

DM
BARR/I1

NECESSIDADES E STRESS DOS PAIS DE BEBÉS PREMATUROS HOSPITALIZADOS

Irina Diege de Sousa Barros

Dissertação orientada por Prof^ª. Dr.^ª Teresa Morais Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2008



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo: 18357

Data: 29/06/09

Tel.: 21 891 17 59 • biblioteca@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof^ª. Dr.^ª Teresa Morais Botelho,
apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para
obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da saúde conforme o
despacho da DGES, nº6037/2007 publicado em Diário da República 2^ª
série de 23 de Março, 2007

AGRADECIMENTOS

Aos verdadeiros vencedores, os prematuros;

A todos os pais que “mergulham” na experiência de ter um bebé prematuro;

Aos pais que tornaram possível a realização deste trabalho;

Aos serviços de Neonatologia onde decorreu o estudo;

À Professora Doutora Teresa Botelho pela sábia orientação;

À Professora Tânia Pinto e ao Professor Doutor João Maroco pelo imprescindível apoio estatístico;

À Enf. Mónica Costa pela colaboração;

À “minha” equipa por todas as gargalhadas partilhadas;

À Enf.^a e amiga Patrícia Nascimento, pela leitura atenta e interessada;

Aos meus pais pelo exemplo que representam;

À minha sobrinha pelas brincadeiras adiadas e... por todas aquelas que ainda hão-de vir;

Aos meus irmãos, pela cumplicidade e união;

Ao meu avô, porque a saudade nunca se apaga;

Ao Ruben ...por tudo;

A ti...que já nasceste no meu pensamento!

RESUMO

O presente trabalho representa um estudo observacional, descrito e transversal, com carácter exploratório e de natureza, preferencialmente, quantitativa com complemento qualitativo, tendo sido utilizado como instrumentos de recolha de dados um Questionário de Caracterização da Amostra, a Escala de Stress Parental na UCIN (Reina, 2005), o Inventário das Necessidades da Família na UCIN (Pedro, 2007) e 3 questões de natureza semi-aberta. Os instrumentos foram aplicados a uma amostra de 68 pais de bebés prematuros hospitalizados (34 mães e 34 pais).

Os resultados obtidos relevaram que os factores de stress identificados, tidos como os mais stressantes para os pais, foram, ordenadamente, os pertencentes às dimensões de Alterações dos Papéis Parentais, Aparência do Bebé e Sinais e Sons. Quanto às necessidades parentais, as tidas como mais importantes foram as pertencentes às dimensões de Garantia, Informação e Proximidade e as menos importantes as de Conforto e Apoio. Constatamos existir uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Aparência do Bebé e Informação e entre a dimensão Alterações dos Papéis Parentais e as dimensões de Informação, Proximidade, Garantia e Conforto. As principais categorias identificadas relativas às *dificuldades* parentais no cuidar do bebé prematuro hospitalizado são: actividades na prestação de cuidados ao bebé; aparência, tamanho e fragilidade do bebé e ambiente hospitalar. As principais categorias identificadas relativas às *preocupações* parentais no decorrer do internamento hospitalar são: estado de saúde actual do bebé, estado de saúde futuro do bebé e a qualidade da assistência ao bebé.

Palavras-Chave: Prematuridade, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Necessidades Parentais, Stress Parental.

ABSTRACT

The present work represents a study observacional, described and cross, with exploratory character and of nature, preferential, quantitative with qualitative complement, having been utilized like instruments of collecting of facts a Questionnaire of Characterization of the Sample, The Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (adapted by Reina, 2005), The Neonatal Intensive Care Unit Family Needs Inventory (translated by Pedro, 2007) and 3 questions of half-open nature. The instruments were applied to a sample of 68 parents of bebés premature hospitalized (34 mathers and 34 fathers).

The results obtained relevaram that the factors of stress identified, had as the more stressantes for the parents, were, in order, the belonging to the dimensions of Parental Role Alterations, Infant's Appearance and Sights and Sounds. As regards the parental needs, them had as more important were the belonging to the dimensions of Assurance, Information and Proximity and the less important the Comfort and Support. We establish that exists a significant and positive correlation between the dimensions of Infant's Appearance and Information and between the dimension Parental Role Alterations and the dimensions of Information, Proximity, Assurance and Comfort. The main relative categories identified to the parental *difficulties* in him take care of the infant premature hospitalized are: activities in the installment of cares to the infant; appearance, such and fragility of the infant and hospital environment. The main relative categories to the parental *worries* during the hospital admission are: current health of the bebé, future health of the bebé and quality of the aid to the bebé.

Keywords: Prematurity, Neonatal Intensive Care Unit, Parental Needs, Parental Stress.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. Enquadramento Teórico	3
1.1) Transição para a Parentalidade e o Impacto do Nascimento Prematuro	3
1.2) O Bebê Prematuro	9
1.3) As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Vivência da Hospitalização de um Filho.....	15
1.4) Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais	18
II. Método	27
2.1) Delineamento	27
2.2) Objectivos da Investigação	28
2.3) Material	28
2.3.1 Questionário de Caracterização da Amostra.....	29
2.3.2 Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Miles & Funk, 2002).....	30
2.3.3 The Neonatal Intensive Care Unit Family Needs Inventory (Ward, 2001).....	31
2.4) Procedimento.....	32
2.5) Participantes	33
III. Resultados.....	44
IV. Discussão	78
V. Conclusões	86
VI. Referências	89
Anexos	95
Anexo 1 – Questionário de Caracterização da Amostra	
Anexo 2 – Escala de Stress Parental: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Versão adaptada; Reina, 2005)	
Anexo 3 – Inventário das Necessidades da Família na UCIN (Versão traduzida; Pedro, 2007)	
Anexo 4 – Carta de Solicitação de Participação aos Pais	
Anexo 5 – Pedido Formal de Autorização às Instituições	
Anexo 6 – Classificação Nacional de Profissões (Instituto de Emprego e Formação Profissional)	
Anexo 7 – <i>Outputs</i> Estatísticos	
Anexo 8 – Categorias de Significação: o que dizem os pais!	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências e Percentagens relativas aos Participantes do Estudo.....	34
Tabela 2 – Estatística Descritiva relativa à Variável <i>Idade</i>	35
Tabela 3 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Idade do Nascimento do Primeiro Filho</i>	36
Tabela 4 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Raça</i>	36
Tabela 5 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>País de Origem</i>	37
Tabela 6 – Frequências e Percentagens relativas à variável Identificação do <i>Outro País de Origem</i>	37
Tabela 7 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Condições de Habitação</i>	39
Tabela 8 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Constituição do Agregado Familiar</i>	40
Tabela 9 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Horas Diárias Ocupadas pela Actividade Profissional</i>	42
Tabela 10 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Religião</i>	42
Tabela 11 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Praticantes e Não Praticantes</i>	43
Tabela 12 – Frequências e Percentagens relativas à Variável <i>Proximidade com a Família Alargada</i>	44
Tabela 13 – Frequências e Percentagens relativas à Variável <i>Elementos Familiares mais próximos</i>	45
Tabela 14 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Experiência Prévia de Cuidar de Outros Bebés</i>	45
Tabela 15 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Experiência Anterior de Hospitalização de um Filho</i>	46
Tabela 16 – Frequências e Percentagens Relativas à variável <i>Principais Fontes de Preparação para Cuidar do Bebê</i>	47
Tabela 17 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Desejo da Gravidez</i>	48
Tabela 18 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Ver o Bebê antes do internamento</i>	48
Tabela 19 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Primeiros Familiares a Visitar o Bebê Internado</i>	48
Tabela 20 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Frequência de Visitas ao Bebê</i>	49
Tabela 21 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Horas Diárias Junto do Bebê no Internamento</i>	49

Tabela 22 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Natureza da Gravidez</i>	50
Tabela 23 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Vigilância e Planejamento da Gravidez</i>	50
Tabela 24 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Local de Vigilância da Gravidez</i>	50
Tabela 25 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Gemelaridade</i>	51
Tabela 26 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Gravidez de Risco</i>	51
Tabela 27 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>História Obstétrica</i>	51
Tabela 28 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Número de Gestas e Paras</i>	52
Tabela 29 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Hábitos Maternos</i>	52
Tabela 30 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>História Anterior de Parto Pré-Termo</i>	52
Tabela 31 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Problemas Ginecológicos/Obstétricos durante a Gravidez</i>	53
Tabela 32 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Incidentes Traumáticos durante a Gravidez</i>	53
Tabela 33 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Medicação durante a Gravidez</i>	53
Tabela 34 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Internamentos durante a Gravidez</i>	54
Tabela 35 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Motivos do Internamento</i>	54
Tabela 36 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Idade Gestacional</i>	55
Tabela 37 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Peso do Bebê</i>	55
Tabela 38 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Sexo do Bebê</i>	56
Tabela 39 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Índice de Apgar (ao 1.º e 5.º minuto de vida)</i>	56
Tabela 40 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Diagnóstico Médico do Recém-nascido</i>	57
Tabela 41 – Frequências e Percentagens relativas à variável <i>Tratamentos e Procedimentos a que o Bebê foi Submetido</i>	57
Tabela 42 – Estatística descritiva relativa às dimensões da Escala de Stress Parental.....	60
Tabela 43 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN</i>	61
Tabela 44 – Estatística Descritiva relativa à variável <i>Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN para Mães e Pais</i>	62

Tabela 45 – Estatística descritiva relativa às dimensões da Escala de Necessidades da Família.....	64
Tabela 46 – Correlação de Bravais-Pearson entre as dimensões das Escalas de Stress e Necessidades Parentais.....	69
Tabela 47 – Categorias das <i>Dificuldades</i> identificadas pelos pais no cuidar do bebê prematuro.....	74
Tabela 48 – Categorias das <i>Preocupações</i> identificadas pelos pais durante o internamento do bebê.....	75
Tabela 49 – Categorias da Questão de Associação Livre (<i>Quando pensa na experiência de ser mãe/pai de um bebê prematuro hospitalizado o que lhe ocorre imediatamente é...</i>).....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Histograma de Frequências relativa à variável <i>Idade</i>	35
Figura 2 – Gráfico Circular relativo à variável <i>Estado Civil</i> na amostra.....	38
Figura 3 – Gráfico Circular relativo à variável <i>Rendimento do Agregado Familiar</i> na amostra.....	38
Figura 4 – Gráfico Circular relativo à variável <i>Área de Residência</i> na amostra.....	39
Figura 5 – Gráfico de Barras relativo à variável <i>Habilitações Literárias</i> em Mães e Pais.....	40
Figura 6 – Gráfico de Barras relativo à variável <i>Profissão</i> em Mães e Pais.....	41
Figura 7 – Gráfico de Barras relativo à variável <i>Preparação para Cuidar do Bebê</i> em Mães e Pais.....	46
Figura 8 – Gráfico de Barras relativo à variável <i>Tipo de Parto</i>	55
Figura 9 – Gráfico de Barras relativo à variável <i>Duração do Internamento do Bebê</i>	56
Figura 10 – Valores médios obtidos dos <i>scores</i> de stress da dimensão Alterações dos Papéis Parentais em mães vs. pais.....	66
Figura 11 – Valores médios obtidos dos <i>scores</i> de stress da dimensão Garantia em mães vs. pais.....	67
Figura 12 – Diagrama de extremos e quartis dos <i>scores</i> de Stress (1-Nada Stressante; 2-Um Pouco Stressante; 3 – Moderadamente Stressante; 4 – Muito Stressante; 5 – Extremamente Stressante) da dimensão Aparência do Bebê em mães (n=13) e pais (n=18).....	68
Figura 13 – Diagrama de extremos e quartis dos <i>scores</i> de Importância (1-Não Importante; 2-Pouco Importante; 3 – Importante; 4 – Muito Importante) da dimensão Informação (n=31) e pais (n=29).....	68
Figura 14 – Diagrama de Dispersão das variáveis Aparência do bebê e Informação.....	70
Figura 15 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Informação.....	71
Figura 16 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Proximidade.....	71
Figura 17 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Garantia.....	72
Figura 18 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Conforto.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG – Adequado para a Idade Gestacional

CAV – Cateterismo Umbilical Arterial

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure (Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas)

CNP – Classificação Nacional de Profissões

CUV – Cateterismo Umbilical Venoso

FIV – Fertilização In Vitro

GIG – Grande para a Idade Gestacional

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

M – Média

MCR – Monitorização Cardio-respiratória

NICU – Neonatal Intensive Care Unit

OMS – Organização Mundial de saúde

p - *p-value*

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

r – Pearson Correlation

SEM – Erro-padrão da Média

SK – Skewness

SU – Kurtose

TRMA – Técnica de Reprodução Medicamente Assistida

U – Mann-Whitney U

UCN – Unidade Cuidados Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VM – Ventilação Mecânica

W – Wilcoxon W

INTRODUÇÃO

A prematuridade tem sido nos últimos anos um tema bastante estudado nas mais diversas áreas. Representa um assunto actual e de extrema relevância, uma vez que, os avanços tecnológicos no campo da medicina neonatal têm possibilitado o nascimento e sobrevivência de bebés cada vez mais prematuros. Este facto fez repensar o conceito de viabilidade fetal e conduziu a um aumento significativo do número de famílias e pais que vivenciam esta experiência.

Segundo as Estatísticas Demográficas do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007) referentes a 2005, nasceram em Portugal nesse ano 109 399 nados vivos, dos quais 6,6 % (7260) foram prematuros (idade gestacional abaixo das 37 semanas). Entre 2000 e 2005, verificou-se um ligeiro aumento de percentagem de nados vivos prematuros, tendo aumentado de 5,9% em 2000 para 6,6% em 2005, registando-se o valor mais elevado em 2003 (6,9%).

A prematuridade foi responsável por 73% da mortalidade neonatal. Segundo este relatório, o número de semanas de gestação é um dos factores com maior influência na mortalidade neonatal, sendo as taxas de mortalidade neonatal e neonatal precoce (óbitos ocorridos na primeira semana de vida) mais elevadas entre os nados vivos com menos de 27 semanas de gestação (INE, 2007).

A transição para a parentalidade tem vindo a ser associada a um momento de stress, influenciado por diversos factores, tais como, a idade dos pais, a experiência prévia com crianças, a qualidade da relação conjugal, as características da personalidade dos pais, o suporte social, entre outros. No entanto, este período acarreta ainda maiores desafios quando estamos perante um nascimento inesperadamente prematuro. Existe na literatura um consenso geral de que os pais de bebés prematuros experienciam ansiedade e stress, grandemente relacionados com a hospitalização do bebé no ambiente sofisticado e intimidatório das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Um dos principais objectivos dos cuidados de Enfermagem holísticos prestados à tríade, deve ter em conta o reconhecimento das necessidades destes pais. O reconhecimento inadequado destas necessidades pode conduzir a família a vivenciar elevados níveis de stress, medo, ansiedade e o sentimento de não ser compreendido. Desta forma, o desconhecimento das necessidades parentais pode precipitar situações de stress e ansiedade. Consideramos que se torna fundamental e pertinente que se desenvolvam estudos que tenham em conta estas questões, o que justifica a escolha do tema para a nossa tese de Mestrado.

A presente investigação é o resultado de um caminho que nos trouxe do interesse profissional e pessoal à investigação científica com expectativas para o nosso desenvolvimento na prática profissional. Sentimos necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre este tema e aprofundar outros, assim como, desenvolver novas competências/aptidões. Ele representa um percurso, simultaneamente, exigente e gratificante.

Assim, o decorrer do desempenho profissional, enquanto enfermeira, junto de bebés prematuros numa Unidade de Neonatologia, ampliado pela formação em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, confere a esta investigação uma perspectiva essencialmente clínica.

Para dar resposta aos objectivos e questões de investigação, procedeu-se ao desenvolvimento do trabalho em 4 partes distintas, que passamos a enumerar.

Numa primeira parte desenvolvemos o enquadramento teórico e centrámo-nos na definição das principais variáveis do estudo dentro do tema da prematuridade – necessidades e stress parentais. Abordamos ainda, sucintamente, o processo de transição para a parentalidade não normativa e a vivência da hospitalização de um filho prematuro, onde nos iremos focar na realidade das Unidades de Cuidados Neonatais.

A segunda parte consta da apresentação e fundamentação do estudo empírico realizado, definindo-se os seus objectivos e questões de investigação, a metodologia utilizada e a descrição dos instrumentos de recolha de dados. Realiza-se também a caracterização da amostra seleccionada como objecto de estudo.

Na terceira parte apresentamos a análise, interpretação e discussão dos resultados. Na quarta e última parte do trabalho, são referidas as principais conclusões do estudo, assim como as suas limitações. São ainda propostas sugestões para posteriores trabalhos de investigação.

Consideramos extremamente importante que a nossa actuação junto dos pais dos recém-nascidos prematuros seja direccionada, cada vez mais, com o objectivo de se promover medidas que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. A presente investigação é mais um contributo para o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido, e pretendemos desta forma motivar para a realização de futuros trabalhos nesta área.

I. Enquadramento Teórico

1.1) Transição para a Parentalidade e o Impacto do Nascimento Prematuro

Gravidez e nascimento são melhor entendidos como processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, que accionam outro processo, irreversível e susceptível de modificar a identidade, papéis e funções dos progenitores da família – a parentalidade (Canavarro, 2005, 2006). Desta forma, a maternidade/paternidade constituem um projecto de vida, sujeito a mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental.

De um ponto de vista desenvolvimental o nascimento de um filho marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar ou, no caso de não ser o primeiro, envolve a complexificação do sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas. Assim, segundo esta perspectiva a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento e caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2005, 2006).

Resultados de cinco estudos revelaram que uma boa adaptação psicológica da mãe e do pai antes do nascimento do bebé prediz uma boa parentalidade durante o primeiro e o segundo ano de vida da criança (Cowan & Cowan, 1992; Belsky & Rovine, 1990, cit. Vaz & Machado, 2004), isto é, a forma como os pais percebem, organizam e compreendem o seu papel parental durante a gravidez, afecta de modo directo, a natureza da futura relação pais-filhos. Assim, a transição para a parentalidade pode ser tida com uma fase em que se dá continuidade à resolução de algumas tarefas iniciadas durante a gestação e se inicia a construção da relação com o bebé, agora enquanto pessoa separada. Neste sentido, Canavarro (2005, 2006) identifica as seguintes tarefas desenvolvimentais da gravidez e do puerpério:

1) *Aceitar a gravidez* (é caracterizada por uma ambivalência afectiva, a vários níveis: quanto ao desejo de ser mãe ou não, quanto à viabilidade da própria gravidez, quanto à aceitação do feto e ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade);

2) *Aceitar a realidade do feto* (começa-se a construir uma representação do bebé, processo este que pode ser activado ou acelerado sobretudo através da sensação real da presença do bebé dentro de si, pela percepção dos movimentos fetais, mas igualmente pelo confronto com os registos ecográficos);

3) *Reavaliar e reestruturar a relação com os pais* (ocorre uma reavaliação da relação, passada e actual, com os seus próprios pais; a mãe funciona como principal modelo de comportamento materno para a mulher, assim como, o modelo mais pormenorizado de família que possuímos é o que é representado pela família onde crescemos);

4) *Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro* (nesta tarefa está implícita a necessidade de o casal se preparar para integrar um novo elemento na sua relação. O “companheiro romântico” passa também ao estatuto de “pai do meu filho”; a chegada de novos papéis e funções, implica a sua integração num todo pré-existente, com a consequente reestruturação dos mais antigos. O casal terá que reajustar a sua relação, no plano afectivo, da rotina diária e de relacionamento sexual);

5) *Aceitar o bebé como pessoa separada* (é considerada como o período de separação, que se concretiza com o parto; dá-se o confronto com o bebé real, que pode não corresponder às expectativas dos pais);

6) *Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade* (implica a redefinição de valores, prioridades e objectivos e a acomodação de papéis e tarefas de forma a adaptar-se a este novo estadio, integrando a sua identidade prévia; consiste em integrar a identidade materna) e, por último e no caso de já ter filhos;

6) *Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)*

Neste sentido, a transição para a parentalidade implica um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais para a mulher e para o homem, particularmente no que se refere aos relacionamentos significativos a nível individual, do casal e da família. Impõe, por um lado, a nível individual, a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interacção observados com e entre os pais, e, por outro lado, ao nível do casal, a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para a tarefa conjunta de cuidar do bebé (Magarinho, Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006).

Será a integração qualitativa das novas tarefas adquiridas que vai permitir a promoção de novas competências que determinarão que estejam disponíveis recursos adaptativos para lidar com as futuras exigências do novo papel parental, permitindo o estabelecimento posterior de uma boa vinculação (Vaz & Machado, 2004). Assim, a transição normativa para esta nova etapa implica a concretização de várias tarefas desenvolvimentais associadas a este período. Se as tarefas deste período forem desempenhadas eficazmente, ocorrerá um crescimento desenvolvimental e uma passagem significativa para um novo ciclo de vida.

Após o que foi referido, a adaptação à parentalidade acaba “por traduzir a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade para cuidar e educar uma

criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal” (Canavarro, 2006, p. 45).

O nascimento de um filho é um acontecimento importante – um marco em todo o processo de desenvolvimento familiar. De facto, ele pode constituir uma alteração fundamental na estrutura interaccional existente numa família, dando início a uma nova fase de transição do ciclo vital desta (Relvas, 1996a, 1996b). Assim, a experiência de ter um filho inaugura um momento importantíssimo no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar. Brazelton (1983, cit. Sá & Biscaia, 2004) considera mesmo que este acontecimento assinala o nascimento da família. A parentalidade constitui, dessa forma, como nos diz Zigler (1995, cit. Cruz, 2005, p. 14) “a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta”.

A maioria da literatura e investigação nesta área sugere que o período inicial da transição para a parentalidade é um período de elevado *stress*, tanto para a mãe como para o pai. Esta é tida, como uma etapa desenvolvimental em que os pais experienciam um maior *stress* e uma maior vulnerabilidade psicológica durante o seu percurso conjugal (Vaz & Machado, 2004). Contudo, actualmente alguns autores descrevem a transição para a parentalidade como um estágio numa “evolução normativa” ao longo do ciclo de vida, defendendo que a denominação de “crise” exagera o aspecto negativo de um acontecimento normativo da vida adulta (Miller & Sollie, 1997, cit. Canavarro, 2006).

Ao longo da vida adulta somos regularmente confrontados com um conjunto de mudanças que se revelam transições essenciais no nosso percurso de vida. Entre todas essas transições, uma delas destaca-se de entre as demais: o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. São muitas as razões que tornam esta transição tão significativa. Por um lado, constitui a resposta a uma prescrição da nossa espécie relacionada com a preservação, a sobrevivência e a reprodução. Por outro lado, responde a uma expectativa social relacionada com os papéis da idade adulta e faz parte habitualmente dos projectos de vida partilhados pelos casais. A maternidade e a paternidade cumprem também uma função estritamente individual, ao permitirem um sentido de continuidade e ao proporcionarem experiências de enorme significado pessoal (Cruz, 2005). Um filho possibilita um prolongamento e perpetuação da família ou como nos diz Canavarro (2006, p.17) “ser pai e mãe é ser agente de continuidade”.

Para Goldberg (1988, cit. Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2005) o termo transição para a parentalidade refere-se ao período relativamente breve de tempo que medeia entre o início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento de uma criança. Ainda que,

biologicamente, a transição se inicie com a concepção, do ponto de vista psicológico e sociológico não é necessariamente assim. Mesmo antes da concepção pode registrar-se toda uma série de acontecimentos e expectativas que a precedem, como sejam decisões acerca do *se e quando* ter uma criança, e que influenciam a experiência desta transição.

Por outras palavras, pode-se dizer que a parentalidade é o processo de formação da maternidade e paternidade, em que ambos – homem e mulher – durante o período gestacional, trabalham internamente questões fundamentais no vir a tornar-se pai e mãe. A este respeito e nas palavras de Bayle (2005, p. 323) “existir na cabeça dos pais e no corpo da mãe é estar antes de nascer, é tecer as malhas da vinculação intra-uterina”. Ou, segundo Sá e Biscaia (2004, p. 20) um bebé “nasce quando nasce na imaginação dos pais”. De facto, já antes do nascimento e da sua entrada efectiva para o sistema familiar, o bebé irá construindo o seu espaço através do imaginário e das fantasias dos pais. Desta forma, o início da relação parental situa-se mesmo antes do parto, através da organização prospectiva da maternidade e da paternidade. Definindo uma nova vida, o casal, desde logo, estabelece um sistema de cuidados, direccionado para o novo elemento da família (Relvas & Alarcão, 2002).

