSSÃO

A relevância do impacto que o nascimento prematuro tem nas mães e pais de bebês pré-termo eleva a pertinência da realização deste estudo.

Neste âmbito, apresenta-se em seguida a discussão dos resultados, na perspectiva de que estes sejam úteis para ajudar a clarificar a questão do estudo:

Existem diferenças de género relativamente às estratégias de coping utilizadas face ao internamento do bebé decorrente do nascimento prematuro.

Diferenças de estratégias de coping adoptadas em função do Género

Quando se analisam os resultados das diferenças de estratégias de coping entre mães e pais de bebês prematuros, verifica-se que elas existem relativamente às estratégias: Recurso ao suporte instrumental e Expressão de emoções, sendo ambas utilizadas com maior proeminência pelas mães. Por um lado, a utilização da expressão de emoções como estratégia por parte das mulheres, coaduna-se com estudos de Carver, Sheier e Weintraub (1998), que demonstram que os estilos de coping diferem em função do género, e como seria de esperar, face aos estereótipos habituais as mulheres perante uma situação stressora, reagiriam expressando as suas emoções e recorrendo ao suporte social. Também Rechia e Lematyer (2005), num estudo que cruza estratégias de coping e personalidade em pais e mães de bebês prematuros, chegaram a resultados que indicam que as mães, se diferenciam dos pais através da expressão de emoções, como estratégia distinta face ao nascimento pré-termo.

Por sua vez, recurso ao suporte instrumental como estratégia valorizada por parte das mulheres, que se caracteriza pela procura de ajuda e conselhos por parte da equipa médica do serviço, assim como para com mães e pais que estejam a passar pela mesma situação, poderá em nosso entender estar associado ao facto da entrevista e a administração do questionário terem sido feitos na primeira semana decorrente do parto prematuro. Assim, as mães prematuras, a maior parte delas também elas ainda hospitalizadas, e restringindo-se apenas ao contexto da Neonatologia e UCIN, tinham-no como o único sítio onde a aproximação à situação e condição

do bebê era possível, e cujo acesso estaria mais vedado aos homens, pelas circunstâncias inerentes às suas características e condição. Como tal, num momento muito próximo do nascimento prematuro, poder-se-á inferir que as mulheres tendencialmente procuram ajuda e pedem conselhos, na tentativa de anular ou diminuir a tensão causada pelo nascimento prematuro e conseqüente internamento do bebê, através da procura de informação, sobretudo acerca do seu estado de saúde, e dos cuidados a ter-se para com o mesmo, por intermédio de enfermeiros e médicos, que no nosso entender facilita o coping, na medida em que o evento stressor está ser controlado e por sua vez mediado por uma relação bidireccional de interesse mútuo: garantir a sobrevivência e o bem-estar do bebê. Estes resultados, corroboram as afirmações de Solnik e Stark, (1961, p. 526 cit. In Pimentel, 1999) quando dizem: *“Antes de se ter tempo para elaborar internamente a perda da criança desejada, há a necessidade de investir a criança em risco como objecto de amor”*.

Parece existir urgência de enfrentar uma realidade externa em detrimento de uma realidade interna que se traduz na perda do bebê idealizado. Este movimento traduz-se na mobilização de mecanismos de defesa individuais, que neste caso permite às mães afastar sentimentos de culpa, depressão e falha narcísica, através da adopção de uma medida de controlo pelo recurso ao suporte instrumental. A adopção desta estratégia, pode ser predictor de um bom ajustamento psicológico, tal como demonstrou um estudo empírico levado a cabo por Veddovi; Kenny; Gibson & Starte (2001), onde ao relacionarem estratégias de coping e sintomas depressivos nas mães de bebês prematuros, sugeriram que aquelas que reportaram a aquisição de informação acerca do seu bebê, através de meios sociais, e as que obtiveram informação rigorosa sobre o seu desenvolvimento, revelaram menos sintomas depressivos no momento próximo ao pós-parto, ao contrário das mães que por sua vez utilizaram um estilo de coping de escape/evitamento, em resposta ao stress sentido pela situação de prematuridade e subsequente hospitalização do bebê, que demonstraram ter maiores sintomas depressivos.

Ajudar a perceber e clarificar as preocupações parentais relativamente ao bebê prematuro internado, pode possibilitar que mães e pais aprendam a lidar da melhor forma com esse momento, que será inevitável para um coping mais adaptado.

O recurso ao suporte instrumental e expressão de sentimentos que diferenciam as mães dos pais, surge então nesta investigação como um dado interessante. Em nosso entender, torna-se pertinente reflectir sobre a relevância que o suporte social desempenha enquanto estratégia de

coping privilegiado por estas mães. De facto, ao atentar à formulação dos itens proposta por Carver, evidencia-se o cariz eminentemente relacional subjacente à utilização do suporte instrumental como estratégia de coping, assente no pedido de ajuda a outras pessoas, que poderá envolver de forma explícita a expressão de sentimentos, independentemente da sua tonalidade emocional. Estes dados são consentâneos com os provenientes de um estudo de Affleck, Tennen e Rowe (1991), que mostra existir uma elevada proporção na utilização do recurso ao suporte social por parte das mães como estratégia de coping perante o internamento do seu bebé prematuro.