Relvas (1996a, 1996b) refere-se à parentalidade, como um movimento na família, a que está implícito um sentido de mudança, responsável pela reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais e de uma nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade. A díade alarga-se a uma tríade, processo que é acompanhado por uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias. Por outras palavras, assiste-se com o nascimento de uma criança a grandes e importantes ajustamentos no seio familiar. A autora acrescenta, a este respeito, que o aparecimento dos filhos é um dos grandes marcadores da dinâmica familiar.

De facto e, corroborando Bayle (2006, p. 39) “depois de uma gravidez a família já não é a mesma”, na medida em que o nascimento de uma criança vai obrigar cada um a posicionar-se diferentemente na família, quer em relação ao bebé quer em relação aos filhos que são agora pais. Assim, o modo de comunicação modifica-se e passa a ser de adulto para adulto. Cruz (2005, p. 13) define parentalidade com um conceito que diz respeito “ao conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”.

A tradução da parentalidade em termos estruturais implica o aparecimento de um novo subsistema: o parental. Este novo subsistema tem como funções básicas o apoio ao crescimento e desenvolvimento das crianças com vista à sua socialização e

autonomia/individualização. Este subsistema tem que ir encontrando respostas diferenciadas para as diferentes necessidades da família e de cada um dos seus membros (Relvas, 1996a). O par conjugal, agora também par parental, tem que estabelecer limites claros entre as novas funções e as previamente definidas como associadas à conjugalidade. Casal, pais e filhos constituirão três níveis bem identificados na estrutura familiar – respectivamente o subsistema conjugal, o subsistema parental e o subsistema fraternal. Neste sentido, a gravidez e a maternidade assinalam no processo evolutivo familiar uma crise normativa: a transição da conjugalidade para a parentalidade.

De facto, não nascemos pais, tornamo-nos pais. Por outras palavras e citando Relvas e Lourenço (2006, p. 113). “ Os casais fazem os bebés e os bebés fazem os pais”. A parentalidade “fabrica-se” com ingredientes complexos. Alguns deles são colectivos, pertencem à sociedade como um todo, mudam com o tempo, são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal, à própria história familiar do pai e da mãe.

E depois, há toda uma outra série de factores que pertencem à própria criança, ela que transforma os seus progenitores em pais. Alguns bebés são mais dotados do que outros, alguns nascem em condições que facilitam essa tarefa, outros, pela sua condição de nascimento (prematuridade, sofrimento neonatal, handicap físico ou psíquico...) têm de vencer vários obstáculos e desenvolver estratégias múltiplas e, muitas vezes difíceis, para entrar em relação com o adulto. O bebé, como sabemos desde os trabalhos de Cramer, Lebovici, Stern e vários outros autores, é um parceiro activo na interacção pais-crianças, e por isso mesmo, um parceiro na construção da parentalidade. Ele contribui para a emergência do maternal e do paternal nos adultos que o rodeiam, o cuidam, o alimentam, e lhe proporcionam prazer, numa troca de actos e de afectos que caracteriza os primeiros momentos da vida da criança.

Como já foi referido, o nascimento de uma criança representa na maior parte das vezes um momento de elevado stress para o sistema familiar; quando a criança nasce prematuramente e/ou doente este stress é ainda vivido com maior intensidade (Redshaw et al., 1985; Miles et al., 1991; Thompson et al., 1993, cit. Padden & Glenn, 1997). Neste sentido, a gravidez e o nascimento constituem momentos únicos no ciclo de vida dos casais e o nascimento de uma criança saudável representa um enorme alívio para os pais (Harris, 2005). Sentimentos de perda, culpa e sensação de ter falhado podem surgir nas mulheres que deram à luz um bebé prematuramente ou gravemente doente (McFadyen, 1994, cit. Harris, 2005).

Feldman et al. (2003, cit. Phillips & Tooley, 2005) referem o relato de mães que tiveram um parto prematuro e que verbalizaram um sentimento de perda da vinculação com o bebé que ainda deveria estar no seu útero. O parto prematuro pode ainda produzir nos pais sentimentos de baixa auto-estima e sentimento de ter falhado quanto às suas capacidades reprodutivas (Swaney et al., 2002, cit. Phillips e Tooley, 2005; Botelho, 2006).

Durante a gravidez, os pais passam algum tempo a imaginar como será o seu bebé e como será a experiência da parentalidade. O tempo de gestação assume-se como o espaço por excelência para reflectir e preparar a parentalidade, embora apenas com o nascimento do bebé real, se dê início ao ajustamento do sub-sistema conjugal exigido pela nova realidade. À medida que se aproxima o nascimento, pais e mães tornam-se frequentemente ansiosos e questionam-se sobre as suas capacidades de cuidar de um bebé (Lau, 2001). Neste sentido, quando este “tempo” é interrompido por um nascimento prematuro, esta adaptação pode ser mais complexa. Desta forma, o nascimento do bebé no segundo trimestre da gravidez resulta numa perda de oportunidades para a preparação psicológica do casal para a parentalidade. Kreisler e Soulé (1995, cit. Botelho, 2006) utilizam o termo “gravidez amputada” para se referirem a este acontecimento.

Neste sentido, o processo de desenvolvimento psicológico que ocorre normalmente durante a gravidez é interrompido, e aspectos concretos como o perder aulas de preparação para a parentalidade, ou não terem ainda comprado todos os acessórios necessários à chegada do bebé, podem assolar os pais. Ocorre uma violação das expectativas destes, em relação ao parto e ao nascimento de uma criança de termo saudável, despoletando sentimentos de culpa, desapontamento e perda, bem como preocupação com a saúde da criança e com o seu futuro. Os pais têm ainda que enfrentar um internamento de duração desconhecida, o facto de que não vão ser os únicos responsáveis pelos cuidados ao bebé e a possibilidade do bebé ter complicações físicas ou de desenvolvimento, que obriguem à necessidade de cuidados específicos (Goldberg & DiVitto, 1995).

Uma situação de prematuridade implica um nascimento inesperado que condiciona momentos de stress, caracterizados por aflição, tristeza, angústias e ansiedades antecipatórias face ao medo de perder o bebé (Goldberg & DiVitto, 1995). Trata-se de um nascimento “sem festa”, sem alegria, e vivido com alguma frustração, confirmando fantasias irrealistas e até culpabilidades, uma vez que todas as expectativas criadas durante a gravidez são invadidas por sentimentos de desapontamento e perda. Apresenta-se assim como uma fase crítica para os pais, marcada por reacções emocionais intensas, caracterizadas por grande confusão e perturbação, stress e uma sensação de ineficácia perante o evento (Barros & Brandão, 2002).

Inicia-se logo após o nascimento, a importante tarefa de aceitação do bebê que nasceu – o real – que poderá ser em tudo (aspecto físico, sexo, choro, temperamento, etc.) diferente do bebê imaginado. Neste sentido, habitualmente, os pais de bebês prematuros atravessam um período de perda – a perda do seu bebê ideal. Apresentam numa fase inicial choque e desamparo, seguidos pelos sentimentos de terem falhado, pânico, ansiedade e desamparo. Os pais podem experienciar sentimentos de culpa pelo parto prematuro, ou pensarem que eles foram os responsáveis pelo desfecho da gravidez (Siegel et al., 1993; Vergara, 1993; Callahan et al., 1983, cit. Lau, 2001; Jackson, Ternstedt & Schollin, 2003). Lau (2001) refere que muitas vezes, os sentimentos de raiva e revolta podem ser direccionados não só a eles próprios, como à criança, aos profissionais de saúde, ao seu Deus e aos outros pais. Para além de se culpabilizarem pelo parto prematuro, eles podem sentir culpa pela sua incapacidade de providenciar cuidados imediatos à criança (Whettsell & Larrabee, 1988, cit. Lau, 2001). Este processo de adaptação ao nascimento prematuro inclui uma fase de resignação e de preparação para a possibilidade da criança morrer (Lau, 2001).

Barros e Brandão (2002) referem que o nascimento de risco representa uma crise para os pais, normalmente associada a reacções emocionais intensas, confusão e perturbação, necessariamente relacionada com as significações destes pais sobre os perigos que os ameaçam e ao seu bebê, e sobre as suas próprias competências para confrontar esta situação. Estas significações determinam, em grande parte, os recursos que utilizam para confrontar esta crise, e a adaptação geral da família.

1.2) O Bebê Prematuro

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) baseia-se em vários critérios para a classificação da prematuridade, considerando o recém-nascido prematuro como aquele que nasce até às 37 semanas de gestação, tendo em conta que uma gravidez normal varia entre as 37 semanas completas e as 42 semanas incompletas de gravidez. No entanto, é possível distinguir-se diferentes graus de prematuridade, tendo como critérios de classificação o peso do recém-nascido e o tempo de gestação, sendo que quanto maior o grau de prematuridade, maiores serão os riscos de mortalidade e morbidade destes bebês.

Nowicki (1994, cit. Barros, 2006a) definiu três subgrupos de prematuros: os de baixo peso (bebês que pesam entre 1.500 e 2.200 gramas e nascem entre as 32 e 36 semanas de gestação), de muito baixo peso (bebês que pesam entre 800 e 1.500 gramas e nascem entre as 26 e as 32

semanas de gestação), e de peso extremamente baixo (bebés que nascem com menos de 800 gramas e até às 26 semanas de gestação). O autor acrescenta que apesar de as taxas de mortalidade e morbidade serem inversamente relacionadas com a idade e peso à nascença, e com a extensão dos cuidados necessários, é importante realçar que a relação entre a sobrevivência ou a qualidade do desenvolvimento futuro, e o peso ou idade gestacional nunca é absoluta ou directa.

Bataglia e Lubchenco (1967, cit. Lau, 2001) estabeleceram critérios que marcam a separação entre bebés prematuros e bebés de termo. Do trabalho que realizaram emergiram 6 categorias: 3 de acordo com o crescimento intra-uterino (PIG - pequeno para a idade gestacional; AIG - adequado para a idade gestacional e GIG - grande para a idade gestacional) e 3 relacionados com a idade gestacional (pré-termo, termo e pós-termo).

Após o nascimento da criança existem essencialmente 3 métodos utilizados para determinar com maior precisão a idade gestacional. Eles são: a avaliação das características físicas externas do recém-nascido, a avaliação da maturidade neuro-muscular do recém-nascido e a aplicação de um score que combina a avaliação das características físicas e da maturidade neuro-muscular do recém-nascido (Sweet, 1986, cit. Lau, 2001). O score desenvolvido por Ballard e colaboradores em 1979 é actualmente dos mais utilizados nas Unidades de Cuidados Neonatais (UCN).

Segundo Vidigal (2001) a prematuridade refere-se a uma situação em que o bebé recém-nascido necessita da prestação de cuidados intensivos especializados, frequentemente devido a uma imaturidade fisiológica apresentada, sendo que a sobrevivência destas crianças depende, para além da sua idade gestacional e do seu peso à nascença, das condições e implicações que possam surgir durante o internamento, estando este condicionado a inúmeros factores que atentam contra a viabilidade do recém-nascido. Barros (2006a) alerta para a existência de uma multiplicidade de causas associadas ao nascimento de um bebé prematuro ou doente, e considera que o nascimento de risco é uma condição que concretiza e agrega em si mesmo variados riscos – médicos, genéticos, económicos, sociais e educacionais.

A etiologia do trabalho de parto prematuro é multifacetada, no entanto, é possível classificá-la em 4 grandes grupos: 1) Complicações médicas durante a gravidez (inclui situações de mulheres com incompetência cervico-ístmica, placenta prévia, gravidezes múltiplas, doença materna como a hipertensão arterial, diabetes, problemas cardíacos e renais); 2) Factores sócio-demográficos (mulheres com baixo estrato sócio-cultural, deficiente nutrição materna, má vigilância pré-natal (acesso limitado aos cuidados de saúde) e gravidezes em idades jovens); 3) Factores Iatrogénicos (nomeadamente os hábitos tabágicos

maternos) e 4) Causas Desconhecidas (Lipshitz et al., 1993; Freda et al., 1991, cit. Lau, 2001). A autora acrescenta ainda que mulheres com história anterior de parto prematuro espontâneo têm um risco acrescido de 37% de terem um segundo parto prematuro, e as mulheres com história de um ou mais partos prematuros têm um risco de 70 % de virem a ter mais partos prematuros.

Wyly (1995, cit. Barros e Brandão, 2002) refere as gravidezes repetidas com intervalos muito curtos, mães com profissões fisicamente mais exigentes, níveis de stress familiar mais elevado e abuso de substâncias tóxicas. Mulheres de raça negra, técnicas de reprodução medicamente assistidas, idade materna superior a 35 anos, tentativa de interrupção voluntária da gravidez, acontecimentos de vida importantes/traumáticos no último trimestre da gravidez, são também factores etiopatogénicos identificados da prematuridade (Cloherty, 1985; Boer, Smit & Van Huís, 1994; Kreisler & Soulé, 1985; Newton & Hunt, 1984; Rosenblat, 1997, cit. Botelho, 2006). Neste sentido, Barros e Brandão (2002) referem que se trata de uma situação que concretiza e agrega em si mesmo uma multiplicidade de determinantes médicos, genéticos, económicos, sociais e educacionais.

O desenvolvimento tecnológico no campo da medicina neonatal e a melhoria na preparação dos técnicos que trabalham nesta área são segundo Aucott, Donohue, Atkins & Allen (2002) e Davis, Mohay & Edwards (2003), os principais responsáveis pela sobrevivência de bebés cada vez mais prematuros. Lau (2001) considera os seguintes avanços tecnológicos como os principais responsáveis pelo decréscimo da mortalidade neonatal: melhoria dos cuidados obstétricos, melhoria a nível dos exames imagiológicos, nomeadamente a ecografia; a administração pré-natal de tratamento com corticoesteróides (promovendo a maturação pulmonar do recém-nascido), importantes avanços no campo terapêutico, no que concerne à administração de surfactante e da implementação de diferentes modalidades ventilatórias.

O conceito de viabilidade fetal foi descrito por Redman e Gonik (2002, Phillips & Tooley, 2005) como tendo início a partir das vinte e quatro semanas de gestação, com pesos à nascença de aproximadamente 750 gramas. Neste sentido, as fronteiras da viabilidade fetal são cada vez mais precoces, o que leva a que um maior número de bebés necessitem de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde recebem cuidados altamente especializados e tecnicistas, que visam combater a sua imaturidade (DiVitto & Golderg, 1995).

Passamos de seguida a abordar os aspectos relacionados com a aparência física, as competências e a imaturidade do recém-nascido prematuro.

Com o nascimento prematuro, as tarefas psicológicas a empreender são muitas vezes interrompidas, forçando os pais a confrontarem-se com um acontecimento para o qual não estavam ainda preparados, com a agravante do bebé real não corresponder de todo, ao bebé que tinham vindo a fantasiar. A interacção pais-bebé fica inevitavelmente comprometida, uma vez que, o recém-nascido necessita de cuidados especiais imediatos que o distanciam fisicamente dos seus progenitores. Os estímulos e respostas mútuas da tríade são adiadas para um momento incerto, definido pelo estado e/ou evolução clínica do bebé. A este propósito, e parafraseando Barros (2006b), “ (...) o bebé que no parto normal funciona como um elemento fundamental na estimulação das atitudes interactivas e reforçador dos comportamentos e emoções de vinculação, apresenta-se aqui como um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente” (p. 305).

O recém-nascido prematuro não apresenta a configuração conceptual de uma criança de termo. Quanto mais prematura for a criança, maior será a distância que a separa em termos de aparência e comportamento do padrão do bebé de termo, dificultando o desenvolvimento do processo de vinculação. A criança que era imaginada como saudável, transforma-se numa fonte de preocupação. Se face ao nascimento de um recém-nascido de termo saudável, os pais já têm de se adaptar ao seu bebé real, muitas vezes diferente daquele que construíram imaginariamente ao longo da gravidez; face ao bebé prematuro esta adaptação torna-se ainda mais flagrante. É fundamental que os pais façam o luto do bebé imaginário para que possam adaptarem-se à realidade do prematuro e iniciar o processo de vinculação.

Quando um bebé prematuro nasce, este apresenta uma imaturidade a vários níveis o que compromete o seu potencial relacional, verificando-se atrasos motores, défices iniciais no comportamento social, na diferenciação e manutenção dos estados de sono e alerta, manutenção da atenção visual e outras competências, que comprometem a sua contribuição para a organização da interacção. Na generalidade, os bebés prematuros obtêm índices inferiores relativamente aos bebés de termo em três dimensões: a nível dos processos interactivos, em que o bebé transmite uma menor satisfação na relação com a mãe através do choro, sorriso, vocalização e contacto ocular; nos processos motores, no que diz respeito aos reflexos e ao tónus corporal; e nos processos de organização das respostas fisiológicas face aos factores de stress como o suor ou o corar, estes bebés obtêm resultados semelhantes aos dos bebés de termo (Barros, 2006b).

O bebé prematuro faz parte de um grupo de crianças muito pequenas, que revelam uma imaturidade fisiológica e um aspecto frágil, sendo bebés pouco responsivos e hipoactivos, mostrando-se assim pouco gratificantes para os pais (Barros, 2006a, 2006b). A este propósito,

também no trabalho desenvolvido por Klaus e Kennel (1979, cit. Anderson, Chiu, Dombrowski, Swinth, Albert & Wada, 2003), verificou-se que mães de bebês prematuros tocaram e falaram menos com os seus filhos e pegaram-lhes de uma forma mais distante durante o aleitamento comparadas com mães de bebês de termo.

Frodi e Lamb (1978, cit. Barros, 2006b) referem-se ainda ao choro mais aversivo do bebê prematuro, que parece provocar nos pais uma reacção fisiológica característica dum estado de alerta emocional negativo. Botelho (2006) corrobora e acrescenta que a consolação destes bebês é um processo exigente para os pais. Estes bebês têm ainda mais dificuldade em fixar o olhar, tornando mais difícil e mais esporádico o contacto visual, vocalizam e sorriem menos, demonstrando uma tonalidade afectiva menos positiva (Barros, 2006b).

A imaturidade do sistema nervoso central gera um comportamento mais desorganizado, imprevisível, instável, com ausência ou presença subtil de sinais que indicam que precisa de algum cuidado, por exemplo, podem não chorar quando têm fome, ingerir os alimentos lentamente, apresentar agitação motora durante os cuidados, regurgitar frequentemente, entre outros (Barros, 2006a).

A aparência física dos recém-nascidos prematuros é descritos por Smallwood (1997) da seguinte forma: pele mais vermelha e “engelhada” devido à falta de gordura, sendo que a sua cabeça tem um formato mais longo e estreito; cobertos de um cabelo plumoso macio; braços e pernas em extensão (contrariamente aos bebês de termo), com movimentos irregulares e com pouco controlo dos membros, devido à imaturidade ao nível do sistema nervoso central. A falta de gordura sob a sua pele faz com que a criança se torne fria muito facilmente, correndo o risco de entrar em hipotermia, pelo que esta é uma das principais razões pelas quais estes bebês são confiados a uma UCIN, que lhe fornece um ambiente aquecido e controlado (Smallwood, 1997).

As características do bebê prematuro foram também descritas por Schreiner e O’Brien e colaboradores (1988, 1995, cit. Lau, 2001). Segundo estes autores, o bebê prematuro pode parecer engraçado (“funny”) aos olhos dos pais, dadas as diferenças entre o seu peso e tamanho. A cabeça do prematuro parece grande e o corpo emagrecido, o comprimento do tronco em comparação com os membros está ligeiramente aumentado, comparativamente a um bebê de termo. A pele do bebê parece brilhantada e translúcida, dado à escassez de gordura existente, o que lhe confere um aspecto enrugado e pouco atractivo. A maioria dos prematuros antes das 32 semanas de gestação, têm pouca tonicidade muscular e os seus membros inferiores são flexíveis e estão em extensão. Esta hipotonia combinada com a imaturidade do sistema nervoso central, confere-lhes pouco controlo sobre os seus

movimentos. São bebês que se assustam com facilidade e como reflexo apresentam tremores dos membros. Os pais destes bebês ficam frequentemente assustados quando presenciam estas situações. Face ao que foi descrito, torna-se compreensível que a aparência e o comportamento do bebê prematuro contribuam para a percepção parental de perda de uma criança de termo saudável.

Goldberg & DiVitto (1979, cit. DiVitto & Goldberg, 1995) acrescentam, que os bebês prematuros são menos atentos e responsivos que os bebês de termo. A título de exemplo, os recém-nascidos de termo habitualmente esboçam um sorriso social com 6 a 8 semanas de vida, enquanto que os prematuros só adquirem essa capacidade mais tardiamente, ao segundo mês após terem uma idade corrigida de termo (Anisfeld, 1982, cit. Goldberg & DiVitto, 1995). Por todos os motivos já referidos, os autores referem que ser mãe/pai de um prematuro é uma tarefa que implica “more work and less fun” (p. 219).

Por tudo o que foi referido, torna-se compreensível que a interação pais-bebê seja mais complicada. São bebês descritos como irritáveis, inquietos e temperamentalmente mais difíceis (Field, 1979; Friedman, Jacobs & Werthmann, 1982; Brachfeld, Goldberg & Sloman, 1980; Crawford, 1982; Steifel, Plunkett & Meisels, 1987, cit. Goldberg & DiVitto, 1995).

Segundo Heermann, Wilson & Wilhelm (2005), enquanto que para as mães de bebês de termo, a interação entre ambos é iniciado logo no primeiro contacto, com os bebês prematuros isso não acontece pois eles são incapazes de manter essa interação. A mãe pode estar preparada para essa interação e o seu bebê prematuro não corresponder, dada a sua imaturidade desenvolvimental. A título de exemplo, Botelho (1999) refere-se às tentativas persistentes das mães para manterem contacto visual com os bebês, mesmo quando estes ainda se encontram nas incubadoras, ao que se designa de erro de contingência. Estas tentativas correspondem a uma necessidade de se certificarem de que o bebê está mesmo ali e sentirem que lhes pertence, apesar da separação e dos problemas existentes. Brachfield et al. (1980, cit. Phillips & Tooley, 2005) referem também a existência de um estilo de interação intrusivo nas mães de bebês prematuros, que se reflecte, por exemplo, na necessidade de pegarem o bebê ao colo mesmo que este precise dormir, apenas para satisfazerem as suas próprias necessidades. Neste sentido, os pais parecem assumir o seu papel parental antes de o seu bebê estar pronto para tal.

Sendo o recém-nascido prematuro um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente, ele irá desencadear nos pais emoções complexas de medo, ansiedade, raiva, culpabilidade, sendo que alguns pais sentem mesmo uma incapacidade de olhar para aquele

ser que lhes parece tão estranho, vulnerável e rodeado de inúmeros aparelhos e instrumentos aparentemente assustadores (Barros, 2006b).

Como já foi referido a imaturidade do recém-nascido prematuro faz com que tolere pouca estimulação e conseqüentemente apresentam a capacidade para estabelecer contacto francamente reduzida, o que pode representar um factor ameaçador do processo de vinculação. Seabra-Santos (2006) acrescenta a este respeito que quando a mãe não reconhece o seu filho como um ser apto para interagir com ela, não o estimulará nesse sentido, o que vai diminuir as oportunidades desse bebé demonstrar as suas capacidades, contribuindo para reforçar as crenças de incompetência que a sua mãe tem em relação a ele.

Por outro lado, alguns autores referem também que o estereótipo social dominante da prematuridade faz com que surjam algumas alterações na percepção dos pais face ao recém-nascido, sendo este visto com olhos maiores, uma cabeça mais redonda, uma menor capacidade de atenção e menor resistência à doença, mais pequeno, passivo e lento, com maiores dificuldades na prestação de cuidados básicos (Smallwood, 1997). Neste sentido, torna-se importante uma intervenção precoce junto destes pais, sensibilizando-os para as capacidades desenvolvimentais e interactivas dos seus filhos, tornando-os mais atentos e estimulantes o que, poderá melhorar a qualidade das interacções futuras entre os progenitores e o bebé. Barros (2006b) refere que a consequência mais negativa destas crenças inadequadas é a persistência dos seus efeitos negativos nas atitudes dos pais a médio prazo, mesmo quando os problemas específicos da criança já foram corrigidos ou ultrapassados.

1.3) As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Vivência da Hospitalização de um Filho

O ambiente altamente tecnológico das UCIN's, concebido com o objectivo de garantir as funções básicas de vida e a sobrevivência destes bebés, pode tornar-se intimidatório, assustador e uma fonte de enorme ansiedade para os seus pais. A existência desta avançada tecnologia, de modernos equipamentos e de equipas treinadas e especializadas, fá-los sentir desintegrados, isolados e com o sentimento de serem pouco importantes para o bebé (Goldberg & DiVitto, 1995). Relativamente a este último ponto, Harrison (1993, cit. Phillips & Tooley, 2005) refere que algumas mães verbalizaram que o seu único objectivo, numa fase inicial do internamento, era extrair leite, pois acreditavam que era a única coisa que podiam fazer pelo seu bebé num ambiente tão tecnológico. Barros (2006a, 2006b) refere-se às UCIN's como serviços altamente especializados, onde trabalha uma equipa de profissionais de saúde diversificada, apoiados pela mais recente e avançada tecnologia e medicação.

Ward (2001) corrobora e acrescenta que as unidades neonatais são frequentemente locais envolvidos em sons e alarmes provenientes de inúmeros aparelhos e monitores, onde se executam procedimentos tecnicistas e invasivos e onde existe um grande número de profissionais de saúde, em constante rotação. Este ambiente, altamente stressante, torna-se para eles, limitador de oportunidades no estabelecimento de interacções normais com o seu bebé, que já por si é um bebé comportamentalmente mais difícil de se lidar.

Uma vez que os prematuros não estão tão bem adaptados à vida extra-uterina e possuem menos competências que os recém-nascidos de termo, tornam-se mais vulneráveis a falhas nos sistemas básicos de manutenção, a infecções e a problemas iatrogénicos (DiVitto & Golderg, 1995). São vários os problemas médicos relacionados com a prematuridade.

Lau (2001) identifica a hipotermia, os problemas do foro respiratório (nomeadamente a doença da membrana hialina e a apneia da prematuridade), hipoglicémias, hiperbilirrubinémia e as alterações no equilíbrio hidroelectrolítico. Estas situações justificam o facto de os prematuros representarem a maioria da população destes serviços. Desta forma, esta experiência de hospitalização implica, nas palavras de Barros (2006, p. 235-236), “um começo de vida diferente num ambiente artificial e difícil ...” para todos os parceiros envolvidos – bebés, pais e família.

O impacto do ambiente da UCIN nas mães e nos pais tem vindo a ser bem documentado. As descobertas geralmente comprovam que as mães, que não têm a oportunidade de verem e tocarem no seu bebé antes de este ser afastado para receber os cuidados médicos de que necessita, sentem stress relativamente à separação do recém-nascido (Tully et al., 2004, cit. Phillips & Tooley, 2005).

Quando nasce uma criança de termo saudável, sem complicações, preconiza-se, actualmente, que se proporcione momentos de privacidade entre pais e bebé, de modo a se promover o estabelecimento de uma relação precoce. No entanto, o nascimento de um bebé prematuro priva ambos os pais desta oportunidade de interacção com o bebé. O prematuro é retirado imediatamente após o nascimento e levado para uma unidade de cuidados especiais, longe dos pais (Lau, 2001).

Alguns pais verbalizam que se sentiram chocados e horrorizados quando viram pela primeira vez o seu bebé na UCIN, em parte devido aos inúmeros fios e equipamentos médicos a que se encontrava ligado (Kitchen et al., 1998, cit. Phillips & Tooley, 2005). A este respeito, Rosenblatt (1997, cit. Botelho, 1999, p.89) alerta para o confronto que os pais têm com um “bebé tecnológico” (“high-tech baby”), conceito a que recorreu para se referir a bebés frágeis e pequenos, rodeados da mais alta tecnologia. O autor acrescenta que esta realidade neonatal

não só separa o bebé dos pais, como os faz sentir incompetentes face aos cuidados de que o bebé necessita. Hofer (1995, cit. Phillips & Tooley, 2005) refere-se às incubadoras como importantes obstáculos à criação de laços de proximidade entre o prematuro e os seus pais.

Assim, ser pai na UCIN é um processo lento de socialização, aprendido através da familiarização com o ambiente tecnológico, mediado pelos enfermeiros, pessoal médico e outros técnicos que fazem parte da equipa (Barros, 2006a, 2006b).

DiVitto & Golderg (1995) referem que os pais destes bebés enfrentam problemas únicos relacionados com a precocidade do nascimento, a estadia prolongada no hospital e eventuais alterações de comportamento e desenvolvimento desses bebés durante os primeiros anos de vida relacionados com a prematuridade. Por estes motivos, Lawhon (2002) refere que em algumas situações os pais são tão prematuros como o seu bebé. Assim, o internamento na UCIN representa o início de um percurso difícil e doloroso, tanto para a criança como para a família.

Affleck e Tennen (1991, cit. Barros, 2006b) referem-se ao internamento de um recém-nascido numa UCIN como uma situação de crise para os pais, com características devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar e para a sua capacidade em assumir o seu papel parental. Barros (2006b, p. 304) acrescenta que se trata de “uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controlo, e no qual são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos”.

Eiser, Eiser, Mayhew e Gibson (2005) referem que os pais sentem-se, inevitavelmente, ansiosos relativamente à saúde e sobrevivência do seu bebé e demonstram mais dificuldades em cuidar destes bebés, comparativamente aos bebés de termo.

Os resultados do estudo conduzido por Jackson, Ternstedt e Schollin (2003) revelou que existem algumas diferenças na forma como mãe e pai vivenciam a hospitalização do seu filho. As mães referiram ter mais responsabilidade e controlo dos cuidados ao bebé, e a necessidade de serem confirmadas como mães; enquanto os pais descreveram confiança em deixarem os cuidados ao bebé a cargo da equipa multidisciplinar e referiram o seu desejo em alcançar um equilíbrio entre a vida familiar e a actividade profissional.

Também Affleck, Tennen e Rowe (1990) descrevem que os pais parecem ser menos afectados pelo internamento do bebé na UCIN, comparativamente às mães. Os autores consideram que as diferenças relativamente aos mecanismos de coping utilizados por mães e pais poderá estar na base deste resultado.

Quando o recém-nascido prematuro é internado, ocorre uma disrupção do normal processo de integração familiar e vinculação pais-filho (Barros, 2006b; Orfali & Gordon, 2004), prejudicando a ligação da família com a criança (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Orfali & Gordon, 2004; Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Ward, 2001). Os pais são forçados a enfrentar um internamento de duração, percurso e desfecho desconhecidos, sendo invadidos por uma multiplicidade de sentimentos que expressam a complexidade desta experiência, como os de tristeza, zanga, medo, revolta, ansiedade, negação, pena, vergonha, choque, frustração, culpa, incapacidade, esperança, falta de esperança, conformação, isolamento, perda auto-punição, angústia, desilusão, culpabilidade, espanto, felicidade, amor e alegria (Barros, 2006a, 2006b; Hurst, 2001a, 2001b; Botelho, 2006). Lau e Morse (2003, cit. Phillips e Tooley, 2005) referem-se a uma montanha russa de emoções que variam desde a alegria ao alívio, tristeza, desapontamento, frustração e, frequentemente, depressão.

Os pais de bebés prematuros enfrentam habitualmente a possibilidade de terem a seu cargo uma criança com problemas de saúde graves ou doença crónica, que têm um alto risco de desenvolverem, a longo prazo, problemas a nível neurológico, cognitivo e comportamental. Isto requer destes pais uma significativa fonte de energia e um esforço que envolve toda a família durante um período longo de tempo (Breslau, 1995, cit. Phillips e Tooley, 2005).

Por estes motivos, está descrito na literatura que alguns pais têm dificuldade em se vincularem a um bebé prematuro e/ou doente, afastando-se o mais possível, na tentativa de se auto protegerem dos sentimentos de mágoa, desapontamento e culpa. Alguns pais sentem-se ambivalentes em relação ao bebé; sentem que não podem lidar e amar um bebé que pode vir a morrer ou que pode vir a desenvolver graves problemas físicos e mentais. O sentimento de incerteza quanto ao desejo que o bebé sobreviva ou não, potencia a sensação de culpa, vergonha e responsabilidade (Siegel et al., 2002, cit. Phillips e Tooley, 2005).

Affleck et al. (1990) identificaram que as principais preocupações de pais de bebés prematuros se prendem com o desenvolvimento futuro da criança, com a possibilidade de atrasos mentais, handicaps sensoriais, deficiências ou limitações físicas e posteriores problemas de saúde. De seguida, iremos debruçarmo-nos, especificamente, sobre as necessidades e factores stress dos pais no decorrer do internamento do filho prematuro.

1.4) Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Para reencontrar o equilíbrio familiar e diminuir o stress causado pelo nascimento prematuro, os pais procuram satisfazer determinadas necessidades. Os pais de bebés

internados numa UCIN têm necessidades específicas que têm vindo a ser identificadas por vários autores, a grande maioria profissionais de saúde que trabalham nestas unidades (Bialoskurski, Cox, & Wiggins, 2002; Cox, 2002; Hurst, 2001a, 2001b; Ward, 2001).

Ward (2001) faz uma distinção importante entre os conceitos de stress e necessidade. Necessidade é descrita como um indesejável défice identificado através de um julgamento de valor, enquanto que, stress é definido como um estímulo, como a dor, que provoca distúrbios ou alterações no equilíbrio.

Um dos principais objectivos dos cuidados de Enfermagem holísticos prestados à tríade, deve ter em conta o reconhecimento das necessidades dos pais. O reconhecimento inadequado destas necessidades pode conduzir a família a vivenciar elevados níveis de stress, medo, ansiedade e o sentimento de não ser compreendido (Gardner & Stewart, 1978, cit. Ward, 2001). Desta forma, o desconhecimento das necessidades parentais pode precipitar situações de stress e ansiedade. A este respeito, Lau (2001) alerta que é importante que os profissionais de saúde tenham em conta que o que para eles é tido como importante, não o é necessariamente para os pais e vice-versa.

Os pais de bebés internados têm necessidades específicas neste contexto. Uma das necessidades mais frequentemente encontradas é a de saberem informações exactas, relativas aos progressos do bebé (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Hurst, 2001; Orfali & Gordon, 2004; Ward, 2001), sendo a informação escrita também importante como reforço (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Henson, 2003). A este respeito, Cox (2002) revela a existência de uma forte correlação positiva entre a prestação de informações precisas e adequadas acerca do bebé à família e, a facilitação da vinculação ao bebé.

A confiança nos cuidados que são prestados ao bebé (Hurst, 2001; Orfali & Gordon, 2004; Ward, 2001), incluindo o conforto (Henson, 2003; Ward, 2001) e poder estar perto dele sempre que desejar (Ward, 2001) são também aspectos com bastante relevância. A resposta rápida aos alarmes e monitores é outra necessidade referida (Barros, 2006b). Outro aspecto bastante focado é a existência de orientações e apoio, para prestar cuidados aos seus bebés (Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Hurst, 2001; Melnyk, Feinstein & Fairbanks, 2002), enquanto que aspectos relacionados com o suporte físico e emocional à família foram os menos valorizados (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Hurst, 2001; Ward, 2001), embora facilitem a aquisição de bem-estar para a mãe e bebé (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Hurst, 2001b). Hurst (2001a, 2001b) refere que uma das necessidades referidas por estas mães é o facto de desenvolverem capacidades e ganharem confiança para prestarem cuidados ao seu bebé em casa, pós a alta. A presença dos irmãos durante as visitas dos pais à unidade foi

também identificada como uma necessidade da família, de modo a que melhor compreendam o que se está a passar e possam estabelecer laços com o novo irmão (Henson, 2003, cit. Pedro, 2007).

De uma forma geral, a preocupação central das famílias parece ser o bem-estar do bebé (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Cox, 2002; Hurst, 2001a, 2001b; Ward, 2001); as mães dão prioridade ao bebé e relegam as suas necessidades pessoais para segundo plano. É importante que se tenha em conta que as necessidades podem divergir de família para família, neste sentido, é fundamental que se tenha atenção aos aspectos culturais e sociais dos pais para providenciar um suporte individualizado e adequada a toda a família.

Fenwick, Barclay e Schmied (2001) enumeram as seguintes necessidades dos pais na UCIN: a necessidade de estes serem ouvidos quanto aos cuidados prestados à criança, respeito, apoio, reconhecimento dos seus conhecimentos sobre os cuidados à criança, acesso a informação, serem elementos centrais quanto à tomada de decisões sobre o seu bebé, poderem tocar e cuidar do seu bebé sempre que considerarem necessário. Bass (1991, cit. Fenwick, Barclay e Schmied, 2001) acrescenta a necessidade dos pais em lhe serem dadas oportunidades de agirem como qualquer pai normal. Por outras palavras, os pais necessitam experienciar a sensação de poder e controlo relativamente à UCIN e ao seu bebé. Phillips e Tooley (2005) falam também das necessidades dos pais em tocar, abraçar e ver os seus bebés, o que favorece a vinculação pais-filho.

Hurst (2001b) refere que as mães se envolvem em determinadas acções para obter a satisfação das suas necessidades dentro da UCIN, que passamos a enumerar: a negociação entre os cuidados necessários para o bebé e as suas próprias necessidades, com os profissionais de saúde; desafiar a autoridade institucional, directamente com o prestador de cuidados ou através de reclamação escrita; utilizar o conhecimento institucional (normas, políticas, práticas, entre outros) para desafiar determinada prática que o contradiz; emprego dos conhecimentos adquiridos, quando exprimem desejos, questiona ou advoga pelo seu bebé; procura de alguém com mais autoridade para clarificar preocupações acerca da prática dos cuidados; desenvolvimento de relações de suporte com outras mães na UCIN e obtenção de vários apoios através do companheiro, família e amigos.

Após o que foi exposto, torna-se evidente que o estabelecimento de uma boa comunicação com os pais é fundamental para que as necessidades anteriormente referidas sejam satisfeitas. A informação deve fluir nos dois sentidos; os pais deverão receber orientações para melhor interagirem com o seu bebé, de forma que a intervenção global de todos seja em prol do desenvolvimento do bebé (Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002).

Passamos de seguida a debruçarmo-nos sobre os factores de stress parental nas UCIN's.

No estudo que desenvolveu, Lau (2001) verificou a presença de altos níveis stress nos pais de prematuros durante o seu internamento numa UCIN, nomeadamente na primeira semana, no entanto, 16 semanas após a alta hospitalar do bebé, os níveis de stress parecem decrescer significativamente nestes pais. O autor constatou ainda existirem diferenças de género quanto à percepção de stress; as mães tendem a perceber mais stress do que os pais. As principais fontes de stress parental identificadas neste estudo foram: a aparência e o comportamento do bebé e a demora em serem capazes de prestarem os cuidados ao seu bebé. Também Holditch-Davis e Miles (2000, cit. Lau, 2001) que entrevistaram 31 mães de bebés prematuros numa UCIN, identificaram que a perda do papel parental, tal como as actividades de abraçar, alimentar, dar banho ao bebé, foram os aspectos que mais stress provocaram nas mesmas, uma vez que estas são actividades que elas contavam desenvolver sem quaisquer restrições. No mesmo estudo, os pais consideraram que a parte mais difícil de toda a experiência na UCIN foi o facto de estarem de fora, como espectadores, a assistirem outras pessoas, estranhas, a tomarem decisões sobre o seu bebé.

Como já foi referido, o início da experiência de parentalidade é remetido para um local estranho, intimidatório, desconhecido e com falta de privacidade, o que obriga os pais a lidar com várias fontes de stress, como: a aparência frágil do bebé (Goldberg & DiVitto, 1995; Ward, 2001; Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005), luzes, ruído, imagens e procedimentos desagradáveis (Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Orfali & Gordon, 2004; Ward, 2001), alteração da função parental, incerteza do prognóstico do bebé (Orfali & Gordon, 2004; Ward, 2001), falta de relação entre o comportamento do bebé e os acontecimentos que o envolvem (Goldberg & DiVitto, 1995), padrões de comunicação ineficazes entre os profissionais e os pais (Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Ward, 2001), existência de barreiras físicas como as incubadoras (Cox, 2002; Orfali & Gordon, 2004), o que impede ou dificulta o estabelecimento de uma interacção com a criança.

Estudos com pais de bebés prematuros sugerem que o ambiente da UCIN pode ser uma fonte adicional de stress, sendo que os stressores do ambiente incluem o equipamento à volta da criança tal como os ventiladores, monitores cardio-respiratórios e as visões de outras crianças doentes (Miles, Funk & Kasper, 1991; Barros 2006a, 2006b).

A existência de um grande número de cuidadores, também se assume como um importante factor de stress para os pais (Di Vitto & Golderg, 1995) que, por esse motivo, encontram dificuldade em advogar pelo seu bebé devido ao grande número de enfermeiros

diferentes que cuidam dele ou ao facto de sentirem que nem todos eles vão prestar a devida importância às suas opiniões (Hurst, 2001a).

Estes pais frequentemente sentem-se pouco aceites e “bem vindos” nas unidades e, simultaneamente, incapazes de participar nos cuidados à criança. Os autores consideram que durante alguns anos não se prestou a devida atenção a estes pais, não se reconhecendo as suas necessidades de apoio psicológico face a este acontecimento traumático e inesperado nas suas vidas (Padden & Glenn, 1997). Wyly (1995 cit. Barros, 2006b) considera que uma das maiores evoluções neste campo se prendeu com a redefinição do papel dos pais, considerando-se que estes deviam ser simultaneamente alvo dos cuidados dos profissionais e também elementos activos da equipa de saúde.

Perehudoff (1990, cit. Lau, 2001) identificou diferenças de género na percepção de stress parental devido ao ambiente da UCIN's. Para as mães, o atraso no desempenho do papel parental causou os níveis mais elevados de stress, seguidos de sinais e sons da UCIN, da aparência e comportamento do bebé e da comunicação e relação com os profissionais de saúde. Para os pais, os sinais e sons da UCIN registaram os níveis mais elevados de stress, seguidos pelo atraso no desempenho do papel parental, a aparência e comportamento do bebé e, por fim, a comunicação e relação com os profissionais de saúde. De referir a nossa dificuldade em encontrar estudos que comparassem pais e mães, uma vez que a maioria dos estudos consultados tendem a focar-se apenas na vivência materna.

Heermann, Wilson e Wilhelm (2005) referem-se às diferenças de poder entre os profissionais de saúde (referindo-se às enfermeiras) e as mães, o que inibe o desenvolvimento do papel maternal. Fenwick, Barclay e Schmied (2001, cit. Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005) corroboram e acrescentam que as intervenções de Enfermagem colocam as mães “de lado”, o que lhes provoca sentimentos de serem pouco importantes e necessárias para o seu bebé. São descritas “lutas de poder” entre as mães e enfermeiras (“struggled to mother”), pautadas pela disputa pela prestação de cuidados ao bebé, sendo que ambas se tentam colocar em posições de peritas e entendidas face ao bebé (Lupton & Fenwick, 2001, cit. Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005). O estudo conduzido por Hurst (2001, citado por Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005) revelou que as mães parecem tentar efectuar uma negociação com os profissionais de saúde quanto à partilha das responsabilidades e da relação com o bebé, no entanto, este esforço parece ser muitas vezes desvalorizado e, inclusivamente, não reconhecido por parte dos profissionais.

Negri (1994, cit. Harris, 2005) refere que neste ambiente hospitalar os sentimentos de incapacidade das mães podem ser exacerbados pela competência que elas reconhecem no

pessoal de Enfermagem, ao cuidarem do seu frágil bebé. O autor ressalta ainda que para as mães se torna fisicamente complicado e profundamente assustador segurar num bebé que se encontra apetrechado a vários e desconhecidos equipamentos médicos.

O estudo conduzido por Heermann, Wilson e Wilhelm (2005), sobre a experiência e vivência de ser mãe de um bebé que necessita de cuidados especiais numa UCIN, com uma amostra de 15 mães, revelou resultados interessantes. Estas referem que inicialmente o ambiente das unidades se revelou o seu principal foco de atenção, nomeadamente o aparato tecnológico, a experiência e perícia das enfermeiras e o vocabulário e comportamento dos técnicos de saúde, ficando os seus bebés reduzidos a um segundo plano. Relativamente à relação estabelecida com os seus bebés estas revelaram que a proximidade existente entre os profissionais de saúde e o seu bebé, dificultam um maior envolvimento mãe-bebé, fazendo com que não encarassem aquele bebé como o seu. O relato que se segue de uma das mães entrevistadas por estes autores é bastante elucidativo deste sentimento: “ That first week and half or so I was pretty much a bystander ... then when we can start to take care of some of the most basic needs we feel ‘Okay we’re the parents!’” (p. 178). Goldberg e DiVitto (1995) corroboram ao afirmarem que o envolvimento parental nos cuidados permite ajudar os pais a sentirem que aquele bebé lhes pertence.

É também evidente no discurso destas mães o sentimento do bebé como pertencendo mais à equipa do que a elas próprias, exemplificando tal sentimento com o facto de terem de pedir permissão à equipa para tocarem ou cuidarem do seu bebé. Este estudo revelou que a perícia das enfermeiras pode surgir como uma barreira para o desenrolar do processo de parentalidade nestas mães/pais.

Neste sentido, um dos principais factores de stress parental é a existência de padrões de comunicação ineficazes entre os profissionais e os pais (Ward, 2001; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2002; Heermann, Wilson, Wilhelm, 2005). A comunicação adequada é o primeiro passo para uma boa relação pais-profissionais (Barros, 2001; Bialoskurski, Cox & Wiggins, 2002; Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Hurst, 2001; Henson, 2003). Os enfermeiros frequentemente decidem quando querem falar com os pais, o que nem sempre corresponde às necessidades destes, sendo útil mostrar disponibilidade e oferecer alternativas, como panfletos ou vídeos (Henson, 2003). As mães não se sentem bem acolhidas quando telefonam para obter informações acerca do seu bebé, têm dificuldade em obter informações e a natureza das respostas dos enfermeiros aumenta os seus sentimentos de incapacidade e falta de poder (Hurst, 2001a, 2001b).

Vários estudos empíricos têm-se preocupado em perguntar aos pais de bebês prematuros sobre os aspectos mais relevantes durante a hospitalização do bebê. Quando os pais foram entrevistados e questionados durante a estadia hospitalar ou no momento da alta, referiram a aparência física, o comportamento do bebê e o medo relacionado com a sua saúde e sobrevivência, como os aspectos mais stressantes desta experiência (Miles, 1989; Pederson et al., 1987 cit. Goldberg & DiVitto, 1995), seguidos das alterações inesperadas no desempenho do papel parental (Miles, 1989, cit. Goldberg & DiVitto, 1995). Pais e mães concordam relativamente ao stress vivenciado quanto a estes aspectos, no entanto, diferem quanto aos mecanismos de coping utilizados para as ultrapassar. As mães buscam sobretudo suporte social e utilizam estratégias de escape e os pais minimizam o acontecimento e utilizam estratégias instrumentais para lidar com ele. A utilização de diferentes estratégias de coping pode, por um lado, despoletar conflito entre o casal, ou por outro, aproximá-los ao se aperceberem da complementaridade das suas estratégias (Op. Cit.).

O sentimento de incompetência/incapacidade de não dar à luz uma criança de termo, a sua hospitalização e a demora em ser capaz de executar actividades normais de cuidados e protecção para com o bebê, são aspectos considerados como fontes de stress intenso para os pais de crianças prematuras.