Com efeito, os resultados do nosso estudo conciliam-se com os autores supra citados assim como com outras investigações tais como o de Hughes, McCollum, Sheftel & Sanchez, (1994) que ainda acrescentam que para além do suporte social, as mães também procuram dar significado à experiência de internamento no serviço de unidade de cuidados intensivos Neonatais, que se reflecte em esforços activos para minimizar o impacto da mesma. Depreende-se que estes esforços activos se reflectam numa procura de encontrar soluções práticas que ajudem a que a experiência seja menos dolorosa. Assim sendo, e uma vez que são as mães que em comparação com os pais estão fisicamente mais próximas da situação de internamento dos bebés, dado o seu próprio internamento, faz sentido que sejam elas mesmo que procurem saber e aprender acerca do que está ao seu alcance para garantir os melhores cuidados ao seu pequeno prematuro. Por isso, o recurso ao suporte instrumental apresenta-se como uma estratégia privilegiada pelas mães em comparação com os pais.

Tendo em conta os resultados globais, será importante salientar, que parece ser claro o facto de mães e pais utilizarem uma multiplicidade de estratégias de coping, que como afirma Lau & Morse (2001), podem focar-se na resolução do problema, assim como nas respostas emocionais perante o evento stressor.

Coping focado nas emoções e Coping focado no problema

No que concerne ao coping focado nas emoções e no coping focado no problema os resultados da tabela 8, expressam a ausência de diferenças significativas na utilização de ambos

os tipos de estratégias, em função do género. Resultados idênticos, são apontados por estudos de Lazarus et. al (1991), assim como pelos estudos de Seideman e colaboradores (1997), que indicam que o coping focado na emoção e o coping focado no problema, são ambos utilizados quer pelas mães quer pelos pais, no momento após o parto prematuro e consequente hospitalização do bebé. Não se evidencia portanto, uma prevalência na utilização de cada tipo de coping em função do género. São os dois usados, ressalvando contudo, uma ligeira predominância no que concerne à frequência da utilização dos dois tipos, novamente por parte das mães.

Estes dados que indiciam a utilização de uma grande variedade de estratégias, onde se incluem os dois tipos de coping: focado no problema e focado na emoção, serão representativos da capacidade que homens e mulheres têm, para agirem construtivamente no sentido em que se empenham para alterar o evento stressor, sem no entanto se afastarem da componente emocional que é sem dúvida crucial, para fazer face ao parto prematuro e suas consequências.

Correlações entre as escalas do Brief cope

Os resultados das correlações entre as escalas, vêm elucidar-nos quanto à relação significativa entre estratégias de coping específicas, que variam na sua influência nos pais, nas mães e entre pais e mães. Deparamo-nos então com dois grupos de estratégias que se repetem nos pais e nas mães, e que apresentam correlações elevadas, sendo eles o coping activo e o planejar; e o recurso ao suporte instrumental e recurso ao suporte emocional. Estes dados podem ajudar a esclarecer o carácter disposicional que ambos os pais e mães têm, para a utilização de um coping que mobiliza esforços concretos e eficazes, para regular e atenuar as dificuldades subjacentes à condição do prematuro internado. Outro resultado que sobressai, mas desta vez entre homens e mulheres, refere-se à escala do coping activo cuja relação é recíproca, e que apresenta uma forte correlação, acontecendo o mesmo entre o coping activo nos homens e o planejar nas mulheres. Nesta situação, existe um claro padrão de correlações entre escalas nos três grupos: mulheres, homens, e as correlações entre homens e mulheres. Verifica-se uma predominância de correlações positivas entre escalas que representam estratégias tendencialmente orientadas para o problema.

As estratégias adoptadas poderão funcionar como um sinal da necessidade e procura do tipo de apoio da qual tanto mães como pais carecem. Cleveland (2008), enuncia seis necessidades específicas, sentidas por pais e mães aquando do internamento do seu bebé prematuro: 1) procura de informação; 2) vigilância e protecção do bebé; 3) contacto com o bebé; 4) ser positivamente entendido pelo *staff* da UCIN; 5) ajuda individualizada; 6) relação terapêutica com a equipa de enfermeiros. Estas necessidades, anunciam-se coerentes com os nossos resultados, onde parece sobressair a premência de estar em permanente contacto com o bebé assim como com o *staff* do serviço, uma vez que ambos contribuem para a diminuição da carga e tensão que ambos os pais e mães sentem.

O questionário Brief-Cope, contém dimensões ou estratégias que poderão ser consideradas como menos adaptadas para a situação que se quer estudar. Nelas, podem incluir-se as escalas negação e auto-culpabilização encontradas nas mães, e auto-culpabilização e desinvestimento comportamental nos pais, que surgem com elevados valores correlacionais e estão associadas a um tipo de coping de evitamento. Estes resultados podem sugerir que este tipo de estratégias, apresentam-se vinculadas à necessidade das mães e dos pais se afastarem e evitarem a confrontação com a situação decorrente do parto prematuro, claramente aliadas a um tipo de coping focado na emoção. Esta auto-culpabilização pode estar relacionada com o facto de ambos os pais se sentirem responsáveis pela condição do bebé que geraram (Berns et al. 1993, cit. in Lau, 2001). A negação por sua vez, é reconhecida como sendo uma forma de coping aliado a um sentimento inicial de choque (Moore, 1988, cit. in Lau, 2001), o que seria de esperar no nosso estudo, uma vez que este se centrou na primeira semana de internamento. Por isso, o processo de adaptação ao nascimento do bebé, pode vir acompanhada de um sofrimento antecipatório caracterizado por sentimentos de resignação, como forma destes pais se prepararem para a possível morte do seu filho (Lau, 2001).

Na perspectiva de Brazelton (1992), o nascimento de um bebé prematuro é vivenciado pelos pais como uma crise, provocando em ambos, sentimentos de culpa, perda e falha narcísica, sobretudo na vivência subjectiva das mães. No que concerne à auto-culpabilização, os nossos resultados são consensuais com o estudo feito por Lohr, Gontard e Roth (2000), que demonstrou que as mães procuram significado para o nascimento prematuro, acabando por culpar-se a si próprias e aos outros, sendo esta estratégia muito menos utilizada pelos pais. Também o estudo de Rechia & Lemétayer (2005), demonstra existirem diferenças significativas no que diz respeito

às estratégias de coping utilizadas por pais e mães face ao nascimento prematuro dos seus bebés, mais precisamente relativamente à auto-culpabilização demonstrando serem as mães, as que mais utilizam.