Apesar de os factores que afectam os níveis de stress parental serem variados, eles incluem factores situacionais, o estado clínico da criança, factores familiares e os mecanismos de coping habituais dos pais (Boardman, 1995, cit. Lau, 2001). Os factores situacionais incluem o estado físico da mãe e a sua recuperação após o parto. Os factores relacionados com o estado clínico da criança incluem a idade gestacional, o peso à nascença, o tempo de internamento na UCIN, isto porque, em regra quanto mais precoce for a idade gestacional e menos peso tiver o bebê, maior será o tempo de internamento do mesmo. Também o facto de verem o bebê adaptado a um ventilador, apetrechado de inúmeros equipamentos e a ser alimentado através de tubos intravenosos resulta numa importante fonte de ansiedade para os pais. Os factores familiares e culturais estão relacionados com as capacidades dos pais em lidarem com o nascimento prematuro. A cultura em que os pais estão enraizados e vivem tem também influência na forma como é vivido este nascimento. Geralmente, há uma grande comemoração, presentes e desejos de felicidade face ao nascimento de uma criança de termo saudável, no entanto, perante um nascimento prematuro a família abstém-se de celebrações, principalmente se existe o risco de a criança morrer. Lau (2001) acrescenta ainda que a qualidade da relação conjugal parece também afectar os níveis de stress experienciadas e os mecanismos de coping utilizados.

No estudo realizado por Shields-Poe e Pineli (1997, cit. Eriksson & Pehrsson, 2002), os autores verificaram que o nascimento de um bebé prematuro de extremo baixo peso causou reacções de crise em 85% das mães e 65% dos pais. Concluíram que os níveis de stress parental estavam associados às suas percepções da severidade da situação da criança, e estas mães revelaram níveis de stress significativamente maiores do que as mães de bebés de termo saudáveis, sentindo-se menos seguras, competentes e satisfeitas.

Um outro momento gerador de stress na situação de prematuridade prende-se com a saída do bebé do internamento, pois nesse momento os pais vão ter toda a responsabilidade dos cuidados ao bebé, que até aí eram providenciados pelos profissionais de saúde da UCIN (Goldberg & DiVitto, 1995).

Uma vez descrita a vivência da hospitalização do filho prematuro e identificadas as principais necessidades e factores de stress dos pais nas UCIN's, importa reflectir sobre as intervenções dos profissionais de saúde junto da tríade.

Um ambiente com vista ao suporte desenvolvimental consiste em ajudar os pais a tornarem-se capazes de compreenderem as capacidades e comportamento do seu bebé, de acordo com as funções neurodesenvolvimentais infantis. Este apoio possibilita que os pais se tornem mais activos na participação aos cuidados ao bebé e promove a interacção pais-criança e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança (Lawhon, 2002, cit. Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005). Representa um objecto que jamais deve ser descurado durante as actividades dos profissionais da UCIN.

O período de hospitalização do bebé, em que os pais estão em contacto diário com os diferentes profissionais e com os outros pais e o próprio processo de adaptação ao filho, é um tempo crucial de ensaio de novas significações e construções sobre este filho e sobre o papel dos pais. Neste sentido, os profissionais que trabalham nestes serviços devem desempenhar um papel importante na facilitação da relação pais-bebé, e no desenvolvimento de atitudes parentais positivas e de maior autonomia (Barros, 2006b). Os profissionais de saúde que trabalham nesta área podem ajudar ainda a minimizar os factores de stress ambiental para pais e bebés, modificando as características físicas das UCIN's e alterando o padrão das suas intervenções (Lau, 2001).

Deve-se investir mais em medidas preventivas para potencializar as capacidades e competências dos pais, pelo que se torna necessário “fazermos tudo aquilo que estiver ao nosso alcance para que a mãe se sinta orgulhosa e satisfeita com o seu novo bebé e mostrarmos a grande capacidade dos bebés às suas mães” (Kennell, 1995, p. 50). Neste sentido, o empenho dos profissionais que trabalham nas UCIN's é reconhecido como

fundamental para avaliar e satisfazer as necessidades dos pais através de diferentes intervenções. Capacitar os pais para cuidar, responsabilizar-se e adquirir conhecimentos acerca do seu filho prematuro ou doente é a essência do suporte à família (Henson, 2003).

Alguns autores sugerem como estratégias importante junto dos pais, o esclarecimento gradual sobre a possibilidade de complicações no nascimento, no decorrer das consultas de vigilância pré-natal. Permitir aos pais aprender, antecipadamente, a aparência de um bebé prematuro, o tipo de materiais e equipamentos habituais nas UCIN's e familiarizá-los com os procedimentos mais comuns, poderá ajuda-los, futuramente, a sentirem-se menos desintegrados e a desenvolverem mecanismos de coping mais eficazes (Phillips & Tooley, 2005). Neste sentido, a intervenção educativa assente num programa pré-natal representa uma estratégia fundamental para aumentar as capacidades e competências parentais.

É importante proporcionar aos pais momentos de interacção satisfatórios, mesmo que o bebé necessite de cuidados especiais. Os cuidados centrados na família eleva a posição dos pais na UCIN a parceiros dos profissionais de saúde, com o objectivo comum de prestar os melhores cuidados possíveis ao bebé. No entanto, esta parceria, deve assentar no desejo dos mesmos em participar, ou seja, deve ter em conta os cuidados que querem participar, o que exige uma avaliação individualizada de cada pai (Aucott et al., 2002). Os pais de bebés prematuros precisam consciencializar-se da imaturidade do seu filho, familiarizar-se com as características físicas e estados comportamentais do bebé e aprender a reconhecer os sinais subtis, para desenvolverem competências que lhes permitam saber o que esperar do seu filho, e como prestar-lhe os cuidados específicos de que necessita (Melnyk, Feinstein & Fairbanks, 2002).

Desta forma, os pais não devem ser encarados como meras visitas nas UCIN's. Eles devem ser envolvidos como parceiros nas decisões relativas aos cuidados ao bebé. Esta partilha de responsabilidades deve ter início a partir do momento em que o recém-nascido prematuro e família são admitidos nas unidades, e deverá continuar ao longo do internamento, de acordo com o melhor interesse da criança. "Partnership" é o termo utilizado por McGrath (2005) ao se referir a esta relação pais/profissionais que visa o bem-estar da criança. Segundo a autora, esta relação deverá ter um objectivo comum e deve ser baseada em respeito mútuo, valorização pelas capacidades e conhecimentos da família e total partilha de informação. Se os pais estiverem bem informados e envolvidos nos cuidados ao seu bebé na UCIN, os dilemas éticos serão mais facilmente ultrapassados e as decisões relativas ao cuidado à criança serão optimizados (McGrath, 2005).

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Com vista a definir-mos melhor a problemática que pretendíamos estudar começamos por efectuar uma ampla pesquisa bibliográfica relativamente às unidades de cuidados neonatais, à vivência da parentalidade não normativa, ao impacto de nascimento de um filho prematuro, entre outras. Após o que foi referido definiu-se a seguinte questão de investigação: *Quais as principais necessidades e factores de stress percebidos pelos pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados numa Unidade de Neonatologia?*. Passamos de seguida a debruçarmo-nos sobre as opções metodológicas efectuadas.

II. Método

2.1) Delineamento

O estudo apresentado assenta num desenho de investigação do tipo observacional, descritivo e transversal, uma vez que, o investigador desenvolve os procedimentos necessários que lhe permitam descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e percebe quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis e o seu efeito nos sujeitos em estudo, utilizando para isso apenas um único grupo representativo da população em estudo sendo os dados recolhidos num único momento (Ribeiro, 2007).

O seu carácter exploratório justifica-se por se tratar de um estudo em que se pretende fazer uma abordagem das necessidades e factores de stress dos pais de bebés prematuros durante o internamento numa UCIN, com vista a aumentar o conhecimento nesta área.

O cariz retrospectivo do estudo reporta-se ao facto dos sujeitos seleccionados para a amostra serem pais de crianças prematuros. Na realidade, esta investigação incorre num desenho que é característico da investigação em prematuridade.

Neste sentido, o presente trabalho representa um estudo de natureza essencialmente quantitativa, sendo que a investigação se expressa através de números obtidos após determinada medição realizada por intermédio de “testes” (Ribeiro, 2007). No entanto, está presente um complemento de natureza qualitativa, através da inclusão das 3 questões semi-abertas, no questionário de caracterização da amostra, cujos dados esperamos enriquecedores para o nosso trabalho. Adiante faremos uma referência mais detalhada a este respeito.

2.2) Objectivos da Investigação

Tratando-se de um estudo observacional em que se pretende a exploração minuciosa da realidade, sem a alterar, não se justifica a formulação de hipóteses. Desta forma, uma vez definido o fenómeno a estudar – *As necessidades e o stress de pais de bebés prematuros hospitalizados* – delineamos os seguintes objectivos da investigação:

- > Identificar as principais necessidades dos pais de bebés prematuros hospitalizados;
- > Perceber quais os principais factores de stress sentidos pelos pais durante o internamento dos seus bebés;
- > Comparar os factores de stress e as necessidades percebidas em mães e pais;
- > Relacionar as variáveis necessidades parentais e stress parental;
- > Perceber se existe alguma ordem de associação entre o stress dos pais e as suas necessidades durante o internamento do filho prematuro;
- > Identificar as principais *dificuldades* sentidas pelos pais ao cuidar do filho prematuro hospitalizado;
- > Identificar as principais *preocupações* dos pais face ao internamento do bebé prematuro;
- > Compreender as diferenças das atribuições parentais face à vivência da prematuridade, entre mães e pais;
- > Promover e sugerir medidas que visem responder às necessidades dos pais e que minimizem o stress percebido durante o internamento.

2.3) Material

Passamos de seguida a descrever, sucintamente, os instrumentos acima referidos, tendo em vista também a fundamentação da sua aplicação no âmbito da nossa investigação. Como já foi referido, os instrumentos foram agrupados num único Protocolo de Avaliação para cada participante.

2.3.1 Questionário de Caracterização da Amostra

Com vista a uma exaustiva e pormenorizada caracterização da amostra (replicabilidade dos estudos), procedemos à elaboração de um questionário, cuja matriz de critérios foi por nós elaborada. Este questionário teve como objectivo recolher informação em torno de 3 eixos fundamentais: 1) Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes; 2) Questões Semi-abertas; e 3) Informação médica/clínica relativa à história obstétrica e neonatal (cf. Anexo 1).

Na primeira parte, constam 25 questões, sendo a maioria de resposta fechada. Incluímos questões relacionadas com a Idade, Sexo, Raça, País de origem e Nacionalidade, Estado Civil, Rendimento do Agregado Familiar, Área/Local de residência, Condições de Habitação, Habilitações Literárias, Profissão e Constituição do Agregado Familiar. Incluímos ainda questões relativas a experiências prévias de cuidar de bebés e de hospitalização de outros filhos, ao contacto com a família alargada, e ainda relativamente ao desejo e planeamento desta gravidez, entre outros.

Na segunda parte, incluímos 3 questões de natureza semi-aberta. Na primeira tentamos perceber quais as principais *dificuldades* sentidas pelos pais no cuidar do recém-nascido prematuro; na segunda colocamos uma questão de associação livre em que os pais devem completar uma afirmação que os remete para a vivência da parentalidade não normativa (*Quando pensa na experiência de ser mãe/pai de um bebé prematuro hospitalizado o que lhe ocorre imediatamente é...*) e, por fim, uma questão relativa às principais *preocupações* decorrentes do internamento do bebé. A escolha destas questões em particular surgiu da nossa curiosidade enquanto prestadores de cuidados à tríade.

Na terceira e última parte deste questionário, constam 21 questões, maioritariamente de resposta fechada, que visou recolher dados médicos/clínicos relativos à história obstétrica e neonatal; sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde (Enfermeiros) o seu preenchimento, através da consulta dos processos clínicos em causa.

Relativamente à história obstétrica incluímos questões relacionadas com: a natureza da gravidez (natural ou com recurso a técnicas de reprodução medicamente assistidas); planeamento e vigilância da gravidez; história de gemelaridade; índice obstétrico; hábitos maternos; história anterior de parto pré-termo; complicações ginecológicas/obstétricas; medicação, internamentos e incidentes traumáticos durante a gravidez.

Quanto à história neonatal incluímos questões relacionadas com: idade gestacional; tipo de parto e motivo de distocia; sexo, peso e índice de Apgar do bebé; duração do internamento do bebé; diagnóstico médico e procedimentos/tratamentos a que foi sujeito.

Dada a sua natureza, as variáveis sócio-demográficas serão objecto de exposição no actual capítulo tornando exequível a caracterização dos participantes neste domínio.

2.3.2 Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Miles & Funk, 2002)

Para a medição do stress parental, optou-se pela Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (cf. Anexo 2), realizado por Miles & Funk (2002), uma vez que esta escala se refere especificamente à variável que se pretende medir, apresentando também uma boa consistência interna ($\alpha = 0,93$).

Este instrumento incide sobre o stress parental experienciado pelos pais de bebés pré-termo que se encontram hospitalizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), apresentando três dimensões. A primeira intitula-se “Sinais e Sons” (SS), sendo composta por cinco itens (1,2,3,4,5). Um exemplo de um deles é “presença dos monitores e do equipamento”. A segunda dimensão tem o nome de “Aparência do Bebê” (AB) na qual se incluem dez itens (7,8,9,10,13,14,15,17,18,19), cujo item “tubos e equipamentos no meu bebé ou perto dele” é um exemplo. A terceira e última dimensão da escala designa-se “Alterações dos Papéis Parentais” (APP) e inclui seis itens (20,22,23,24,25,26) como por exemplo “não ser capaz de cuidar do meu bebé (por exemplo, dar banho, mudar as fraldas) ”.

Cada sub-escala remete para o nível de stress experienciado pelos pais perante as situações específicas que cada um descreve. Existe ainda um outro item para além dos que se encontram inseridos nas dimensões já descritas, e que apela ao quão geradora de stress é, no geral, para os pais, a experiência de terem um bebé hospitalizado numa UCIN.

Ao longo da escala, as respostas dos pais podem variar desde o “nada stressante” ao “extremamente stressante”, havendo uma opção “não se aplica”. Apresenta-se, desta forma, uma escala de tipo *Likert* de seis pontos, em que quanto menor for a pontuação, menor o nível de stress experienciado. A nota final da escala é calculada através da média das respostas de cada item para cada sub-escala e para a escala total. O denominador para se encontrar a média para cada sub-escala é o número de itens que cada uma apresenta.

No presente estudo, utilizou-se a versão traduzida e adaptada experimentalmente da escala por Reina (2005) – Escala de Stress Parental: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Os resultados encontrados sugerem que se trata de uma medida com uma boa consistência interna (α de Cronbach total = 0,93, especificamente 0,85 para a dimensão SS; 0,87 para a dimensão AB e, por fim, 0,78 para a dimensão APP), fidelidade, sensibilidade e validade factorial, podendo ser aplicada em estudos futuros. De referir ainda, que a autora

supracitada, no processo de adaptação da escala, abandonou os itens 6,11,12,16 e 21, motivo pelo qual estes não foram trabalhados no presente estudo.

Neste sentido, a análise confirmatória de componentes principais identificou os mesmos três factores da versão norte-americana da escala: sinais e sons, aparência do bebé e alterações dos papéis parentais (Miles & Funk, 2002). Mediante os dados apresentados, é possível constatar que a estrutura subjacente da escala de stress parental na UCIN é semelhante à escala original.

A escolha deste instrumento prende-se com o facto de ele se assumir como um instrumento vocacionado para as Unidades de Cuidados Neonatais e pelo facto de já se encontrar traduzido e sujeito a uma adaptação experimental, como foi já mencionado. Consideramos que este instrumento possibilita conhecer o impacto que cada UCIN tem nos pais e assim poder estabelecer-se as condições mínimas que permitam controlar esta situação e atenuar a vivência psicológica dos mesmos. Deste modo, pensamos que esta escala pode contribuir para uma melhoria das condições que conduzem ao bem-estar psicológico dos pais que se encontram nesta situação, podendo também ser uma fonte de informação para investigar a forma como o stress parental pode influenciar o estabelecimento de vínculos afectivos dos pais com os bebés.

2.3.3 The Neonatal Intensive Care Unit Family Needs Inventory (Ward, 2001)

Ward (2001) obteve uma listagem das necessidades das famílias de bebés prematuros internados em UCIN's, através da adaptação do Critical Care Family Needs Inventory (Molter & Leske, 1983), que designou The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Family Needs Inventory. Neste sentido, The NICU Family Needs Inventory constitui uma versão modificada da escala Critical Care Family Needs Inventory, que pretendia medir a importância das necessidades da família.

The NICU Family Needs Inventory resultou numa escala que inclui 56 itens, que se encontram subdivididos em 5 diferentes dimensões.

A primeira refere-se às necessidades de *apoio* e é composta por 18 itens (2, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 22, 27,28, 31, 43, 44,45, 47, 51, 54). Exemplos destes itens são “Ter amigos ou familiares por perto para me apoiar” e “Ter a visita de alguém da minha igreja”. A segunda dimensão refere-se às necessidades de *informação* e inclui 11 itens (4, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 33, 36, 48, 53). “Falar com o médico responsável pelo meu bebé todos os dias” e “Saber exactamente o que está a ser feito pelo meu bebé”, são exemplos destes itens. A terceira

dimensão refere-se às necessidades de *conforto* sendo composta por 7 itens (8,21,24,25,30,32,56). Como exemplos, temos: “Ter uma sala de espera dentro da UCIN” e “Sentir-me aceito pelos profissionais do hospital”. A quarta dimensão engloba as necessidades de *garantia*, com um total de 12 itens (1, 5, 6, 14, 23, 34, 35, 40, 42, 46, 50, 52). São exemplos as seguintes afirmações: “Saber o prognóstico esperado para o meu bebé” e “Ser reconhecido como importante na recuperação do meu bebé”. Por fim, a quinta e última dimensão, inclui as necessidades de *proximidade*, contendo 8 itens da escala (3,29, 37, 38, 39, 41, 49, 55). “Poder visitar o meu bebé a qualquer altura” e “Pegar o meu bebé nos meus braços e tê-lo em contacto com a minha pele o mais cedo possível” são afirmações incluídas nesta última dimensão.

Neste instrumento de auto-preenchimento, os participantes terão de se posicionar numa escala de importância de tipo *Likert* de 5 pontos, que varia do 1 (Não Importante) ao 4 (Muito Importante). Inclui ainda um último item designado por “Não aplicável”. Neste sentido, quanto menor for a pontuação atribuída a cada item menor será a importância atribuída a essa necessidade.

Depois de aplicar a versão final da escala a autora identificou um valor de *alfa* de Cronbach de 0.91 o que indica uma medida suficiente de consistência interna (Ward, 2001).

No presente estudo e após ter sido feito um pedido formal à autora, utilizamos a versão traduzida da escala por Pedro (2007) – o Inventário das Necessidades da Família na UCIN (cf. Anexo 3).

No processo estatístico de adaptação experimental do instrumento, obtivemos um valor Alfa de Cronbach de 0,908 para o total de 57 itens. Não eliminamos nenhum dos itens da escala, uma vez que, os valores obtidos para cada um deles, foi sempre muito próximo ao valor do Alfa de Cronbach global da escala. Neste sentido, mantivemos a versão original do instrumento.

2.4) Procedimento

No presente estudo foi entregue a cada participante uma folha de consentimento informado, folha de rosto do questionário (cf. Anexo 4), na qual se explicava o objectivo do estudo (em linguagem acessível), se solicitava a sua participação e onde foram garantidos o anonimato e a confidencialidade. A informação foi prestada também oralmente. Foi obtido de igual forma uma autorização formal das instituições onde decorreu o estudo (cf. Anexo 5).

Com vista à identificação e organização dos processos e de modo a imprimir uma maior celeridade na recolha de informação, foi atribuída uma numeração aos processos que integraram a amostra. Numa classificação linear, a numeração atribuiu 4 letras alfabéticas e a integração dos processos foi elaborada sob a forma de somatório. A título de exemplo, atribuiu-se a cada questionário a letra M ou P, consoante se tratassem da mãe ou do pai e identifica-se com o número correspondente ao questionário. Assim, tínhamos M1 e P1 como mãe e pai do mesmo bebé. Acrescentamos ainda as siglas dos hospitais onde foi realizada a colheita da amostra.

O local utilizado para a recolha dos dados foi sempre as Unidades de Neonatologia onde os bebés se encontravam internados (sempre que foi possível numa sala de apoio da unidade). O estudo decorreu simultaneamente em 3 Unidades de Neonatologia da Sub-região de Lisboa e Vale do Tejo. O período de recolha da amostra teve a duração de 5 meses (de Abril a Setembro de 2008).

Optou-se pela entrega dos instrumentos aos pais a partir do momento em que estivesse definido o dia da alta. Teve-se, portanto, em consideração a não aplicação dos instrumentos num momento de maior crise para os pais. Pretendeu-se também que a aplicação dos instrumentos decorresse num período em que os pais já fossem relativamente autónomos na prestação de cuidados aos seus bebés.

A duração média de realização de aplicação do protocolo de avaliação foi de 35 minutos. De acrescentar ainda que, como já foi referido, os instrumentos aplicados são de auto preenchimento (self-report), no entanto, os participantes podiam em qualquer momento solicitar o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Terminada a fase de recolha de dados junto da nossa amostra, procedemos à sistematização e cotação da informação contida nos instrumentos aplicados, o que nos permitiu a construção de uma base de dados. Esta etapa metodológica foi seguida pelo tratamento dos dados efectuado com base na versão 15 do *software estatístico SPSS* © – *Statistical Package for Social Sciences* para o Windows ©.

2.5) Participantes

Tendo em conta as características do estudo empírico e o que se pretende investigar, a população estatística seleccionada no presente estudo representa uma amostra de pais de bebés prematuros hospitalizados, que obedecem aos seguintes critérios de selecção da amostra: pais de bebés nascidos prematuramente até às 34 semanas de gestação (leia-se *pais*,

como o pai e a mãe); vivência da hospitalização do bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Neonatais e, por fim, pais que saibam ler e escrever português (instrumentos de auto-preenchimento). Apesar de a OMS (1985) considerar o recém-nascido prematuro aquele que nasce até às 37 semanas de gestação, consideramos que actualmente e de acordo com a nossa experiência profissional, a maioria dos bebés nascidos após as 34 semanas já não necessitam de cuidados de saúde especializados, que justificassem a sua inclusão neste estudo.

O método de amostragem utilizado para este estudo foi o método não probabilístico ou intencional, o que significa que a probabilidade relativa de qualquer um elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Smith, 1975, cit. Ribeiro, 2007). Dentro desta classificação, optou-se pela amostra sequencial, que Ribeiro (2007) afirma ser muito comum em contextos de saúde. Segundo The Journal of American Medical Association (1996, cit. Ribeiro, 2007, p. 43), neste tipo de amostra “todos os indivíduos que são elegíveis para participar no estudo deverão ser incluídos conforme vão aparecendo”.

Não poderíamos deixar de fazer referência às dificuldades, obstáculos e constrangimentos que surgiram até que nos fosse concedida a autorização formal das instituições para a realização do trabalho. Apesar de termos consciência da morosidade quase sempre existente neste processo, a sua excessiva demora dificultou a colheita de dados, o que nos limitou de certa forma a amostra a que tivemos acesso.

Caracterização Sócio-Demográfica

A nossa amostra total é constituída por 68 participantes, respectivamente, 34 mães e 34 pais. A idade dos participantes variou entre os 19 e os 41 anos de idade, sendo que a média de idades é de 31,26 anos, com um valor modal de 29, mediana de 32, desvio padrão de 5,101 e variância de 26,018.

Tabela 1 – Frequências e Percentagens relativas aos Participantes do Estudo

Participantes	n	%
Mães	34	50
Pais	34	50
Total	68	100

Relativamente às mães, a média de idades é de 29,94, com um valor modal de 29, mediana de 30 e desvio padrão de 4,519. Nos pais verificou-se uma média de idades de 32,59, com um valor modal de 33, uma mediana de 33 e um desvio padrão de 5,366. A média de idades relativa ao nascimento do primeiro filho também variou entre mães e pais. Nas mães obtivemos uma média de 27,20, enquanto que nos pais o nascimento do primeiro filho ocorre em média mais tarde, aos 29,97 anos.

Figura 1 – Histograma de Frequências relativa à variável *Idade*

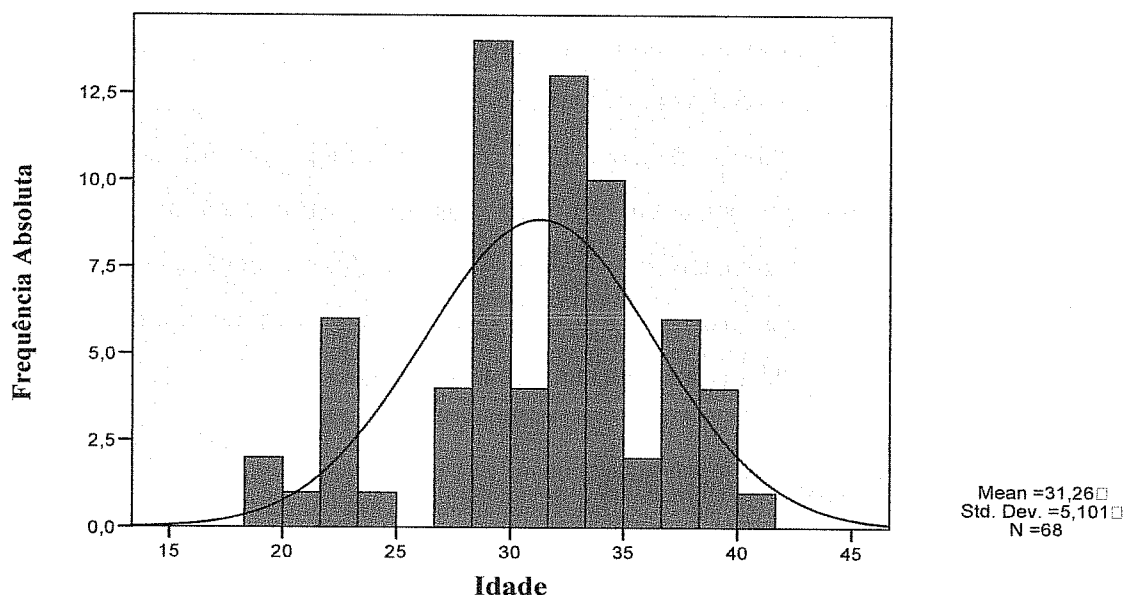


Tabela 2 – Estatística Descritiva relativa à Variável *Idade*

Participantes	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Valor Máximo	Valor Mínimo
Mães	29,94	29	30	4,519	20,421	37	19
Pais	32,59	33	33	5,366	28,795	41	22

Tabela 3 – Estatística Descritiva relativa à variável *Idade do Nascimento do Primeiro Filho*

Participantes	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Valor Máximo	Valor Mínimo
Mães	27,20	29	29	5,524	30,510	37	13
Pais	29,97	23*	30,50	6,354	40,378	41	15

* valor modal mais baixo

Quanto à variável raça, verificamos que 89,7% dos participantes são caucasianos (n=61) e apenas 10,3% são de raça negra (n=7), sendo que os primeiros identificaram Portugal como o seu País de Origem e os últimos indicaram a opção Outro País de Origem (5 participantes de origem africana – Moçambique, Cabo Verde, Zimbabué, África do Sul e Angola, e 2 de origem brasileira).

Tabela 4 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Raça*

Elementos Amostra Raça	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Caucasiana	30	88,2	31	91,2	61	89,7
Negra	4	11,8	3	8,8	7	10,3
Total	34	100	34	100	68	100

Relativamente às mães, 88,2% (n=30) são de raça caucasiana e apenas 11,8 % (n=4) de raça negra. O mesmo se passa com os pais, 91,2% (n=31) de raça caucasiana e 8,8% (n=3) de raça negra. 91,2% (n=31) das mães identificou como País de Origem Portugal e 8,8% (n=3) identificou a opção Outro País de Origem (Moçambique, Brasil e África do Sul). 88,2% (n=30) dos pais identificaram Portugal como o seu País de Origem e 11,8% (n=4) identificou a opção Outro País de Origem (Cabo Verde, Brasil, Zimbabué e Angola).

Tabela 5 – Frequências e Percentagens relativas à variável *País de Origem*

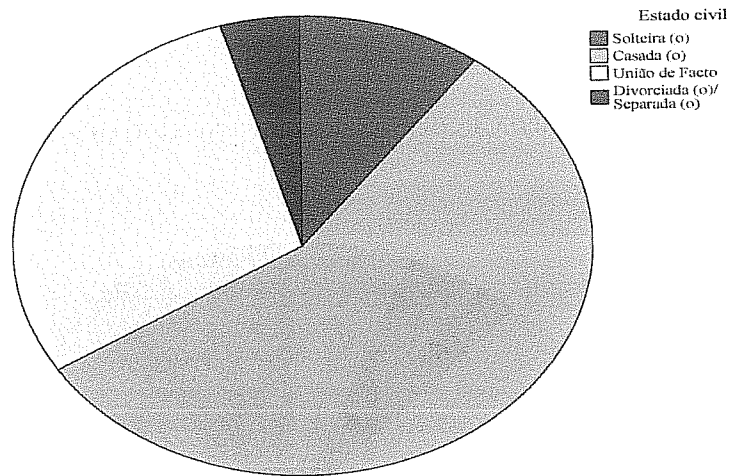
Elementos Amostra País de Origem	Mães		País		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Portugal	31	91,2	30	88,2	61	89,7
Outro País	3	8,8	4	11,8	7	10,3
Total	34	100	34	100	68	100

Tabela 6 – Frequências e Percentagens relativas à variável Identificação do *Outro País de Origem*

Elementos Amostra Outro País de Origem	Mães		País		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Moçambique	1	33,3	0	0	1	14,3
Cabo Verde	0	0	1	25	1	14,3
Brasil	1	33,3	1	25	2	28,6
Zimbabué	0	0	1	25	1	14,3
Angola	0	0	1	25	1	14,3
África do Sul	1	33,3	0	0	1	14,3
Total	3	100	4	100	7	100

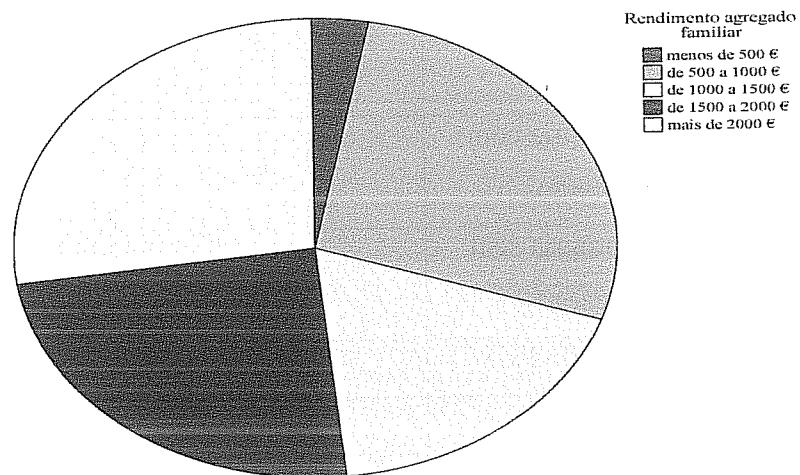
Relativamente ao estado civil dos participantes, 55,9% são casados (n=38), 29,4% vivem em união de facto (n=20), 10,3% são solteiros (n=7) e 4,4% divorciados (n=3).

Figura 2 – Gráfico Circular relativo à variável *Estado Civil* na amostra



Em 27,3% dos casos (n=18) o rendimento do agregado familiar dos participantes varia entre os 500 e os 1000 € e o mesmo valor percentual com mais de 2000 €. Em 24,2% (n=16) dos casos, o rendimento do agregado familiar varia entre 1500 e 2000 €, 18,2% (n=12) entre os 1000 e os 1500 € e apenas 3% (n=2) menos de 500€.

Figura 3 – Gráfico Circular relativo à variável *Rendimento do Agregado Familiar* na amostra



As áreas de residência identificadas com o maior número de participantes são, ordenadamente, os concelhos de Almada (20,6%), Seixal (20,6%), Vila Franca de Xira (11,8%), Lisboa (8,8%) e Cascais (8,8%).

Figura 4 – Gráfico Circular relativo à variável *Área de Residência* na amostra

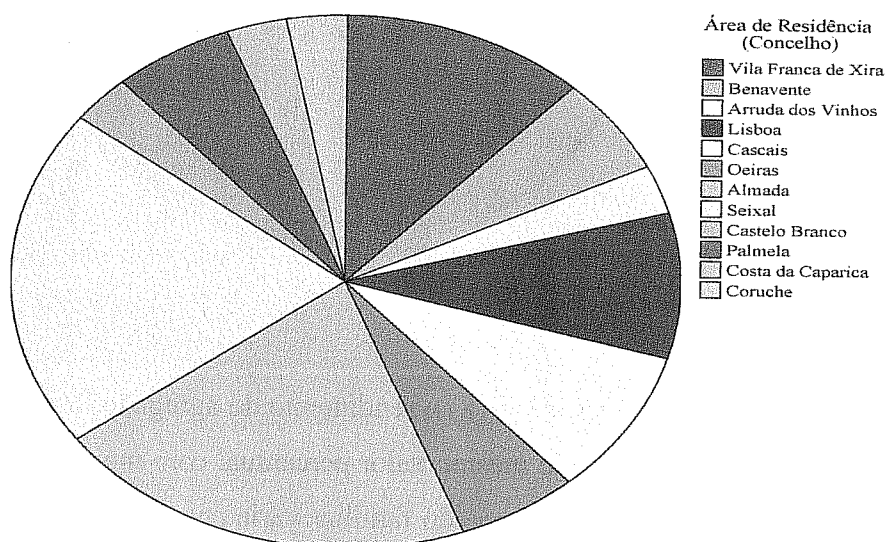


Tabela 7 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Condições de Habitação*

Condições de Habitação	n	%
Casa própria com encargos	46	67,6
Casa própria sem encargos	10	14,7
Casa arrendada	12	17,6
Total	68	100

Quanto às condições de habitação, 67,6% dos participantes reside em casa própria com encargos (n=46), 17,6% em casa arrendada (n=12) e 14,7% em casa própria sem encargos (n=10). Não se registraram casos de habitação em anexos de uma casa, num quarto ou outra

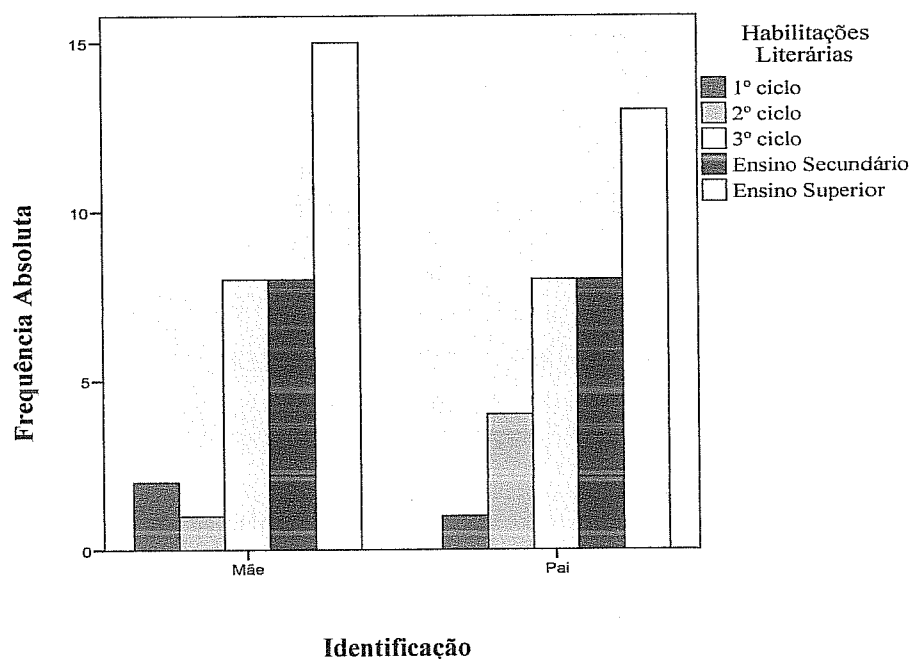
situação. A maioria dos participantes, 75% (n=51) vive com o (a) companheiro (a), 23,5% (n=15) vive com o (a) companheiro (a) e outros familiares e apenas 2,9% (n=2) vivem sozinhos.

Tabela 8 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Constituição do Agregado Familiar*

Constituição do Agregado Familiar	n	%
Vive Sozinha (o)	2	2,9
Vive com o (a) companheiro (a)	51	75
Vive com o (a) companheiro (a) e outros familiares	15	22,1
Total	68	100

No que diz respeito às habilitações literárias verificamos que, de uma forma geral, as mães têm melhores habilitações que os pais. No ensino superior, temos 44,1 % (n=15) das mães para 38,2% (n=13) dos pais, com o Ensino Secundário e 3.º Ciclo temos uma igualdade percentual de 23,5 para ambos (n=8), no 2.º Ciclo temos 2,9% (n=1) de mães e 11,8% (n=4) de pais e no 1.º Ciclo temos 5,9% (n=2) das mães para 2,9% (n=1) dos pais.

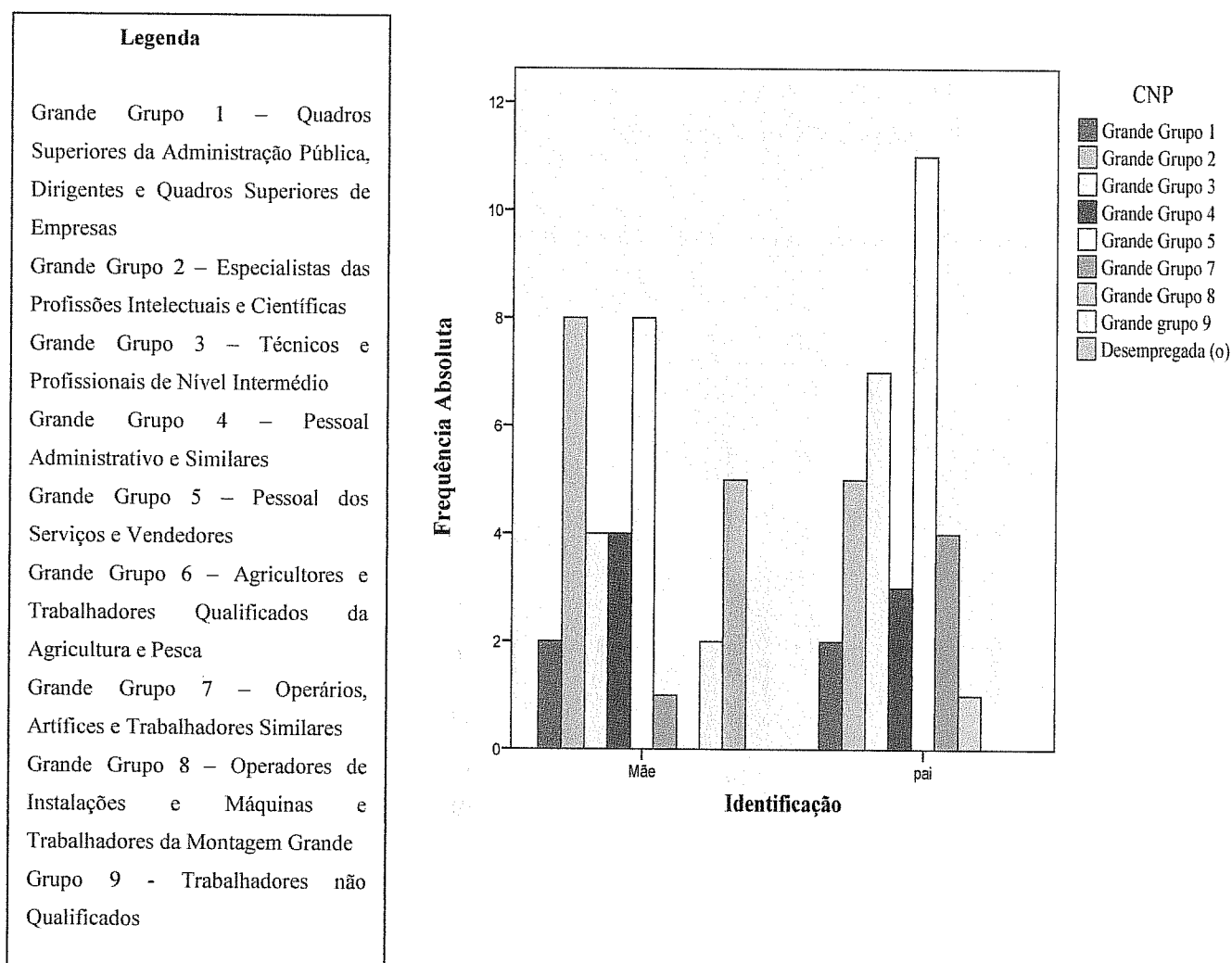
Figura 5 – Gráfico de Barras relativo à variável *Habilitações Literárias em Mães e Pais*



Para a categorização e sistematização das profissões dos participantes utilizamos a Classificação Nacional de Profissões (CNP) do Instituto de Emprego e Formação Profissional. A CNP é um relatório de todas as profissões existentes em Portugal e dos respectivos descritivos funcionais, apresentando-se agregadas por grupos profissionais (cf. Anexo 6).

Após a análise dos dados obtidos, podemos afirmar que a maioria dos nossos participantes, 28,4% (n=19) pertencem ao Grande Grupo 5, que representa o pessoal dos serviços e vendedores. Seguem-se 19,4% (n=13) dos participantes do Grande Grupo 2, os especialistas das profissões intelectuais e Científicas; 16,4% (n=11) do Grande Grupo 3, referente aos técnicos e profissionais de nível intermédio e 10,4 % (n=7) do Grande Grupo 4, referente ao pessoal administrativo e similares. Registraram-se 7,5% (n=5) dos participantes que se encontram desempregados. O Grupo com menor representatividade nesta amostra foi o Grande Grupo 8, referente aos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, com o valor percentual de 1,5 (n=1). De salientar, que não existem participantes pertencentes ao Grande Grupo 6, os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca.

Figura 6 – Gráfico de Barras relativo à variável *Profissão* em Mães e Pais



As mães participantes no estudo estão representadas em maior número nos Grandes Grupos 2 e 5, obtendo para cada um deles o mesmo valor percentual, de 23,5% (n=8). O grupo com menor representatividade é o Grande Grupo 7, com apenas 2,9% das mães (n=1). Não se verificou nenhuma mãe participante pertencente ao Grande Grupo 8. Curiosamente, os participantes desempregados são todos pertencentes ao grupo das mães.

Por outro lado, os pais participantes no estudo estão representados em maior número no Grande Grupo 5, com 33,3 % (n=11), seguido do Grande Grupo 3 com 21,2% (n=7). O grupo com menor representatividade é o Grande Grupo 8, com apenas 3% dos pais (n=1). Não se verificou nenhum pai participante pertencente ao Grande Grupo 9.

Tabela 9 – Estatística Descritiva relativa à variável *Horas Diárias Ocupadas pela Actividade Profissional*

Participantes	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Valor Máximo	Valor Mínimo
Mães	8,07	8	8,00	2,348	16	0
Pais	9,19	8	9,00	1,469	12	6

Em média, os pais despendem mais horas diárias na actividade profissional do que as mães (9,19 para 8,07). Ambos obtiveram o valor modal de 8.

Tabela 10 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Religião*

Elementos Amostra Religião	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Católica	27	81,8	24	72,8	51	77,2
Protestante	1	3,0	1	3	2	3
Evangélica	2	6,1	2	6,1	4	6,1
Não tem	3	9,1	6	18,2	9	13,6
Total	33*	100	33*	100	66**	100

* 1 Não resposta ** 2 Não respostas

Relativamente à religião, 77,2% (n=51) dos participantes são católicos, 13,6% (n=9) não tem religião, 6,1% (n=4) é Evangélico e 3% (n=2) Protestante. 73,3% (n=44) dos participantes é não praticante e 26,7% (n=16) são praticantes.

Tabela 11 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Praticantes e Não Praticantes*

Elementos Amostra Variáveis	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Praticante	10	31,3	6	21,4	16	26,7
Não Praticante	22	68,8	22	78,6	44	73,3
Total	32*	100	28**	100	60***	100

* 2 Não Reposta ** 6 Não Respostas *** 8 Não Respostas

Terminada a caracterização da nossa amostra, apresentamos de seguida os resultados alcançados.

III. Resultados

O presente estudo foi sujeito a um tratamento estatístico realizado com o *Software* informático *Statistical Package for Social Sciences* para o *Windows* © (v.15; SPSS Inc, Chicago, IL), tendo todas as análises e escolhas de testes estatísticos sido efectuadas de acordo com as recomendações descritas na literatura (Maroco, 2007; Ribeiro, 2007). No presente capítulo, apresentamos numa fase inicial, os dados obtidos através das questões que integramos no questionário de caracterização da amostra, e que assumimos como resultados e, posteriormente, os dados obtidos relativos à aplicação dos instrumentos referidos no capítulo anterior.

Quanto à variável proximidade com a família alargada, 86,8% (n=59) dos participantes responderam afirmativamente; sendo que os pais mantêm maior contacto com os seus familiares comparativamente com as mães (88,2% para 85,3%, respectivamente). Os elementos familiares próximos mais identificados foram os pais (73,1%), seguidos dos sogros (70,1%), dos tios (27,9%), dos primos (26,9%) e, finalmente dos irmãos (10,4%).

Tabela 12 – Frequências e Percentagens relativas à Variável *Proximidade com a Família Alargada*

Elementos Amostra Proximidade com A Família Alargada	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	29	85,3	30	88,2	59	86,8
Não	5	14,7	4	11,8	9	13,2
Total	34	100	34	100	68	100

Tabela 13 – Frequências e Percentagens relativas à Variável *Elementos Familiares Mais Próximos*

Elementos Amostra Familiares mais Próximos	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Pais	26	76,5	23	69,7	49	73,1
Sogros	24	70,6	23	69,7	47	70,1
Primos	10	29,4	8	24,2	18	26,9
Tios	11	32,4	8	24,2	19	28,4
Irmãos	3	8,8	4	12,1	7	10,4

No que diz respeito à experiência prévia de cuidar de outros bebês, verificamos que 58,8% dos participantes responderam negativamente, sendo que mais pais (73,5%) do que mães (44,1%). De igual modo, 91,2% dos participantes responderam não ter experiência anterior de hospitalização de um filho, sendo que mais pais (94,1%) do que mães (88,2%).

Tabela 14 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Experiência Prévia de Cuidar de Outros Bebês*

Elementos Amostra Exp. Prévia no Cuidar	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	55,9	9	26,5	28	41,2
Não	15	44,1	25	73,5	40	58,8
Total	34	100	34	100	68	100

Tabela 15 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Experiência Anterior de Hospitalização de um Filho*

Elementos Amostra Exp. Anterior Hospitalização de um filho	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	4	11,8	2	5,9	6	8,8
Não	30	88,2	32	94,1	62	91,2
Total	34	100	34	100	68	100

Relativamente à variável preparação durante a gravidez para cuidar do bebê, 58,8% (n=40) dos participantes refere não ter tido preparação, sendo que mais pais (82,4%) do que mães (35,3%).