A expressão do resultado da correlação entre as escalas da negação e da auto-culpabilização, remete-nos para uma questão importante que assenta na procura de eventuais variáveis que de alguma forma possam justificar ou enfatizar a utilização das mesmas, como estratégias de coping que elevam sentimentos mais desestruturantes. Como demonstra um estudo de Reichman et. al (2001), as mães de bebés de extremo baixo peso, apresentam um *distress* emocional significativo, tal como níveis altos de ansiedade. Aquelas que utilizaram um coping de evitamento, experienciaram graus intensos de frustração, e conseqüentemente utilizaram um coping desadaptado.

Os resultados para as escalas que apresentam correlações negativas estatisticamente significativas, possibilitam o entendimento de que existe também nas mães, um maior número de correlações entre escalas, precisamente para aquelas que do ponto de vista da sua aceção estão negativamente associadas. São elas: a Negação e a Reinterpretação positiva; a Auto-culpabilização e a Reinterpretação positiva; a Aceitação e a Negação e a Aceitação e a Auto-culpabilização, sendo esta última a única que nos pais apresenta correlações negativas elevadas.

Estes dados mostram-nos existirem diferenças de correlações entre escalas em função do género, que acabam por reflectir uma maior coerência por parte das mulheres, no que diz respeito à utilização de uma maior variedade de estratégias de coping, no momento em que estas ainda estavam hospitalizadas. Assim, a adopção de estratégias que promovem um maior afastamento à situação, está inversamente relacionada com um coping que visa a aceitação e optimismo.

Médias das estratégias adoptadas em função do Género

A capacidade de recorrer a outrem por parte destas mães associa-se de forma clara à expressão emocional, conforme se evidencia pelos elevados valores de correlação entre as escalas suporte instrumental e expressão de emoções.

A análise dos resultados em torno das médias, sugere que as estratégias mais utilizadas por mães e pais perante a situação de internamento dos seus bebés prematuros, são: o coping activo, planear, reinterpretção positiva, recurso ao suporte emocional e aceitação. A leitura possível destes resultados, é que o uso destas estratégias face ao nascimento prematuro e consequente incubamento, reflecte a tendência destes pais destas mães, para reagirem activamente, no sentido de planear e efectivamente mobilizar esforços para diminuir o stress associado ao facto de ter um bebé prematuro hospitalizado. Estes esforços por sua vez, parecem ser postos em prática uma vez que sugerem existir por parte, quer das mães quer dos pais, uma aceitação da realidade da situação, na qual ambos se encontram, movidos por uma expectativa e perspectiva optimista, que vem ancorada ao recurso a um suporte emocional, que os ajuda a sentir-se próximos de alguém que os apoia, minimizando desta forma o impacto negativo que o nascimento prematuro e as condições que lhes estão associadas, podem provocar no seu ajustamento psicológico.

É de relevar também os resultados que demonstram serem as mães, o grupo que mais utiliza estratégias que do ponto de vista psicológico podem ser vistas como mais adaptadas no sentido de produzirem efeitos benéficos na compreensão e aceitação da condição que decorre do parto prematuro. Apesar de também nos pais se verificar igualmente o uso maioritário destas estratégias, verifica-se pela análise dos resultados que estes utilizam com maior frequência do que as mães, outras que visam essencialmente evitar a confrontação com a situação, tais como o desinvestimento comportamental a auto-distracção e uso de substâncias, podendo ser indicativas da necessidade de fuga ao acontecimento marcante, potenciadas pelas condições inerentes que se caracterizam por uma maior disponibilidade de tempo para estar absorto relativamente à situação, comparativamente à mães que ainda hospitalizadas passam todo o tempo no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Estes resultados vêm de alguma forma corroborar o estudo de Jackson, Ternstedt & Shollin (2003) que demonstrou existirem diferenças relativamente à forma como pais e mães vivenciam o internamento do seu bebé. Os pais, ao contrário das mães descrevem confiança nos cuidados do seu filho ao cargo da equipa multidisciplinar da UCIN, e revelam o desejo de alcançar um equilíbrio entre a sua vida familiar e profissional; as mães por sua vez, assumem a necessidade de ter mais responsabilidade e controlo dos cuidados do seu pequeno prematuro, assim como serem confirmadas como mães.

De qualquer forma, as diferenças nas estratégias adoptadas nos dois grupos em estudo, são subtis, o que nos leva a concluir, que mães e pais reagem de uma forma muito semelhante ao nascimento prematuro e consequente hospitalização do bebé, adoptando estratégias que do ponto de vista psicológico podem contribuir para um bom ajustamento à situação.

CONCLUSÃO

O objectivo deste estudo consistiu em comparar as estratégias de coping utilizadas por pais e mães, face ao nascimento prematuro e consequente internamento dos seus bebés na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), bem como colocar em evidência eventuais diferenças encontradas nas estratégias mobilizadas pelos diferentes géneros.

De acordo com os nossos resultados, encontram-se diferenças relativamente às estratégias utilizadas em função do género, mais precisamente no que concerne ao recurso ao suporte instrumental e expressão de emoções, cuja manifestação é mais elevada nas mães. Estas diferenças, parecem resultar do facto de estas mães estarem ainda limitadas ao espaço da UCIN, e por isso, reflectem uma maior necessidade de recorrer às pessoas que estão mais próximas à situação do seu bebé prematuro internado, que no fundo se resume ao *staff* médico e de enfermagem, assim como a outras mães também hospitalizadas. Para os pais, o acesso a este tipo de recurso, num momento muito próximo do parto, pode não ser tão visível e imediato, uma vez que o seu acesso à UCIN é mais restrito pelas circunstâncias inerentes à situação.

A expressão de emoções por parte das mães prematuras, dirigida normalmente aos próprios cônjuges e/ ou outros membros próximos da família, também referida como estratégia nas entrevistas, pode facilitar a compreensão mútua entre o casal, e ajudar a estabilizar o seu estado de humor e a encontrar apoio junto dos profissionais de saúde.

Ter um bebé prematuro internado nos cuidados intensivos é uma experiência que provoca grandes níveis de stress tanto nas mães como nos pais. Ambos, independentemente dos seus recursos pessoais, perante uma situação que provoca grandes mudanças no seu quotidiano,

inevitavelmente precisam de socorrer-se de suporte de outros, através da sua rede social para conseguirem lidar com o stress.

O presente trabalho permite-nos concluir, que o suporte social utilizado tanto pelas mães como pelos pais, havendo contudo dados que na sua leitura global apontam para serem as mães as que mais recorrem ao mesmo, é um recurso importantíssimo na medida em que facilita não só a ajuda e compreensão da situação que está a ser vivenciada por ambos, aliadas a uma função mais emocional, como permite uma aproximação à situação de um ponto de vista mais instrumental, na procura de informação e esclarecimentos acerca do estado de saúde do bebé, dos horários e características da amamentação, entre outros. O suporte social pode então envolver por um lado, quer o apoio emocional por parte da família, através da empatia, confiança e encorajamento, quer o apoio instrumental, através da procura de informação; de conselhos relacionados com os cuidados e a saúde da criança; de cuidados parentais; e de informações relativas à acessibilidade e estruturas de apoio. A equipa da UCIN, tem aqui um papel preponderante no sentido do auxílio que deve proporcionar às mães e pais prematuros. Os médicos e enfermeiros dos cuidados intensivos, ajudam a minimizar o impacto da experiência e o stress que lhe está associado, através de fornecimento de informações, apoio e compreensão, facilitando deste modo o coping dos mesmos, para que seja o mais adaptado possível. Como tal, tendo em conta os resultados, realça-se a necessidade deste apoio psicossocial por parte de uma equipa multidisciplinar, a estas mães e pais.

A utilização de estratégias como o coping activo, planear, reinterpretação positiva, recurso ao suporte emocional e aceitação, por parte de mães e pais, cujas proporções na sua utilização se mostram semelhantes, leva-nos a concluir que para além da diversidade de estratégias que são utilizadas por ambos, estas estão claramente associadas a um coping mais activo e por isso orientado para um tipo de comportamento que reflecte uma necessidade de enfrentar o problema numa perspectiva optimista, motivada pela crença de que a situação é passível de mudança, e por sua vez reforçada pela procura de suporte social.

No caso das estratégias consideradas menos susceptíveis de produzirem efeitos cognitivos e comportamentais adaptados, enalteçemos a auto-culpabilização que apesar de não apresentar valores expressivos no que diz respeito às suas médias e por isso não significativas do ponto de vista estatístico, relativamente à correlação entre outras escalas, o resultado já é preponderante. Tanto nos pais como nas mães, a auto-culpabilização surge associada a outras estratégias cuja

carga assenta na emoção, sendo elas a negação e o desinvestimento comportamental. Estes dados levam a concluir, que também estratégias focadas na emoção, neste caso particular aliadas a um maior desinvestimento e evitamento, são utilizadas, apesar de em menor frequência.

Um das limitações desta investigação, prende-se com o facto de não ter incluído variáveis tais como a idade gestacional e o peso do bebé, que podem eventualmente concorrer para o uso de estratégias de coping específicas, tais como aquelas que de certa forma reflectam um maior evitamento face à situação. O uso de estratégias menos adequadas, poderá conduzir a dificuldades decorrentes do internamento dos seus bebés, mais especificamente no que diz respeito à adaptação parental. Neste sentido e considerando o coping como um processo dinâmico, e por isso susceptível de sofrer mudanças ao longo do tempo, realçamos a importância da realização de estudos longitudinais, que determinem essas mudanças num primeiro momento, próximo da hospitalização e num segundo momento, pós-alta do bebé. Limitações temporais não nos permitiram a execução deste estudo nas circunstâncias acima descritas, assim como limitações inerentes às condições do próprio serviço da Unidade de Cuidados Intensivos, impossibilitou-nos o acesso a um maior número de pais e mães prematuros, pelo que também relativamente a este facto, sugerimos que futuras investigações sobre a mesma temática recaiam sobre a amostra.

Não obstante, os dados que se revelam neste estudo, não deixam de merecer uma reflexão sobre o facto de esta e outras investigações deixarem subjacente a necessidade de implementação de políticas que favoreçam a Saúde Mental, neste caso específico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, no sentido de estas considerarem a possibilidade de abrir portas a programas de intervenção, que promovam uma crescente facilidade de comunicação entre todos os intervenientes do serviço, por forma a assegurar que pais e mães garantam os melhores cuidados aos seus bebés proporcionando-lhes bem-estar e um início de vida digno.