Figura 7 – Gráfico de Barras relativo à variável *Preparação para Cuidar do Bebê* em Mães e Pais

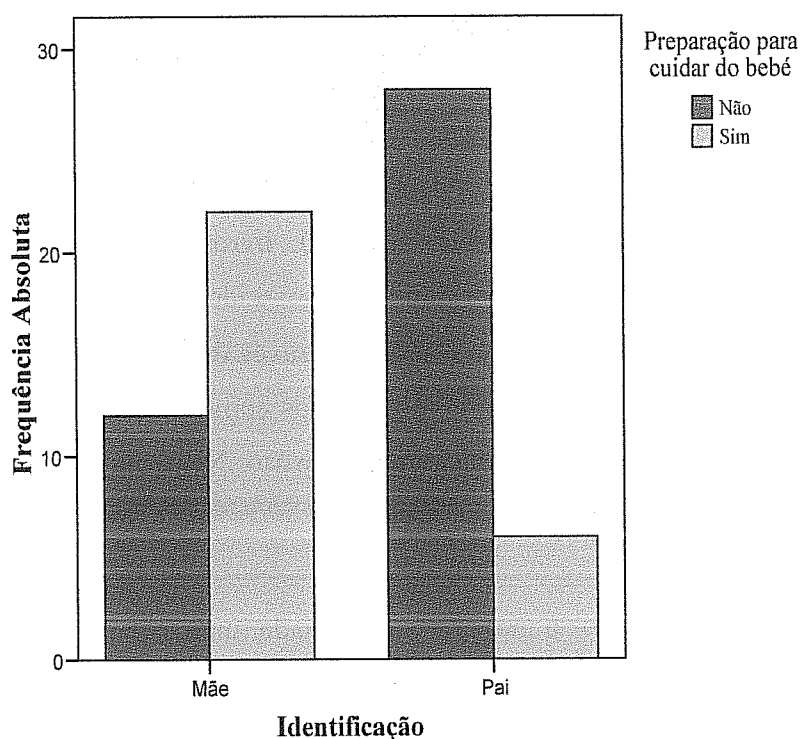


Tabela 16 – Frequências e Percentagens Relativas à variável *Fontes de Preparação para Cuidar do Bebê*

Elementos Amostra Fontes Preparação p/ Cuidar do Bebê	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Família	3	8,8	2	5,9	5	7,4
Experiências anteriores de cuidar de um recém-nascido	5	14,7	2	5,9	7	10,3
Amigos/Vizinhos	0	0	1	2,9	1	1,5
Consultas de Vigilância Gravidez	15	44,1	3	8,8	18	26,5
Curso de Preparação para o Parto/Nascimento	4	11,8	0	0	4	5,9
Livros e Revistas Especializadas	10	29,4	4	11,8	14	20,6
Meios de Comunicação Social	0	0	1	2,9	1	1,5

As principais fontes de preparação que os participantes identificaram foram as Consultas de Vigilância da Gravidez (26,5%), livros e revistas especializadas (20,6%), experiências anteriores de cuidar de um recém-nascido (10,3%), a família (7,4%), curso de preparação para o parto/nascimento (5,9%) e através de amigos/vizinhos (1,5%). De realçar que nenhuma mãe identificou os amigos/vizinhos como fonte de preparação, como nenhum pai identificou os cursos de preparação para o parto. Nenhum participante mencionou outra possível fonte de preparação.

Em 92,6% dos casos a gravidez foi desejada, mais para as mães (94,1%) do que para os pais (91,2%). Todos os participantes aceitaram a gravidez.

Tabela 17 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Desejo da Gravidez*

Elementos da Amostra Desejo da Gravidez	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	32	94,1	31	91,2	63	92,6
Não	2	5,9	3	8,8	5	7,4
Total	34	100	34	100	68	100

Em 61,2% (n=41) dos casos, os participantes viram o bebê antes de este ser internado; 52,9 % (n=18) mães e 69,7% (n=23) pais. Em 80,9% dos casos o pai foi o primeiro familiar a visitar o bebê, seguido dos avós com 13,2% (n=9).

Tabela 18 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Ver o Bebê antes do Internamento*

Elementos da Amostra Viu o bebê?	Mães		Pais		Amostra Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	18	52,9	23	69,7	41	61,2
Não	16	47,1	10	30,3	26	38,8
Total	34	100	33*	100	67*	100

* 1 Não resposta

Tabela 19 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Primeiros Familiares a Visitar o Bebê Internado*

Familiares Identificados	N	%
Pai	55	80,9
Avós	9	14,2
Mãe	4	5,9
Total	68	100

Tabela 20 – Estatística Descritiva relativa à variável *Frequência de Visitas ao Bebê*

Elementos da Amostra Frequência De visitas	Mães		Pais		Total	
	n	%	n	%	N	%
Todos os dias	33	97,1	29	85,3	62	91,2
3 vezes por semana	0	0	1	2,9	1	1,5
4 a 6 vezes por semana	1	2,9	3	8,8	4	5,9
Não visitou	0	0	1	2,9	1	1,5
Total	34	100	34	100	68	100

Relativamente à variável frequência de visitas ao bebê, 37,3% dos participantes passa cerca de 4 a 8 horas junto do bebê no internamento. A média de horas diárias junto do bebê é de 2,68 para as mães e de 2,97 para os pais (note-se que o valor 2 refere-se a “menos de 30 minutos” e valor 3 “de 1 a 4 horas”). 97,1% das mães visita diariamente os bebês para 85,3% dos pais.

Tabela 21 – Estatística Descritiva relativa à variável *Horas Diárias Junto do Bebê no Internamento*

Participantes	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Mães	2,68	4*	3,50	1,451
Pais	2,97	3**	3,00	0,728

* de 4 a 8 horas ** de 30 minutos a 4 horas

As variáveis relativas ao local de residência (questão 8 do questionário), anos de escolaridade concluídos (questão 10.1.1 do questionário), idade e sexo dos outros filhos (questão 15 do questionário) não foram tidas em conta, uma vez que obtivemos um número significativo de não respostas.

Caracterização da História Obstétrica e Neonatal

Quanto à variável natureza da gravidez, 97,1 % (n=33) das gravidezes foram naturais, registrando-se apenas 2,9 % (n=1) em que houve recurso a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (TRMA), mais especificamente à Fertilização In Vitro (FIV).

Tabela 22 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Natureza da Gravidez*

Gravidez	n	%
Natural	33	97,1
TRMA	1	2,9
Total	34	100

A maioria das gravidezes, 73,5% (N=25) foram planejadas e todas foram vigiadas. A vigilância da gravidez ocorreu em 50% dos casos no centro de saúde da área de residência, 38,2% em médico particular e 35,3% em meio hospitalar.

Tabela 23 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Vigilância e Planejamento da Gravidez*

Variáveis	Vigilância da Gravidez		Planeamento da Gravidez	
	n	%	n	%
Vigiou/Planeou a gravidez?				
Sim	34	100	25	73,5
Não	0	0	9	26,5
Total	34	100	34	100

Tabela 24 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Local de Vigilância da Gravidez*

Local de Vigilância da Gravidez	n	%
Centro de Saúde	17	50
Hospital	12	35,3
Médico Particular	13	38,2

Tabela 25 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Gemelaridade*

Gravidez Gemelar	n	%
Sim	6	18,2
Não	28	81,8
Total	34	100

Registraram-se 6 casos de gemelaridade, o que equivale a 18,2% do total das gravidezes. Apenas 39,4% (n=13) das gravidezes foram identificadas com sendo de risco.

Tabela 26 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Gravidez de Risco*

Gravidez de Risco	n	%
Sim	13	39,4
Não	20	60,6
Total	34*	100

* 1 Não Resposta

Quanto aos antecedentes obstétricos, temos que 5,9% (n=2) das mães já tinha realizado uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), 17,6% (n=6) tinham realizado aborto terapêutico e 5,9 % (n =2) sofrido aborto espontâneo.

Tabela 27 – Frequências e Percentagens relativas à variável *História Obstétrica*

Dados da História Obstétrica	n	%
Interrupção voluntária da Gravidez	2	5,9
Aborto Espontâneo	6	17,6
Aborto Terapêutico	2	5,9

Obtivemos uma média para o número de gestas de 1,86 e de 1,62 para o número de paras. De acordo com os valores de estatística descritiva obtidos para estas variáveis, podemos afirmar que a maioria das mães tem um valor relativo ao número de gravidezes (gestas) menor ou igual que 3 (Percentil 75) e ao número de partos (paras) menor ou igual que 2 (Percentil 75), o que é indicativo que para a maioria delas, este não se trata do nascimento do primeiro filho.

Tabela 28 – Estatística Descritiva relativa à variável *Número de Gestas e Paras*

Estatística Descritiva	Gestas	Paras
Média	1,86	1,62
Moda	1	1
Mediana	2	1
Desvio Padrão	1,032	1,010
Valor Máximo	5	6
Valor Mínimo	1	1
Percentil 25	1	1
Percentil 50	2	1
Percentil 75	3	2

Relativamente aos hábitos maternos, identificou-se 17,6% (n=6) de mães com hábitos tabágicos. Não se registraram casos de hábitos alcoólicos e tóxicos.

Tabela 29 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Hábitos Maternos*

Hábitos Maternos	n	%
Tabágicos	6	17,6
Alcoólicos	0	0
Tóxicos	0	0

Em apenas 2 casos (5,9%) se registrou história anterior de parto pré-termo e em 73,5% (n=25) existiram problemas ginecológicos/obstétricos durante a gravidez. Os mais identificados foram Hipertensão arterial (HTA) /Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (40%), hemorragias/perdas hemáticas (24%) e ameaça de parto pré-termo (16%).

Tabela 30 – Frequências e Percentagens relativas à variável História Anterior de Parto Pré-Termo

História Anterior de Parto Pré – Termo	n	%
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Total	34	100

Tabela 31 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Problemas Ginecológicos/Obstétricos durante a Gravidez*

Problemas Ginecológicos/Obstétricos durante a Gravidez	N	%
HTA induzida pela gravidez/Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	10	40
Hemorragias/Perdas Hemáticas	6	24
Ameaça de Parto Pré-Termo	4	16
Ruptura Prematura de Membranas	2	7,7
Incompetência do Colo Uterino	2	7,7
Oligoâmnios	1	4

Apenas 8,8% das grávidas sofreram incidentes traumáticos durante a gravidez. Considerou-se incidentes traumáticos, a título de exemplo, a existência de quedas e/ou acidentes de viação.

Tabela 32 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Incidentes Traumáticos durante a Gravidez*

Incidentes Traumáticos durante a Gravidez	n	%
Sim	3	8,8
Não	31	91,2
Total	34	100

Quanto à variável medicação durante a gravidez, 38,2% das grávidas (n=13) foram medicadas, nomeadamente com antibióticos (53,8%), antihipertensores (38,5%) e corticóides (7,7%). A restante terapêutica mencionada nos questionários diz respeito à terapêutica habitual realizada no período gravídico, pelo que consideramos sem interesse para esta caracterização.

Tabela 33 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Medicação durante a Gravidez*

Medicação	n	%
Antibioterapia	7	53,8
Antihipertensores	5	38,5
Corticóides	1	7,7

Metade das grávidas teve pelo menos um internamento no decorrer do período gravídico. Os principais motivos do internamento foram ameaça de parto pré-termo (35,3%), HTA/Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (23,5%), vômitos incoercíveis e ruptura prematura de membranas, com o mesmo valor percentual (11,8%). Identificamos 2 (10,5%) casos de hemorragias/perdas hemáticas e 2 (10,5%) casos de incompetência do colo uterino.

Tabela 34 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Internamentos durante a Gravidez*

Internamentos durante a Gravidez	n	%
Sim	17	50
Não	17	50
Total	34	100

Tabela 35 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Motivos do Internamento*

Motivos do Internamento	n	%
HTA/Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	4	21,1
Vômitos incoercíveis	2	10,5
Hemorragias/Perdas Hemáticas	2	10,5
Ruptura Prematura de Membranas	3	15,8
Ameaça de Parto Pré-Termo	6	31,6
Incompetência do Colo Uterino	2	10,5
Total	19	100

Em 64,9% (n=24) dos casos os bebês nasceram por cesariana, 27% (n=10) por parto eutócico, 5,4% (n=2) por ventosa e, por fim, 2,7% (n=1) por fórceps. Os principais motivos de distocia identificados foram a ruptura prematura de membranas (19%), apresentação pélvica (14,3%), gemelaridade (9,5%) e prematuridade (9,5%).

Os principais diagnósticos médicos identificados que justificam o internamento dos bebês foram: 81,1% (n=30) icterícia neonatal, 75,7% (n=28) síndrome de dificuldade respiratória, 40,5% (n=15) infecção ou sépsis neonatal, 21,6% (n=8) intolerância alimentar, 2,7% (n=1) hipo/hiperglicémias e, com o mesmo valor percentual, síndrome de privação. Não se registraram casos de asfixia neonatal e traumatismos de parto. Registraram-se ainda casos de Doença da Membrana Hialina (N=1), Displasia Bronco-pulmonar (n=1) e anemia da prematuridade (n=1). De acrescentar ainda que na maioria dos casos se verificou a associação de mais que um diagnóstico para o mesmo bebê.

Tabela 40 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Diagnóstico Médico do Recém-nascido*

Diagnóstico Médico do Recém-nascido	n	%
Icterícia Neonatal	30	81,1
Síndrome de Dificuldade Respiratória	28	75,7
Infecção/Sépsis Neonatal	15	40,5
Intolerância Alimentar	8	21,6
Hipo/Hiperglicémias	1	2,7
Síndrome de Privação	1	2,7

Tabela 41 – Frequências e Percentagens relativas à variável *Tratamentos e Procedimentos a que o Bebê foi Submetido*

Tratamentos/Procedimentos a que o Bebê foi Submetido	n	%
Monotorização Cardio-respiratória	34	91,9
Soroterapia Endovenosa	32	86,5
Entubação Oro/Nasogástrica	32	86,5
Fototerapia	29	78,4
Antibioterapia	23	62,2

Modalidades Ventilatórias	19	51,4
Cateterismo Umbilical (Venoso e/ou Arterial)	12	32,4
Transfusão Sanguínea	4	10,8

Os principais tratamentos e procedimentos a que os bebés foram submetidos no decorrer do internamento foram também identificados. Assim, temos: Monitorização Cardio-respiratória (MCR) com 91,9% (n=34), soroterapia com 86,5% (n=32), entubação oro/nasogátrica com 86,5% (n=32), fototerapia com 78,4% (n=29), antibioterapia com 62,2% (n=23), modalidades ventilatórias (CPAP ou ventilação mecânica) com 51,4% (n=19), cateterismo umbilical venoso e arterial com 32,4% (n=12) e transfusão sanguínea com 10,8% (n=4). Não se registraram casos de exsanguineotransfusões.

Passamos de seguida a apresentar os resultados obtidos relativos ao stress e necessidades parentais. Na presente análise estatística foi efectuada uma análise descritiva para todas as medidas do estudo, sendo que para se verificar a normalidade das distribuições, se efectuaram *Testes de Kolmogorov-Smirnov*, e para verificar a homogeneidade entre as variáveis se utilizou o *Teste de Levene*. Nas situações em que se verificaram tal condições optamos pelo uso de testes paramétricos – *Teste de t-Student* para amostras independentes, para se analisar as diferenças entre mães e pais de bebés prematuros nas diversas variáveis. Nas situações em que os pressupostos citados não se verificaram, recorreremos a um teste não paramétrico – o *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney* para 2 amostras independentes.

No que respeita ao padrão de correlações entre as dimensões da escala de stress parental e as dimensões da escala de necessidades da família, em pais e mães de bebés prematuros, este foi analisado através do *Coefficiente de Correlação de Pearson*.

Note-se que no decorrer do tratamento estatístico, se assumiram os *scores* de 6 da Escala de Stress Parental e de 5 da Escala das Necessidades da Família (“Não se aplica”) como missings, de forma, a evitarmos o enviesamento dos resultados obtidos.

Por fim, para a análise das respostas obtidas nas 3 questões semi-abertas colocadas, recorreremos à criação de categorias de significação.

Através dos resultados obtidos, verificamos que relativamente à escala de stress parental aplicada, a dimensão Alteração dos Papéis Parentais foi a que obteve a média mais alta ($M= 3,7941$), o que é indicativo de que esta dimensão é a causadora de níveis de stress

mais elevados nos participantes do presente estudo. Seguem-se, ordenadamente, as dimensões da Aparência do Bebê ($\underline{M}=3,3677$) e, por fim, a de Sinais e Sons ($\underline{M}=2,4030$). Por outras palavras, podemos afirmar que para os pais, o sentimento de perda de competência no desempenho do seu papel parental, motivado pelo nascimento prematuro e internamento do bebé, é mais stressante do que a aparência física do filho prematuro, e esta, mais stressante do que os estímulos sonoros externos e o ambiente das UCIN's.

O desvio padrão obtido para as dimensões da escala de stress foi de 1,024 para Sinais e Sons, 0,949 para Aparência do Bebê e de 0,958 para as Alterações dos Papéis Parentais.

Identificamos as afirmações “Sentir-me inútil ou incapaz de proteger o meu bebé da dor ou de procedimentos causadores de dor” ($\underline{M}=4,30$) e “Sentir-me inútil sobre como ajudar o meu bebé nesta situação” ($\underline{M}=4,17$) da dimensão Alteração dos Papéis Parentais, como a que provocaram maior nível de stress aos pais participantes (Itens 24 e 25, respectivamente). O item 26, “Não ter tempo para estar sozinho com o meu bebé” foi identificado como a afirmação desta dimensão, causadora de menores níveis de stress aos pais ($\underline{M}=2,95$).

Através da interpretação dos valores de percentis obtidos, percebemos que 75% dos participantes (3º Quartil) cotou esta dimensão com valores menores ou iguais a 4,667 e que apenas 25% dos mesmos (1º Quartil) cotou com valores menores ou iguais a 3,1667. As opções “muito stressante” e “extremamente stressante” assumiram-se como as graduações da escala mais utilizada pelos pais para esta dimensão (valor modal=4,50).

Para caracterizarmos a forma da distribuição dos elementos da população amostrados em torno da média, recorreremos à interpretação dos valores de enviesamento (Skewness) e achatamento (Kurtose). Neste sentido, quanto à dimensão Alterações dos Papéis Parentais, podemos constatar que a distribuição tem um enviesamento negativo ou assimétrico à esquerda ($\underline{SK}=- 0,620$). Por outras palavras, a distribuição concentra-se no lado direito com uma longa cauda para o lado esquerdo. Quanto ao coeficiente de achatamento ou kurtose, para a mesma dimensão, diz-se que a distribuição é achatada ($\underline{KU}=- 0,489$), tomando o nome de platocúrtica (Maroco, 2007). Note-se a distribuição normal apresenta características diferentes ($\underline{SK}=0$; $\underline{KU}=0$).

Relativamente à dimensão Aparência do Bebê, as afirmações mais cotadas foram, por ordem, os itens 15, 10 e 8: “Quando o meu bebé parece estar em sofrimento” ($\underline{M}=4,46$), “Padrões de respiração anormais ou pouco vulgares do meu bebé” ($\underline{M}=4,03$) e “Feridas, cortes ou incisões no meu bebé” ($\underline{M}=3,92$). O item 9, “A cor pouco vulgar do meu bebé (por exemplo parecer pálido ou amarelo) ”foi identificado como a afirmação desta dimensão, causadora de menores níveis de stress aos pais ($\underline{M}=2,89$).

75% dos participantes (3º Quartil) cotou os itens pertencentes a esta dimensão com valores menores ou iguais a 4,3000 e apenas 25% (1º Quartil) com valores menores ou iguais a 2,7000. Identificaram-se vários valores modais, sendo o mais baixo de 2,70 (o que significa que nesta dimensão os *scores* dos pais variaram entre “Um pouco stressante” e “Moderadamente Stressante”). O enviesamento da distribuição é positivo ou assimétrico à direita ($SK=0,337$) e quanto ao achatamento tem distribuição achatada ou platocúrtica ($KU=-1,044$). Note-se que esta distribuição se afasta da distribuição normal ($SK=0$; $KU=0$).

Quanto à dimensão de Sinais e Sons, as afirmações que foram mais cotadas pelos pais e, conseqüentemente, lhes provocaram um nível de stress mais alto foram, ordenadamente, os itens 3 e 2: “Barulhos repentinos dos alarmes e dos monitores” ($M=3,00$) e “Barulho constante dos monitores e do equipamento” ($M=2,90$). O item 4, “Os restantes bebés doentes na sala” foi identificado como a afirmação desta dimensão, causadora de menores níveis de stress aos pais ($M=1,73$).

Tabela 42 – Estatística descritiva relativa às dimensões da Escala de Stress Parental

	Sinais e Sons	Aparência do Bebé	Alteração dos Papéis Parentais
Média	2,4030	3,3677	3,7941
Mediana	2,2000	3,1000	4,0000
Moda	1,80*	2,70*	4,50
Desvio Padrão	1,02432	0,94917	0,95835
Skewness	0,583	0,337	-0,620
Kurtose	-0,435	-1,044	-0,489
Valor Mínimo	1,00	1,90	1,33
Valor Máximo	5,00	5,00	5,00
Intervalo de Variação (IV)	4,00	3,10	3,67
Percentil 25 (Q1)	1,6000	2,7000	3,1667
Percentil 50 (Q2)	2,2000	3,1000	4,0000
Percentil 75 (Q3)	3,1000	4,3000	4,6667

* Valor modal mais baixo

Para esta dimensão, foram identificados vários valores modais, sendo o mais baixo de 1,80 (as respostas dos pais variaram entre as opções “Nada Stressante” e “Pouco Stressante”). No entanto, de acordo com o 3º Quartil, 75% dos participantes cotou as afirmações com valores menores ou iguais a 3,1000 e 25% (1º Quartil) com valores menores ou iguais a 1,6000. A distribuição diz-se com enviesamento positivo ou assimétrica à direita (concentra-se no lado esquerdo com uma longa cauda à direita), uma vez que, SK toma valores maiores do que zero ($SK=0,583$). Quanto ao coeficiente de achatamento, a distribuição é platocúrtica ($KU=-0,435$). Note-se a distribuição normal apresenta outras características. (Maroco, 2007).

Para as mães, a dimensão Alteração dos Papéis Parentais é a mais cotada ($M=4,3571$), seguindo-se a Aparência do Bebê ($M=3,7846$) e, por fim, a dimensão Sinais e Sons ($M=2,4875$). Nos pais, verificamos que existe a mesma ordem: Alteração dos Papéis Parentais ($M=3,4000$), seguida da dimensão Aparência do Bebê ($M=3,0667$) e, por fim, a dimensão Sinais e Sons ($M=2,3235$).

De realçar que os valores médios obtidos para as 3 dimensões são sempre mais altos para as mães do que para os pais, nomeadamente no que diz respeito à dimensão Alterações dos Papéis Parentais. A dimensão Sinais e Sons foi para ambos a menos valorizada.

Tabela 43 – Estatística Descritiva relativa à variável *Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN*

Média	4,11
Moda	5
Mediana	4,00
Desvio-Padrão	1,002
Skewness	-1,024
Kurtose	0,481
Valor Mínimo	1
Valor Máximo	5
Intervalo de Variação (IV)	4
Percentil 25 (Q1)	4,00
Percentil 50 (Q2)	4,00
Percentil 75 (Q3)	5,00

De uma maneira geral, para os pais participantes, a experiência da hospitalização do filho prematuro (Item 27) foi muito stressante ($\bar{M}=4,11$). O valor modal obtido foi de 5 (Extremamente Stressante) com um desvio padrão de 1,002. Através da leitura dos percentis, é possível verificar que a maioria dos participantes (75%), cotou esta variável com valores iguais ou menores a 5 (Extremamente Stressante).

Temos para esta variável, um enviesamento negativo ou assimétrico à esquerda ($SK=-1,024$), o que significa que a distribuição se concentra no lado direito com uma longa cauda para o lado esquerdo (Maroco, 2007). Quanto ao coeficiente de achatamento ($KU=0,481$), a distribuição diz-se leptocúrtica, uma vez que, o valor é maior que zero (Maroco, 2007). Verifica-se um afastamento da distribuição face à distribuição normal ($SK=0$; $KU=0$).

Verificamos ainda que a experiência da hospitalização do filho prematuro na UCIN é mais stressante para mães do que para pais ($\bar{M}_{Mães}=4,44$ para $\bar{M}_{pais}=3,77$). Para as mães, obtivemos um valor modal de 5 (Extremamente Stressante) e para os pais de 4 (Muito Stressante).

Tabela 44 – Estatística Descritiva relativa à variável *Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN* para Mães e Pais

	Mães	Pais
Média	4,44	3,77
Moda	5	4
Mediana	5,00	4,00
Desvio-Padrão	0,840	1,055
Skewness	-1,358	-0,788
Kurtose	0,983	0,259
Intervalo de Variação (IV)	3	4
Valor Mínimo	2	1
Valor Máximo	5	5
Percentil 25 (Q1)	4,00	3,00
Percentil 50 (Q2)	5,00	4,00
Percentil 75 (Q3)	5,00	5,00

A distribuição apresenta um enviesamento negativo ou assimétrico à esquerda ($SK < 0$) e um coeficiente de achatamento com distribuição do tipo pontiaguda ($KU > 0$), logo

leptocúrtica, para mães e pais (Maroco, 2007). No entanto, note-se que para as mães a distribuição se afasta mais da distribuição normal que para os pais.