Depreende-se que para alguns casais, diferenças nas estratégias utilizadas, podem motivar conflitos e enaltecem dificuldades no cuidar do bebé. Embora o nosso estudo, tenha fixado a atenção na diferença em função do género, reconhece-se a importância de investigar-se as diferenças que existem ao nível do casal, atentando à prestação de cuidados a um bebé que necessita de atenção especial. Será relevante também referir, o facto de neste estudo, terem sido elaboradas entrevistas semi-estruturadas a todas as mães e pais, a quem foram posteriormente administrados os questionários. A realização das mesmas, exigia-se pela dimensão ética

subjacente à situação particular de ter um bebé prematuro internado. A não inclusão das entrevistas para a obtenção de dados, não se impôs por razões de protocolo metodológico, uma vez que se tornava imperativo circunscrever o objecto de estudo inicial. Contudo, as mesmas foram importantes na medida em que nos aproximou da experiência individual de cada mãe e pai, possibilitando-nos um melhor entendimento da vivência do ponto de vista psicológico de cada um, face ao nascimento prematuro. Esta interacção inicial, proporcionada pela entrevista, permitiu perceber a existência de algumas falhas do serviço precisamente ao nível do apoio psicológico, que se entendeu não chegar da mesma forma a todos. Parece por isso ser de extrema relevância enfatizar este facto, que indiscutivelmente remete para uma revisão das directrizes do ministério da saúde, no que concerne à responsabilidade do mesmo, em assegurar o bem-estar psicológico de todos aqueles que nesta circunstância necessitem de apoio.

Como conclusão final, gostaria de realçar a importância deste estudo na medida em que possibilitou perceber como é que mães e pais lidam com o nascimento de um filho antes do tempo previsto, evidenciando as diferenças que existem em função do género, perante a difícil situação de ter um bebé prematuro internado, na expectativa de que, as equipas interdisciplinares que constituem as UCIN, se foquem em torno destas evidências, com a finalidade de proporcionar apoio, através da percepção das suas necessidades, para que mães e pais lidem com o nascimento prematuro de uma forma saudável e positiva, e sobretudo que se sintam seguros para assumirem o seu papel parental. O apoio de profissionais especializados tais como os psicólogos, podem ter um papel importantíssimo na medida em que a assistência que providenciam a mães e pais, ajuda a melhorar não só a sua adaptação ao contexto do internamento dos seus filhos, assim como apurar competências de confronto dos mesmos, com todos os factores associados à prematuridade, facilitando a redução do stress e a adopção de estratégias de coping eficazes.

Referências Bibliográficas

Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. (1990). Mothers, fathers and the crises of newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal*, 11 (1), 12-25.

Affleck, G. & Tennen, H. (1991). Appraisal and Coping predictors of mother and child outcomes after newborn intensive care. *Journal of social and clinical Psychology*, 10, 424-447.

Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. Mental retardation and development disabilities. *Research Reviews*, 8: 213–214)

Barrat, M.; Roach, M. & Leavitt, L (1996). The impact of low risk prematurity on maternal behaviour and toddler outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 581-602.

Barros, L. (2006a). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M.C. (Ed), *Psicologia da gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254) Coimbra: Quarteto

Barros, L. (2006b). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.297-316). Coimbra: Quarteto

Barros, L. & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de Neonatologia: *Teoria, Investigação e Prática*, 2, 265-276.

Botelho, M.T. (1999). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Dissertação de Mestrado, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Botelho, M.T., & Leal, I. (2007). Personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 127-142.

Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Caplan, G., Mason, E.A., & Caplan, D.M. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 36, 25-45.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283

Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nurses*, 2008, 37,(6), 666-691.

Cohen, S.& Syme, L. (1985) Issues in the study and application of social support. In S.Cohen & L. Syme (Eds), *Social Support and Health*. Academic press

Costa, E.S., Leal, I.P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior .Análise Psicológica, 2, (24), 189-199

Crosse, V. M. (1980). O recém-nascido prematuro. 8ª ed. São Paulo: Editora Manole.

Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73 (2) 61-70.

De Muyder, X, Wesel, S. Dramaix, M. Candeur, M. (1992) A woman's attitude toward Pregnancy- Can it predispose her to preterm labor? *Journal of Reproductive Medicine*, 37, 339-342.

Easterbrooks, M.A. (1988). Effects of infant risk status on the transition to parenthood. In G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: current theory and research* (pp. 176-208). New York: Cambridge University Press.

Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1998). Coping with health problems: *developing a reliable and valid multidimensional measure*. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205.

Feldman, R. Eidelman, A.I., Sirota, L., & Weller, A. (2003). Testing a family hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of family psychology*, n.º 1, p. 94 - 107.

Ferreira, L.M (1995). A Irrealidade de um Bebê Real: Intervenção Psicológica. *Análise*

Figueiredo, B. (2007) *Massagem ao bebê*. In *Psicológica*, 1-2 (XIII): 63-66 Acta Pediátrica Portuguesa, 38 (1). pp. 29-38.

Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.

Goldberg S., Di Vitto B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein, "Handbook of Parenting", Vol. I. (pp. 209-233). United States of America: Lawrence Erlbaum Associates.

Holahan, C. J.; Moos, R. H. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 52(5) 946-955

House J. S. (1981) *Work, stress and social support*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing

Holditch-Davis & Miles, M. (2000). Mother's stories about their experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Neonatal Nursing*, 19,3.

Hughes, M., & McCollum, J. (1994). Neonatal Intensive Care: mothers and fathers perception of what is stressful. *Journal of Early Intervention*, 18, 3 , 258-268.

Hughes, M., & McCollum, J., Sheftel, D., & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of Neonatal Intensive Care. *Children's Health Care*, 23(1), 1-14.

Jackson, K., Ternstedt, B., & Scollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 120-129.

Kreisler, L., & Soulé, M. (1995). L'enfant prématuré. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (pp. 1893-1915). Paris: Presses Universitaires de France.

Lau, R. (2001). *Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery*. Tese de Doutoramento em Filosofia apresentada na: Faculty of human Development, Victoria University

Lau, R. & Morse, C. A. (2001). *Parents coping in the neonatal intensive care unit: A theoretical Framework*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22: 1, 41-47

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e procesos cognitivos*. Spain: Ed. Martinez Roca.

Lohr, T., Von Gontard, A. & Roth, B. (2000) Perception of Premature birth by fathers and mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 3(2). 41-46.

Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia: Prematuridade*. Lisboa: Climepsi.

McCormick, M.C., Gunn, J. B., & Klebanov, P.K. (2001). Maternal Coping strategies and Emotional Distress: Results of an early intervention program for low birth weight young Children. *Development Psychology*, 37(5). 654-667.

Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behaviour, and intervention. In Zeanah, C.H. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2 ed.) (pp.176-194). New York: The Guilford Press.

Munck, H. (1995) Intervenção Hospitalar com pais de bebés prematuros. In J.Gomes-Pedro (org.) *Bebé XXI- Criança e família na viragem do século*.(pp. 229-235) Lisboa:

Fundação Calouste Gulbenkian.

O'Brien, M., Soliday, E., & Mcluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the Neonatal Intensive Care Unit. In M. C. Roberts *Handbook of Pediatric Psychology*, (pp. 463-475). New York: The Guilford Press.

Palminha, J. M. (1997) a sobrevivência do grande prematuro, o meio sócio-familiar e a responsabilidade da sociedade civil. *Integrar*, nº14, 24-28

Paul, M. C. (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro. *Psicologia*, VIII (3), 393-402

Phillips, S. J. & Tooley, G. A. (2005). Improving Child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (4), 431-442.

Pimentel, J. S. (1999). *Um bebé diferente- Da individualidade da interação à especificidade da intervenção* (2ª Ed.), Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração para a Pessoa com Deficiência. Livros SNR nº 12. Lisboa

Recchia, S., Lemétayer, F. (2005) Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés. *Devenir*, volume 17, (4), pp. 303-321.

Reichman, S.R.F., Miller, A.C., Gordon, R.M. & Munoz, K.D.H. (2000). Stress Appraisal and Coping in Mothers of NICU Infants. *Children's Health Care*, 29(4), 279-293

Ribeiro, J.L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doença*, 5(1), 3-15.

Rosenblat, D. (1997) *Premature babies*. In A. Baum, S. Newman et. al Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (Eds.), 565-568 Cambridge: Cambridge University Press

Sá, E.; Coelho, A. P.; Lopes, J. S; Biscaia, J. & Alarcão, M. M. (2004) *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Seabra, M.J., (1993). Variáveis Psicológicas associadas À Prematuridade, *Psychologica*, 10, 61-68.

Talmi, A., & Harmon, R.J. (2004). Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. *Zero to three*, 24, 13-20.

Tracey, N. (2000). *Parents of premature children – their emotional world*. London: Whurr Publishers.

Veiga, E., (2005). Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: o caso da prematuridade. Tese de Doutoramento, consultado a 20 de junho de 2009 através de: <http://elisaveiga.op351.net/>

Veddovi, M., Kenny, D.T., Gibson, F. & Starte, D. (2001). The relation between Depressive Symptoms, following premature birth, mothers coping style, and knowledge of infant development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, (4), 313-323.

Vidigal, V. (2001). Prematuridade e comportamento maternal. In Pires, A. (Orgs.), *Crianças e (pais) em risco* (pp.233-253). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Wirth, A. F.(2000). Aplicação do método de observação de bebês numa UTI neonatal.
In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo,

Wolke, D. (1995) Um ambiente estimulante para os bebês numa unidade de cuidados intensivos. In J.Gomes-Pedro (org.) *Bebé XXI- Criança e família na viragem do século*.(pp. 229-235) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ANEXOS

Anexo A

Carta de pedido de autorização para realização do estudo

Conselho de Administração
do Hospital Central de Faro

Lisboa, 30 de Maio de 2008

Carla Barros de Sousa Gonçalves, inscrita na cadeira de Mestrado Integrado de Psicologia Clínica, orientada pelo Professor Dr. Eduardo Sá, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio, solicitar a Vossa Ex^a, autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito da cadeira de Tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Serviço de Neonatologia do Hospital de Faro, cuja investigação pretende avaliar as estratégias de Coping de Pais e Mães de bebés Prematuros enquanto estes se encontrem na UCI-Neonatologia. Para tal, será pedido a cada pai e mãe, o preenchimento de um breve questionário designado Brief Cope, constituído por 14 sub-escalas com dois itens cada, contabilizando um total de 28 itens. O seu preenchimento decorrerá após entrevista a cada pai e mãe individualmente, depois de concordarem participar no estudo. A aprovação da sua participação será formalmente registada numa carta de consentimento informado entregue em mão a cada pai e mãe, garantindo desde logo o anonimato.

Antecipadamente agradeço a vossa atenção para o meu pedido e envio os melhores cumprimentos,

Carla Barros de Sousa Gonçalves

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sá

Anexo B

Autorização do Hospital Central de Faro para a realização do estudo

Exma. Senhora
Carla Barros de Sousa Gonçalves
Rua da Figueira, Lt. 27 1º Drt.
8200-131 Albufeira

024668 08-11-20

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência
DC/CH

Data

ASSUNTO: Pedido de Autorização para Trabalho de Investigação
Estudo Exploratório sobre Avaliação de Estratégias de Coping

Na sequência da carta enviada por V. Ex.ª sobre o assunto supracitado, vimos informar que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Clínica



(Dr.ª M.ª Helena Gomes)



Anexo C

Carta de Consentimento Informado

Carta de Consentimento Informado

Eu concordo participar no estudo “Estratégias de coping de pais e mães de bebés prematuros hospitalizados na UCI-Neonatologia”. O propósito deste estudo é compreender melhor as estratégias de coping que as mães e pais de bebés prematuros mobilizam aquando do internamento dos seus bebés na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, e verificar se existem diferenças entre eles.