Relativamente à escala das necessidades da família, verificamos que as diferenças de médias entre as dimensões da escala são pouco significativas (estão todas situadas na casa dos 3). No entanto, a Garantia ($\underline{M}=3,7859$), a Informação ($\underline{M}=3,6394$) e a Proximidade ($\underline{M}=3,6171$) foram as dimensões cotadas com as médias mais altas. A dimensão conforto foi a que os pais consideraram a menos importante ($\underline{M}=3,1797$).

O desvio padrão obtido para as dimensões da escala de necessidades da família foi de 0,342 para Apoio, 0,294 para Informação, 0,452 para Conforto, 0,189 para Garantia e de 0,304 para Proximidade.

Identificamos as afirmações “Saber o prognóstico esperado para o meu bebé” ($\underline{M}=3,96$), “Ter a garantia de que o meu bebé está a receber os melhores cuidados possíveis” ($\underline{M}=3,94$), “Sentir que o pessoal do hospital se preocupa com o meu bebé” ($\underline{M}=3,93$) e “Ser informada(o) de aspectos específicos relativos aos progressos do meu bebé” ($\underline{M}=3,93$), como as afirmações mais cotadas pelos pais dentro da dimensão Garantia (respectivamente, itens 1, 14, 35 e 40). A afirmação “Ter a liberdade de escolher ficar ou sair quando o meu bebé experiencia procedimentos dolorosos” ($\underline{M}=3,40$) foi o item (n.º 46) menos cotado, logo percepcionado como menos importante, para os pais nesta dimensão.

75% dos participantes cotou os itens pertencentes a esta dimensão com um valor menor ou igual a 3,9167 e 25% com valores menores ou iguais a 3,6667.

Na dimensão Informação, os itens mais cotados foram “Ter informação acerca do tratamento médico do meu bebé” ($\underline{M}=3,94$) e “Saber exactamente o que está a ser feito pelo meu bebé” ($\underline{M}=3,90$) (respectivamente, itens 53 e 20). O item menos cotado foi o 26, “Sentir que não há problema em chorar” ($\underline{M}=3,18$).

De acordo com o 3º Quartil, 75% dos participantes cotou os itens desta dimensão com valores menores ou iguais a 3,8864 e 25% com valores menores ou iguais a 3,5455.

Para a dimensão Proximidade, identificamos os itens 39 (“Ver o meu bebé frequentemente”) e 3 (“Poder visitar o meu bebé a qualquer altura”) como os mais valorizados para os pais (respectivamente, $\underline{M}=3,91$ e $\underline{M}=3,84$). O item menos valorizado foi o nº 41, “Ter uma sala de espera perto da UCIN” ($\underline{M}=3,02$). 75% dos participantes cotou os itens pertencentes a esta dimensão com valores menores ou iguais a 3,8750 e 25% com valores menores ou iguais a 3,5000.

Para estas 3 dimensões e quanto às medidas de assimetria e achatamento, a distribuição assume-se com enviesamento negativo ou assimétrico à esquerda e leptocúrtica (Maroco, 2007). Recorde-se as características da distribuição normal ($SK=0$; $KU=0$).

As mães identificaram as necessidades de garantia ($M=3,836$) e informação ($M=3,6950$) como as mais importantes e as dimensões de conforto ($M=3,2020$) e apoio ($M=3,3951$) como as menos importantes. Para os pais, a dimensão garantia também surge em primeiro lugar ($M=3,7402$), seguem-se as dimensões de informação ($M=3,5799$) e proximidade ($M=3,5605$). De igual modo, as dimensões de conforto ($M=3,1602$) e apoio ($M=3,2374$) surgem para os pais como as menos importantes. De realçar novamente que em todas as dimensões o valor de importância atribuído é sempre mais alto para as mães do que para os pais.

Tabela 45 – Estatística descritiva relativa às dimensões da Escala de Necessidades da Família

	Apoio	Informação	Conforto	Garantia	Proximidade
Média	3,3083	3,6394	3,1797	3,7859	3,6171
Mediana	3,2778	3,7273	3,1429	3,8333	3,6250
Moda	3,17*	3,91	3,14	3,75*	3,63*
Desvio Padrão	0,34222	0,29421	0,45245	0,18978	0,30443
Skewness	-0,093	-1,142	-0,910	-1,029	-1,674
Kurtose	-0,425	0,827	1,782	0,927	4,050
Intervalo de Variação (IV)	1,22	1,18	2,43	0,83	1,63
Valor Mínimo	2,67	2,82	1,57	3,17	2,38
Valor Máximo	3,89	4,00	4,00	4,00	4,00
Percentil 25 (Q1)	3,1250	3,5455	2,9643	3,6667	3,5000
Percentil 50 (Q2)	3,2778	3,7273	3,1429	3,8333	3,6250
Percentil 75 (Q3)	3,5417	3,8864	3,4643	3,9167	3,8750

* Valor modal mais baixo

Apenas se registraram diferenças quanto às medidas de assimetria e achatamento, entre mães e pais, no que diz respeito às dimensões de Informação, Apoio e Conforto. Nas mães, a informação tem distribuição com enviesamento negativo ou assimétrica à esquerda ($SK=-1,506$) e leptocúrtica ($KU=3,364$) enquanto que nos pais, a distribuição é assimétrica à

esquerda ($\underline{SK}=-0,847$) mas platocúrtica ($\underline{KU}=-0,282$). Note-se que para as mães a distribuição se afasta mais da distribuição normal ($\underline{SK}=0$; $\underline{KU}=0$), do que para os pais.

Quanto à dimensão Apoio, nas mães a distribuição tem enviesamento positivo ou assimétrica à direita ($\underline{SK}=0,151$) e platocúrtica ($\underline{KU}=-0,494$), enquanto que nos pais, a distribuição é assimétrica à esquerda ($\underline{SK}=-0,067$) e platocúrtica ($\underline{KU}=-0,438$). Por fim, relativamente à dimensão Conforto, nas mães ela é assimétrica à esquerda ($\underline{SK}=-0,207$) e platocúrtica ($\underline{KU}=-0,451$) e nos pais assimétrica à esquerda ($\underline{SK}=-0,990$) mas leptocúrtica ($\underline{SK}=1,491$).

Para percebermos melhor as diferenças na vivência do stress e das necessidades entre mães e pais, começamos por confirmar os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos. Por outras palavras, verificamos que a variável dependente é de tipo quantitativo e possui distribuição normal (Maroco, 2007), através da aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) com Correção de Lilliefors. De acordo com este teste, a distribuição não é normal quando $p \leq 0,05$. Neste sentido e após os resultados obtidos verificamos que existe distribuição normal nas dimensões Sinais e Sons ($p < 0,066$), Aparência do Bebê ($p < 0,200$) e Alterações dos Papéis Parentais ($p < 0,200$) da escala de stress parental e nas dimensões de Apoio ($p < 0,200$), Conforto ($p < 0,154$), Garantia ($p < 0,200$) e Proximidade ($p < 0,200$) da escala das necessidades da família na UCIN. Note-se que não se verificou a normalidade da distribuição para a variável Informação ($p < 0,05$).

Após esta confirmação, recorreremos ao teste de *t*-Student para amostras independentes, com o objectivo de verificarmos se existiam diferenças significativas relativamente a estas sete dimensões entre mães e pais da nossa amostra. Assim, a significância da diferença entre as médias do stress causado pelos sinais e sons, aparência do bebé e alteração do papel parental e das necessidades de apoio, conforto, garantia e proximidade nas mães (grupo 1) vs a significância da diferença entre as médias do stress causado pelos sinais e sons, aparência do bebé e alteração do papel parental e das necessidades de apoio, conforto, garantia e proximidade nos pais (grupo 2) foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes.

A homogeneidade das variâncias populacionais foi igualmente verificada através do Teste de Levene. Sendo $p < 0,319$ (Sinais e Sons), $p < 0,133$ (Alterações dos papéis parentais), $p < 0,799$ (Apoio), $p < 0,118$ (Conforto), $p < 0,427$ (Garantia) e $p < 0,251$ (Proximidade), concluímos que as variâncias são homogéneas e assim a estatística de teste a utilizar para o teste *t*-Student é a que assume as variâncias iguais ("Equal variances assumed"). Na variável Aparência do Bebê ($p < 0,059$), não se verificou a homogeneidade, motivo pelo qual não foi

realizado o teste, uma vez que se violaria um dos pressupostos dos testes paramétricos. Ao executar o teste, através do *Software* SPSS já mencionado, consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste for inferior ou igual a 0,05. Neste sentido, sendo $p < 0,000$ (Alterações dos Papéis Parentais), $p < 0,041$ (Garantia), concluímos que existem diferenças significativas, entre mães e pais, quanto à dimensão Alterações dos Papéis Parentais e Garantia ($p < \alpha$) e não existem diferenças significativas, entre mães e pais, quanto às dimensões Sinais e Sons ($p < 0,520$), Apoio ($p < 0,318$), Conforto ($p < 0,720$) e Proximidade ($p < 0,148$) ($p\text{-value} > \alpha$).

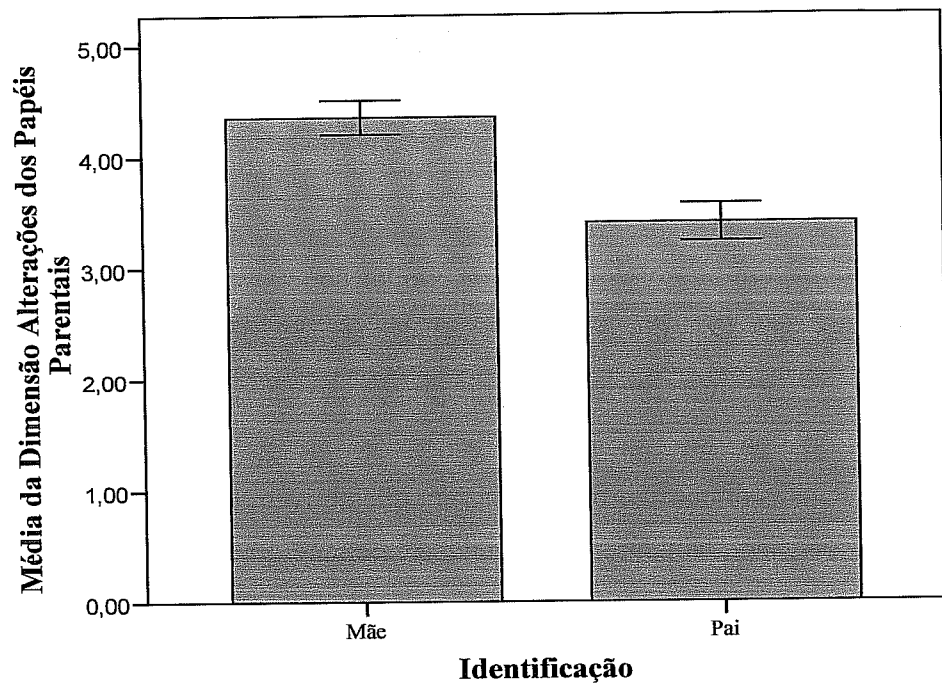


Figura 10 – Valores médios obtidos dos *scores* de stress da dimensão Alterações dos Papéis Parentais em mães vs. pais. Os valores são apresentados como Média \pm SEM e as diferenças observadas entre as médias dos dois grupos são estatisticamente significativas.

A média de stress percebido pelas mães quanto à dimensão Alterações dos Papéis Parentais foi de 4,3571 ($SEM=0,15279$) enquanto que a média de stress percebido pelos pais foi de 3,4000 ($SEM=0,16887$). Verificamos que o I.C. a 95% é de] 1,44; 0,48 [. A média de importância percebida pelas mães quanto à dimensão Garantia foi de 3,8360 ($SEM=0,02930$) enquanto que a média de importância percebida pelos pais foi de 3,7402 ($SEM=0,03479$). Verificamos que o I.C. a 95% é de] 0,19; 0,004[.

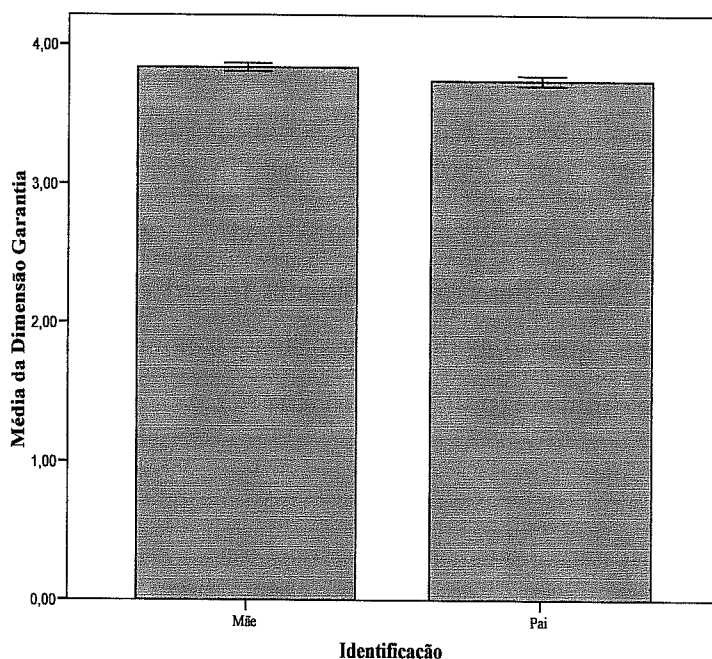


Figura 11 – Valores médios obtidos dos *scores* de stress da dimensão Garantia em mães vs. pais. Os valores são apresentados como Média \pm SEM e as diferenças observadas entre as médias dos dois grupos são estatisticamente significativas.

Para as dimensões das escalas em que obtivemos uma distribuição não normal ou onde não se verificou a homogeneidade das variâncias populacionais, calculamos o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para 2 amostras independentes (as populações de onde foram extraídas as 2 amostras sob estudo são iguais) para $\alpha=0,005$. Segundo Maroco (2007), os testes não-paramétricos são considerados geralmente como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a normalidade da variável sob estudo e a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificam. Por outras palavras, os testes não paramétricos não exigem que a distribuição da variável sob estudo seja conhecida (normal). Após a observação e interpretação dos resultados obtidos, verificamos que não existem diferenças significativas relativamente à dimensão Informação ($\underline{U}=364,0$; $\underline{W}=799,0$; $p<0,202$) e existem diferenças marginalmente significativas relativamente à dimensão Aparência do Bebê ($\underline{U}=69,5$; $\underline{W}=240,5$; $p<0,057$), entre mães e pais. Considera-se a existência de diferenças marginalmente significativas quando *p-value* se situa entre 0,05 e 0,10 (Maroco, 2007).

Figura 12 – Diagrama de extremos e quartis dos *scores* de Stress (1-Nada Stressante; 2-Um Pouco Stressante; 3 – Moderadamente Stressante; 4 – Muito Stressante; 5 – Extremamente Stressante) da dimensão Aparência do Bebê em mães (n=13) e pais (n=18)

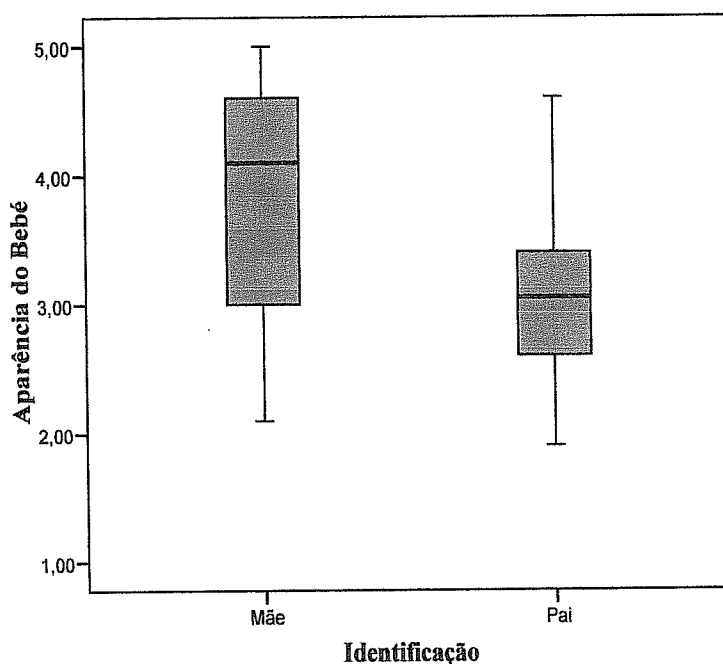
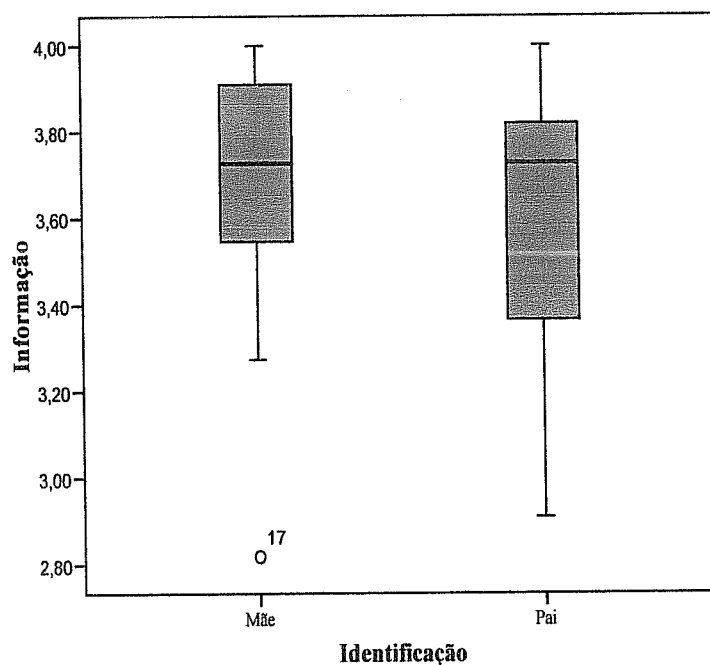


Figura 13 – Diagrama de extremos e quartis dos *scores* de Importância (1-Não Importante; 2-Pouco Importante; 3 – Importante; 4 – Muito Importante) da dimensão Informação (n=31) e pais (n=29)



Com o objectivo de percebermos se existe alguma ordem de associação entre o stress dos pais e as suas necessidades, calculamos o Coeficiente de Correlação de Bravais-Pearson, uma vez que, este coeficiente mede a intensidade e a direcção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas (Maroco, 2007).

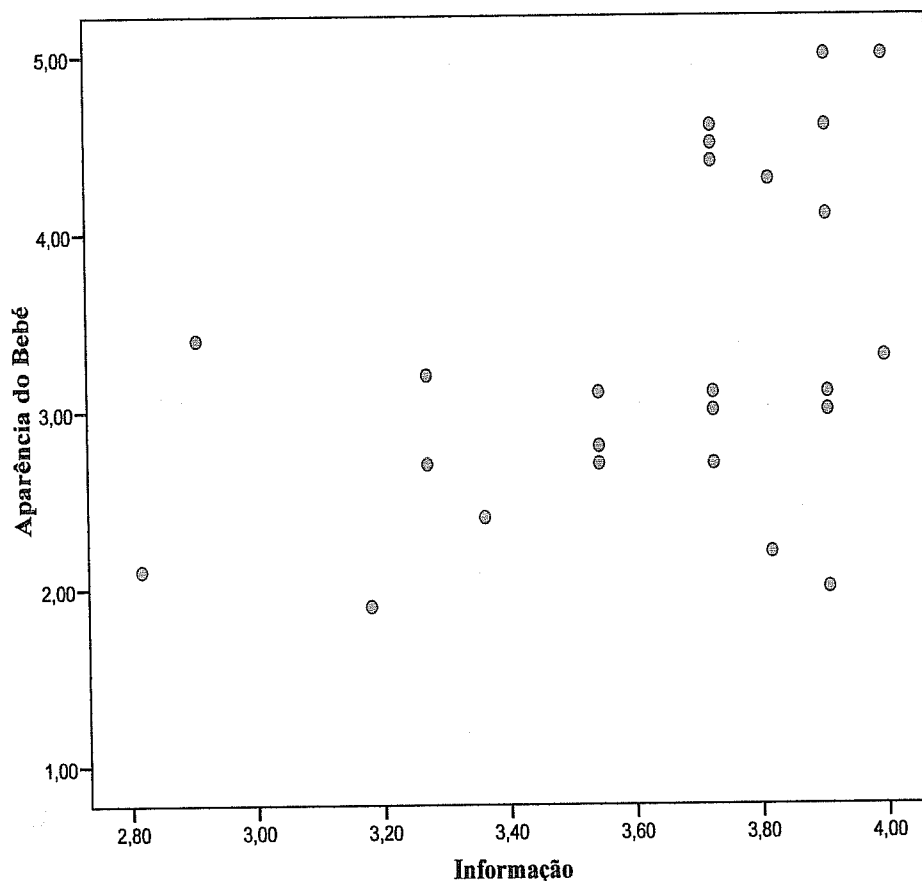
A dimensão Aparência do bebé da escala de stress parental apresenta uma correlação positiva e significativa com a dimensão de Informação da escala das necessidades da família na UCIN ($p \leq 0,05$). Isto significa que quando aumenta o nível de stress dos pais relativamente à aparência do bebé, aumentam também as suas necessidades informação, e vice-versa. A intensidade desta correlação é moderada, uma vez que os valores estão situados na casa dos 0,5 ($r(68) = 0,499$; $p < 0,008$).

A dimensão Aparência do Bebê é independente das dimensões de Apoio, Conforto, Garantia e Proximidade da escala das necessidades parentais ($p > 0,05$).

Tabela 46 – Correlação de Bravais-Pearson entre as dimensões das Escalas de Stress e Necessidades Parentais

Stress	Necessidades				
	Apoio	Informação	Conforto	Garantia	Proximidade
Sinais e Sons					
Pearson Correlation	- 0,192	0,217	0,026	0,124	0,160
Sig. (2-tailed)	0,419	0,098	0,842	0,334	0,219
Aparência do Bebê					
Pearson Correlation	-0,064	0,499	0,069	0,189	0,227
Sig. (2-tailed)	0,820	0,008	0,722	0,326	0,227
Alteração dos Papéis Parentais					
Pearson Correlation	0,095	0,542	0,337	0,458	0,495
Sig. (2-tailed)	0,717	0,000	0,021	0,001	0,000

Figura 14 – Diagrama de Dispersão das variáveis Aparência do bebê e Informação



A dimensão Alteração dos Papéis Parentais da escala de stress parental apresenta uma correlação positiva e significativa com as dimensões de Informação, Conforto, Garantia e Proximidade da escala das necessidades da família (todos os valores de *p-value* são menores que 0,05). Por outras palavras, podemos afirmar que quando aumenta o nível de stress dos pais relativamente ao desempenho do seu papel parental, aumentam também as suas necessidades de Informação, Conforto, Garantia e Proximidade; e vice-versa. A intensidade desta correlação é moderada para as dimensões de informação ($r(68) = 0,542$; $p < 0,001$) e proximidade ($r(68) = 0,495$; $p < 0,001$), e fraca a moderada para as dimensões de Garantia ($r(68) = 0,458$; $p < 0,001$), e conforto ($r(68) = 0,337$; $p < 0,021$). Esta dimensão é independente da dimensão de Apoio da escala das necessidades da família ($p > 0,05$).

A dimensão Sinais e Sons é independente de todas as outras dimensões ($p > 0,05$).