Eu compreendo que os potenciais benefícios deste estudo envolvem a aquisição de informação que posteriormente pode ajudar a identificar padrões de coping e com isso adquirir a possibilidade de garantir às pessoas, ajuda para que estas consigam lidar melhor com a situação de incubamento dos seus bebés.

Eu aceito participar neste estudo o tempo que for necessário para a obtenção de toda a informação que se pretende. A participação neste estudo implica o preenchimento de um questionário, após entrevista, para a recolha de informação relevante. O meu consentimento permite que o investigador possa juntar informações relevantes através da minha ficha médica para uso exclusivo neste presente estudo. Este consentimento permite que eu, em qualquer altura, possa decidir se deva ou não continuar a participar neste estudo. Estou ciente de que os riscos e as consequências da minha participação neste estudo envolvem algumas questões que podem forçar-me a confrontar com diversas emoções à medida que vou participando.

Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial. Se os resultados destes forem publicados num jornal científico, a minha identidade será mantida anonimamente e apenas os resultados grupais serão revelados. Apenas os profissionais envolvidos no estudo terão acesso aos meus resultados individuais.

Eu entendo que a minha participação neste estudo é voluntária. A minha decisão, quer participe ou não, não afectará de qualquer modo a minha relação com o Hospital de Faro, nomeadamente o serviço de Neonatologia e seus funcionários.

A minha assinatura em baixo indica que li, percebi e concordei com a informação contida na carta de consentimento informado. Quaisquer questões que tive foram respondidas para minha satisfação e esclarecimento.

Nome

Data

Investigador

Data

Anexo D

Guião de entrevista semi-estruturada

Mãe / Pai

Idade gestacional do bebé:

Idade:

Peso do bebé:

Estado civil:

Profissão:

Habilitações Académicas:

Como é que está a lidar com a situação do seu bebé?

Como é que avalia a situação que está a viver?

Quais as suas maiores preocupações?

Tem partilhado as suas preocupações com alguém? Quem?

Tem tido apoio de alguém?

Sente que o Hospital lhe tem fornecido apoio suficiente?

Qual ou quais as estratégias que tem utilizado para minimizar a situação que vive neste momento?

Anexo E

Questionário de auto-resposta: Brief-COPE

Brief Cope

Nome:..... Data:.....

Instruções

A seguir vai encontrar uma série de afirmações que estão relacionadas com a forma como as pessoas reagem quando enfrentam situações difíceis e stressantes na sua vida. Existem muitas formas de as pessoas lidarem com os seus problemas. Pessoas diferentes utilizam estratégias diferentes.

Gostaria de saber como é que você está a lidar com o nascimento prematuro do seu bebé e o seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Cada uma destas afirmações refere-se a uma forma particular de reagir face a situações como esta que neste momento está a viver. Tente analisar cada uma delas separadamente. Não existem respostas certas ou erradas, por isso, tenha presente apenas a sua forma de reagir e seja o mais sincero(a) possível nas suas respostas.

Para cada uma das afirmações apresentadas, use uma das 4 alternativas de resposta, colocando um círculo (O) na coluna que melhor descreva a sua maneira de lidar com esta situação. Assegure-se que escolheu apenas uma resposta para cada afirmação.

	Nunca faço isto	Tenho feito isto algumas vezes	Tenho feito isto com frequência	Tenho feito isto quase sempre
1. Tenho-me refugiado noutras actividades para me abstrair desta situação.	0	1	2	3
2. Tenho concentrado os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
3. Tenho dito para mim próprio(a): “Isto não é verdade”.	0	1	2	3
4. Tenho-me refugiado no álcool e noutras drogas (comprimidos) para me sentir melhor.	0	1	2	3
5. Tenho procurado apoio emocional de outras pessoas (família, amigos).	0	1	2	3
6. Tenho desistido de tentar lutar contra esta situação.	0	1	2	3
7. Tenho tomado medidas para tentar melhorar a situação.	0	1	2	3
8. Tenho-me recusado a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.	0	1	2	3
9. Tenho tido desabafos para aliviar os meus sentimentos mais desagradáveis.	0	1	2	3
10. Tenho pedido ajuda e conselhos de outras pessoas.	0	1	2	3
11. Tenho-me refugiado no álcool e noutras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar esta situação.	0	1	2	3
12. Tenho tentado analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	0	1	2	3
13. Tenho feito críticas a mim próprio(a).	0	1	2	3
14. Tento tentado encontrar uma estratégia que me ajude a enfrentar a situação.	0	1	2	3

	Nunca faço isto	Tenho feito isto algumas vezes	Tenho feito isto com frequência	Tenho feito isto quase sempre
15. Tenho procurado o conforto e compreensão de alguém	0	1	2	3
16. Tenho desistido de tentar lidar com esta situação	0	1	2	3
17. Tenho tentado encontrar algo de positivo em tudo aquilo que está a acontecer	0	1	2	3
18. Tenho enfrentado a situação levando-a para a brincadeira	0	1	2	3
19. Tenho feito outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema; ver TV; ler; sonhar; dormir; ou ir às compras	0	1	2	3
20. Tenho tentado aceitar esta situação tal como está a acontecer.	0	1	2	3
21. Tenho expressado os meus sentimentos negativos.	0	1	2	3
22. Tenho tentado encontrar conforto na minha religião e crença espiritual.	0	1	2	3
23. Tenho pedido ajuda e conselhos a pessoas que me ajudem a enfrentar e ultrapassar melhor a situação.	0	1	2	3
24. Tenho tentado aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
25. Tenho pensado muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	0	1	2	3
26. Tenho-me culpado pelo que está a acontecer	0	1	2	3
27. Tenho rezado e meditado	0	1	2	3
28. Tenho enfrentado a situação com sentido de humor.	0	1	2	3

Anexo F

Outputs da Estatística Descritiva de cada escala do Brief-COPE

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
auto.distracção	Mean	,4833	,09733	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,2843	
		Upper Bound	,6824	
	5% Trimmed Mean	,4537		
	Median	,5000		
	Variance	,284		
	Std. Deviation	,53310		
	Minimum	,00		
	Maximum	1,50		
	Range	1,50		
	Interquartile Range	1,00		
	Skewness	,619	,427	
	Kurtosis	-,991	,833	
	coping.activo	Mean	1,9333	,19437
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,5358	
		Upper Bound	2,3309	
5% Trimmed Mean		1,9815		
Median		2,0000		
Variance		1,133		
Std. Deviation		1,06458		
Minimum		,00		
Maximum		3,00		
Range		3,00		
Interquartile Range		2,00		
Skewness		-,664	,427	
Kurtosis		-,832	,833	
negação		Mean	,2167	,10903

	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0063	
		Upper Bound	,4397	
	5% Trimmed Mean		,1111	
	Median		,0000	
	Variance		,357	
	Std. Deviation		,59717	
	Minimum		,00	
	Maximum		2,50	
	Range		2,50	
	Interquartile Range		,00	
	Skewness		3,096	,427
	Kurtosis		9,252	,833
uso.de.substâncias	Mean		,0333	,02316
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0140	
		Upper Bound	,0807	
	5% Trimmed Mean		,0093	
	Median		,0000	
	Variance		,016	
	Std. Deviation		,12685	
	Minimum		,00	
	Maximum		,50	
	Range		,50	
	Interquartile Range		,00	
	Skewness		3,660	,427
	Kurtosis		12,207	,833
recurso.so.suporte.emocional	Mean		1,8333	,19672
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,4310	
		Upper Bound	2,2357	
	5% Trimmed Mean		1,8704	
	Median		2,0000	
	Variance		1,161	
	Std. Deviation		1,07746	

	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		2,12	
	Skewness		-,532	,427
	Kurtosis		-1,096	,833
recurso.ao.suporte.instrumenta l	Mean		1,0667	,16034
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7387	
		Upper Bound	1,3946	
	5% Trimmed Mean		1,0185	
	Median		1,0000	
	Variance		,771	
	Std. Deviation		,87822	
	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		1,50	
	Skewness		,478	,427
	Kurtosis		-,204	,833
	desinvestimento.comportamen tal	Mean		,0833
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	-,0157	
		Upper Bound	,1824	
5% Trimmed Mean			,0370	
Median			,0000	
Variance			,070	
Std. Deviation			,26533	
Minimum			,00	
Maximum			1,00	
Range			1,00	
Interquartile Range			,00	
Skewness			3,159	,427
Kurtosis			9,017	,833

expressão.de.sentimentos	Mean		1,1667	,20105
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7555	
		Upper Bound	1,5779	
	5% Trimmed Mean		1,1296	
	Median		,7500	
	Variance		1,213	
	Std. Deviation		1,10120	
	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		2,12	
	Skewness		,520	,427
	Kurtosis		-1,250	,833
	reinterpretação.positiva	Mean		2,5500
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	2,3031	
		Upper Bound	2,7969	
5% Trimmed Mean			2,6296	
Median			3,0000	
Variance			,437	
Std. Deviation			,66111	
Minimum			,50	
Maximum			3,00	
Range			2,50	
Interquartile Range			1,00	
Skewness			-1,634	,427
Kurtosis			2,392	,833
planear		Mean		1,9500
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,6309	
		Upper Bound	2,2691	
	5% Trimmed Mean		1,9907	
	Median		2,0000	
	Variance		,730	

	Std. Deviation		,85450	
	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		-,589	,427
	Kurtosis		-,413	,833
humor	Mean		,9833	,14078
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,6954	
		Upper Bound	1,2713	
	5% Trimmed Mean		,9444	
	Median		1,0000	
	Variance		,595	
	Std. Deviation		,77106	
	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		1,12	
	Skewness		,483	,427
	Kurtosis		,015	,833
aceitação	Mean		2,5500	,11077
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,3234	
		Upper Bound	2,7766	
	5% Trimmed Mean		2,6019	
	Median		3,0000	
	Variance		,368	
	Std. Deviation		,60672	
	Minimum		1,00	
	Maximum		3,00	
	Range		2,00	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		-1,072	,427

	Kurtosis		-,027	,833
religião	Mean		1,3000	,21118
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,8681	
		Upper Bound	1,7319	
	5% Trimmed Mean		1,2778	
	Median		1,0000	
	Variance		1,338	
	Std. Deviation		1,15669	
	Minimum		,00	
	Maximum		3,00	
	Range		3,00	
	Interquartile Range		2,50	
	Skewness		,203	,427
	Kurtosis		-1,490	,833
	auto.culpabilização	Mean		,4000
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	,1897	
		Upper Bound	,6103	
5% Trimmed Mean			,3426	
Median			,0000	
Variance			,317	
Std. Deviation			,56324	
Minimum			,00	
Maximum			2,00	
Range			2,00	
Interquartile Range			1,00	
Skewness			1,197	,427
Kurtosis			,619	,833