Figura15 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Informação

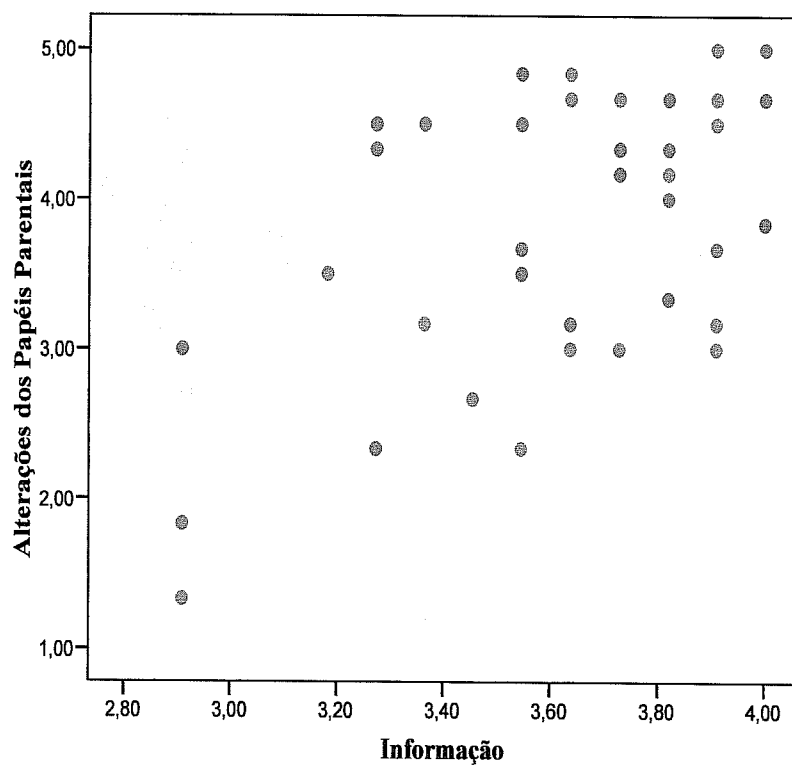


Figura 16 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Proximidade

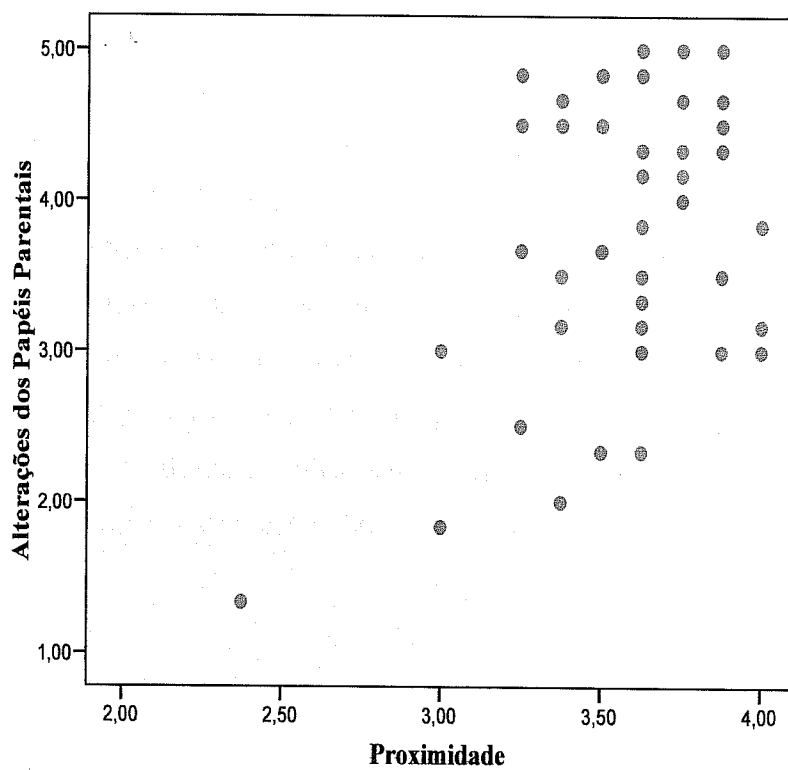


Figura 17 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Garantia

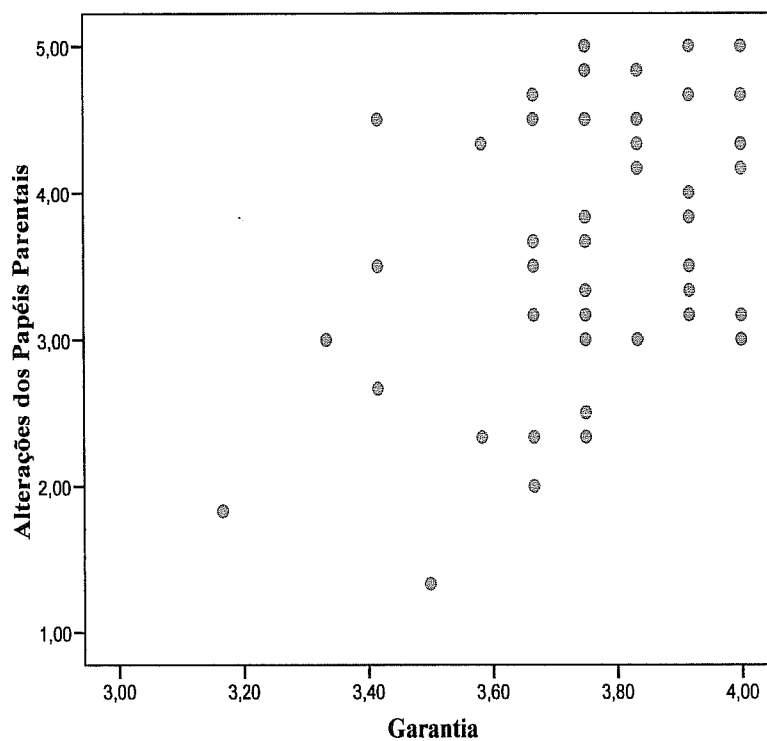
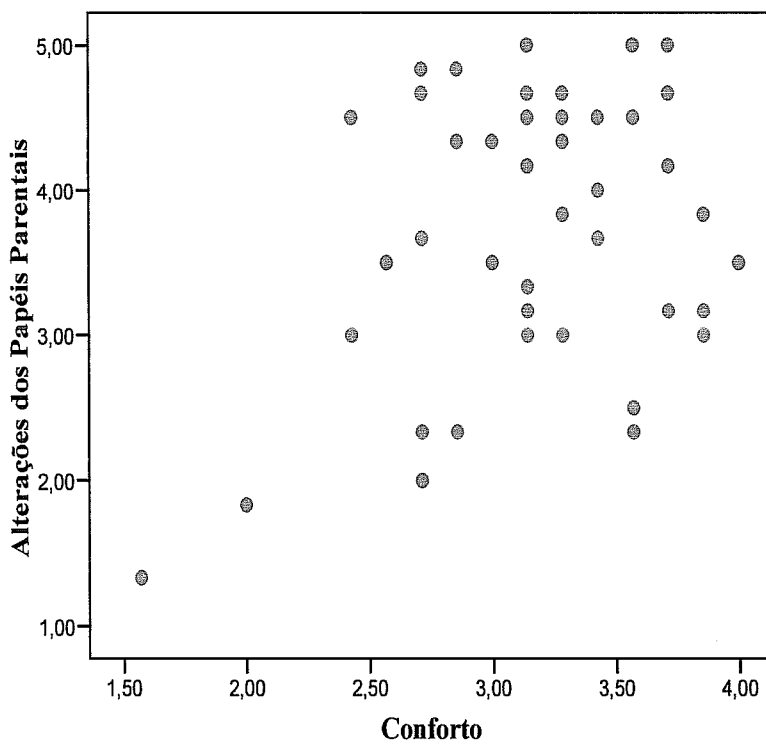


Figura 18 – Diagrama de Dispersão das variáveis Alteração dos Papéis Parentais e Conforto



Após a observação das respostas obtidas nas questões semi-abertas colocadas, agrupamos em categorias de significação todas as dificuldades e preocupações mencionadas pelos pais. Entenda-se por categorias de significação, grupos de categorias onde são incluídas frases com o mesmo significado. A obtenção de categorias permitiu recortar os conteúdos expressos, reunir as partes referentes aos mesmos temas e rever a informação recolhida.

Deste modo, no que diz respeito ao significado que os pais associaram às dificuldades no cuidar do bebé prematuro hospitalizado, surgiram-nos 6 categorias de análise, as quais serão aqui expostas de acordo com a frequência em que surgiram nas falas dos pais: Actividades relativas à prestação dos cuidados ao bebé, Aparência, tamanho e fragilidade do filho prematuro, Ambiente hospitalar, Afastamento do Bebé, Relacionamento e interacção com o filho prematuro e, finalmente, Relacionamento com os profissionais de saúde (cf. Anexo 8).

Na categoria que designamos como Actividades na prestação de cuidados ao bebé, incluímos as tarefas que implicam o cuidar directo do recém-nascido. Neste sentido, emergiram dificuldades relativas aos cuidados de higiene ao bebé/banho, alimentação/amamentação do recém-nascido, mudança da fralda, massagem para as cólicas, desinfectação do cordão umbilical e aspiração nasal.

Na segunda categoria, Aparência, tamanho e fragilidade do bebé, incluímos todas as dificuldades mencionadas pelos pais que são motivadas pela aparência física e fragilidade do bebé prematuro. Assim, temos: dificuldade em manusear o bebé, como pegar ao colo e vestir, o medo de o magoar, de fazer algo de errado e de o prejudicar.

Quanto à terceira categoria, o Ambiente Hospitalar, incluímos todas as dificuldades que os pais mencionaram que estivessem relacionadas com o ambiente, equipamentos e monitores das UCIN's.

Na quarta categoria, Afastamento do Bebé, incluímos todas as dificuldades referidas que estivessem relacionadas com o afastamento pais/bebé motivado pelo internamento hospitalar.

Relativamente à categoria Relacionamento e interacção com o filho prematuro, incluímos todas as dificuldades mencionadas que estivessem relacionadas com a relação e comunicação pais/bebé prematuro. Posto isto, surgiram: dificuldade em acalmar o bebé, sentir que o seu bebé é diferente dos outros, dificuldade em comunicar com o bebé, dificuldade em identificar o motivo do choro do bebé e incapacidade em lidar com o bebé.

Por fim, na sexta categoria, Relacionamento com os profissionais de saúde, incluímos todas as dificuldades mencionadas que vão de encontro com os profissionais que trabalham

nas UCIN's. Surgiram deste modo duas dificuldades percebidas: a falta de informação obtida por parte dos pais e o facto de os pais se sentirem constante e diariamente observados e avaliados pelos profissionais de saúde.

Registrou-se um caso em que uma mãe identificou o afastamento do marido durante o internamento como uma dificuldade (*estar sem o meu marido a maior parte do tempo*, M59). De acrescentar ainda que se registraram 5 casos em que os participantes não cuidaram do bebé e por esse motivo não identificaram nenhuma dificuldade. Curiosamente, os 5 participantes são todos pais.

Tabela 47 – Categorias das *Dificuldades* identificadas pelos pais no cuidar do bebé prematuro

Actividades na prestação de cuidados ao bebé
Aparência, tamanho e fragilidade do bebé
Ambiente Hospitalar
Afastamento do Bebé
Relacionamento e interacção com o filho prematuro
Relacionamento com os profissionais de saúde

No que diz respeito às preocupações parentais surgiram-nos 9 categorias: Estado geral de saúde actual do bebé, Estado de saúde futuro do bebé, Qualidade da assistência ao Bebé, Internamento, Os outros Filhos, Papel Parental, Preocupações Financeiras, Preparação para receber o bebé em casa e Bem-estar físico e psicológico da mãe (cf. Anexo 8). Note-se que as categorias referidas serão expostas de acordo com a frequência que surgiram nas falas dos pais.

Na primeira categoria – Estado de Saúde Actual do Bebé – incluímos as questões relacionadas com o prognóstico do bebé (se vai ficar bem/se vai melhorar), sobrevivência do bebé (que riscos corre), problemas médicos específicos actuais do bebé (como o peso, as infecções, as apneias/respiração, a recusa alimentar).

Relativamente à segunda categoria, Estado de Saúde Futuro do Bebé, incluímos as preocupações relacionadas com a recuperação (se vai ser uma criança doente ou saudável, a evolução e desenvolvimento futuro do bebé) e as sequelas do bebé (dúvidas quanto ao aparecimento futuro de complicações mais graves).

A terceira categoria, Qualidade da assistência ao bebé, inclui as questões relacionadas com a assistência médica que o bebé recebe durante o internamento hospitalar (se está a ser bem tratado ou se está a ser feito tudo o que é possível).

Na quarta categoria, Internamento Hospitalar, incluímos as preocupações com a duração do internamento, o sofrimento do bebé associado aos procedimentos e tratamentos e o afastamento pais/bebé motivado pelo internamento.

Quanto à quinta categoria, Os Outros Filhos, incluímos as preocupações com a falta de tempo para estar com os outros filhos.

Na sexta categoria, Papel Parental, incluímos todas as preocupações mencionadas que dizem respeito ao sentimento de perda de poder e capacidade parental. Neste sentido, emergiram preocupações relacionadas com a falta de autonomia nos cuidados ao bebé, como não poder tocar e pegar no bebé quando querem e, incerteza quanto ao desempenho do papel parental como ter dúvidas quanto às suas capacidades para serem pais. Incluímos ainda nesta categoria a preocupação mencionada pelos pais em assimilarem todos os ensinamentos que lhes eram feitos em relação ao bebé.

Na sétima categoria, Preocupações Financeiras, incluímos todas as preocupações referidas que estivessem relacionadas com os custos económicos futuros de acompanhamento de saúde do filho prematuro.

Tabela 48 – Categorias das *Preocupações* identificadas pelos pais durante o internamento do bebé

Estado de saúde actual do bebé
Estado de saúde futuro do bebé
Qualidade da assistência ao bebé
Internamento hospitalar
Os outros filhos
Papel parental
Preocupações financeiras
Preparação para receber o bebé em casa
Bem-estar físico e psicológico da mãe

Na oitava, Preparação para receber o bebé em casa, incluímos todas as situações em que os pais fizeram referência ao facto de não terem tido tempo de organizarem a casa para a chegada do bebé.

Na nona e última categoria, Bem-estar físico e psicológico da mãe, incluímos as preocupações apontadas pelos pais (leia-se pais homens) em relação ao estado de saúde das mães.

Relativamente à questão de associação livre (*Quando pensa na experiência de ser mãe/pai de um bebé prematuro hospitalizado o que lhe ocorre imediatamente é...*) e após a análise da diversidade de respostas obtidas, surgiram-nos 8 categorias: Sentimentos, Problemas de Saúde actuais do bebé e preocupações com o futuro, Medo da Morte, Incerteza, Hospitalização e regresso a casa, Acontecimento inesperado, Confiança na recuperação e Desejo de não repetir a experiência (cf. Anexo 8).

Na categoria que designamos Sentimentos, incluímos as afirmações dos pais que remetiam para a caracterização da experiência de parentalidade através do uso de sentimentos. De realçar, que se constatou nas mães, a presença do sentimento de culpa, como se fossem as responsáveis pelo desfecho prematuro da gravidez.

Na segunda categoria, a dos Problemas de saúde actuais do bebé e preocupações com o futuro, incluímos todas as afirmações dos pais que estivessem relacionadas com as implicações da prematuridade na saúde actual e futura do bebé.

Na terceira categoria, que apelidamos de Medo da Morte, englobamos as afirmações que se referiam especificamente à possibilidade de o bebé não sobreviver.

Grande parte dos pais, referiu-se à experiência da prematuridade do filho, com o discurso de viver um dia de cada vez, uma vez que não sabiam o que o futuro lhes reservava, pelo que apelidamos esta categoria de Incerteza face ao futuro.

Na quinta categoria, Hospitalização e Regresso a casa, incluímos todas as afirmações dos pais que se referiam especificamente ao período e duração do internamento e ao momento da alta.

Na categoria, Acontecimento inesperado, incluímos as afirmações que descrevem a surpresa face ao nascimento prematuro.

A sétima categoria, Confiança na recuperação, diz respeito às afirmações dos pais que transmitem optimismo na recuperação do bebé prematuro.

Por fim, na oitava categoria, Desejo de não repetir a experiência, incluímos as afirmações em que os pais assumem este desejo.

Tabela 49 – Categorias da Questão de Associação Livre (*Quando pensa na experiência de ser mãe/pai de um bebé prematuro hospitalizado o que lhe ocorre imediatamente é...*)

Sentimentos
Problemas de saúde actuais do bebé e preocupações com o futuro
Medo da Morte
Incerteza face ao futuro
Hospitalização e Regresso a Casa
Acontecimento Inesperado
Confiança na recuperação
Desejo de não repetir a experiência

IV. Discussão

No presente capítulo, pretendemos reflectir sobre os resultados alcançados, perceber a relação que têm com o que está descrito na literatura e apontar possíveis medidas que promovam uma melhoria dos cuidados à tríade nas UCIN's.

De acordo, com o ilustrado no capítulo anterior, verificamos que os pais despendem em média mais tempo junto do bebé comparativamente às mães. No entanto, e apesar de esta diferença ser pouco importante ($\underline{M}_{\text{Pais}}=2,97$ para $\underline{M}_{\text{Mães}}=2,68$), temos de ter presente que a aplicação dos instrumentos de recolha de dados decorreu durante o internamento do bebé (num momento em que houvesse previsão da alta do mesmo), o que foi inicialmente, coincidente com o período de recuperação materna pós-parto. Note-se que verificamos que 64,9% das mães tiveram um parto por cesariana, o que pode implicar uma menor disponibilidade para o bebé, dada a dificuldade acrescida na mobilização (de referir, que as mães estão internadas na maternidade e os bebés na unidade de Neonatologia).

Verificamos ainda que, na maioria dos casos, a gravidez não foi identificada como sendo de risco. Este facto, faz-nos reflectir sobre a não preparação destes pais, durante a gravidez, para um desfecho tão inesperado da mesma. Pensamos que nos casos em que os pais já tinham conhecimento que se tratava de uma gravidez de risco, já teriam eventualmente equacionado a possibilidade de um nascimento prematuro e, portanto, o choque inicial face ao bebé prematuro seria menor.

Veja-se também, que na recolha dos dados quanto à história obstétrica, não se verificaram mães com hábitos alcoólicos e/ou tóxicos. No entanto, foi identificado um caso de síndrome de privação neonatal; o que se torna contraditório. Equacionamos para tal duas possibilidades, ou a mãe em causa não referiu os seus hábitos ou se trata de uma falha na recolha dos dados por parte da equipa multidisciplinar.

Constatamos ainda que a média obtida quanto ao nascimento do primeiro filho para as mulheres ($\underline{M}=27,20$ anos) vai de encontro ao descrito pelo relatório do INE (2007) para o ano de 2005 ($\underline{M}=27,8$ anos). Neste sentido, parece assistir-se actualmente, em Portugal, ao adiamento da idade face à maternidade (recorde-se que em 1982 a média era de 23,5 anos). Também relativamente aos homens, se verifica esta tendência. Dados do INE (2007) apontam que, das crianças nascidas vivas no ano de 2003, 39,1% tinham um pai com idade inferior a 30 anos, 49,7% dos pais tinham entre 30 e 39 anos e 9,6% tinham pelo menos 40 anos. Recorde-se que obtivemos uma média face ao nascimento do primeiro filho para os homens de 29,97 anos.

Também relativamente à taxa de fecundidade, verificamos que em média as mães da nossa amostra tiveram 1,62 filhos, o que é um valor próximo a 1,4 filhos, como referido pelo INE (2007). Uma vez mais, constatamos que ao longo dos últimos anos tem-se mantido uma tendência de decréscimo da fecundidade (recorde-se que desde o início da década de oitenta tem-se verificado valores inferiores a 2,1 de crianças por mulheres) (INE, 2007).

Passamos de seguida a reflectir sobre os resultados obtidos relativamente ao stress e necessidades parentais.

Quanto aos factores de stress, verificamos que a dimensão Alterações dos Papéis Parentais e Aparência do Bebé foram as apontadas como mais stressantes para os pais. O estudo realizado por Lau (2001) corrobora tais resultados. O autor concluiu que a aparência e o comportamento do bebé e a demora em serem capazes de prestarem os cuidados ao seu bebé foram os aspectos causadores de níveis de stress mais elevados nos pais. Ward (2001), Goldberg e Di Vitto (1995) também referem que a alteração da função parental, a falta de privacidade (Henson, 2003) e a necessidade de partilhar a prestação de cuidados ao bebé com os profissionais e, as barreiras físicas, como as incubadoras (Cox, 2002) são importantes factores de stress a ter em conta.

Assinale-se que no presente estudo, identificamos como categorias de associação, dificuldades apontadas pelos pais quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde, referindo que se sentiam frequentemente observados e avaliados por estes últimos e o sentimento de perda de poder parental por não poderem tocar e pegar no bebé quando querem.

Em termos do factor que menos se evidenciou quanto ao stress parental, refere-se os Sinais e Sons, tendo este apresentado uma média mais baixa. Parece assim que, apesar de serem referidos como geradores de stress aspectos como o equipamento das UCIN's, tal parece não ser o factor mais relevante da situação do internamento do bebé prematuro para estes pais, o que se revela concordante com os resultados obtidos por Milles (1989, cit. Lau, 2001) no estudo que incidiu sobre os efeitos dos estímulos do ambiente da UCIN em 53 pais.

Lau (2001) refere que o facto de os pais verem o bebé adaptado a um ventilador, apetrechado de inúmeros equipamentos e a ser alimentado através de tubos intravenosos resulta numa importante fonte de ansiedade. Quanto a estes aspectos, no presente estudo, as afirmações “Barulhos repentinos dos alarmes e dos monitores” e “Barulho constante dos monitores e do equipamento” foram identificadas como os aspectos mais stressantes para os pais dentro da dimensão Sinais e Sons. Também nas categorias de significação, nos surgiu uma especificamente relacionada com estes aspectos, a do Ambiente Hospitalar, onde

agrupámos todas as afirmações em que os pais remetiam para o ambiente, monitores e equipamentos das unidades.

Neste sentido, julgamos que os profissionais de saúde podem e devem ter um papel bastante activo no esclarecimento aos pais e na “desmistificação” dos equipamentos e ambiente das UCIN's, de modo a diminuir-lhes o impacto inicial com as unidades. A este respeito, relembramos que a maioria dos pais da nossa amostra não tinha experiência anterior de hospitalização de um filho, o que torna ainda mais flagrante esta necessidade. Medidas simples como explicar aos pais que tipo de ambiente irão encontrar, a utilidade dos monitores e equipamentos, a aparência do filho prematuro e permitir que venham acompanhados por alguém para eles significativo, podem representar medidas que facilitem a integração dos pais nas unidades e que sejam promotoras de um melhor relacionamento pais/bebé. Neste sentido, corroboramos Barros (2006b, p. 306) quando a autora se refere à medida criar um ambiente de segurança, onde se inclui “a explicação clara dos aparelhos e tratamentos; das regras de funcionamento da UCIN que são relevantes para os pais (e.g., horas e normas das visitas, hora de mudança de turno dos enfermeiros, momento mais adequado para obter informação) assim como uma apresentação clara dos profissionais de referência (médico ou enfermeiro disponível para informar), e indicações claras do tipo de colaboração que os pais podem prestar em função do estado do bebé (...) disponibilização de uma caixa de sugestões, encontros com pais «antigos» (...)”.

São poucas as diferenças de género encontradas no presente estudo. Para mães e pais, o atraso no desempenho do papel parental causou os níveis mais elevados de stress, seguidos da aparência e comportamento do bebé e dos sinais e sons da UCIN. Note-se, no entanto, que a experiência de hospitalização de um filho na UCIN é mais stressante para as mães do que para os pais. Também Affleck, Tennen e Rowe (1990) descrevem que os pais parecem ser menos afectados pelo internamento do bebé na UCIN, comparativamente às mães.

Verificamos ainda existirem diferenças marginalmente significativas (entenda-se como diferenças quase-significativas), entre mães e pais, quanto à dimensão Aparência do Bebé. Não podemos, portanto, retirar conclusões válidas quanto a esta variável. Por outras palavras, os resultados obtidos sugerem que se refaça o estudo com uma amostra de maior dimensão, a fim de se avaliar efectivamente as diferenças existentes.

Constatamos ainda existirem diferenças significativas, entre mães e pais, quanto à dimensão Alterações dos papéis Parentais. Para as mães o sentimento de perda de autonomia e de competência parental é mais stressante do que para os pais. De acordo com Hurst (2001), as mães relatam necessidades de informação e experiências de interacção com o bebé, que

suporte a sua relação com ele e lhes permitam desenvolver o seu próprio conhecimento sobre ele, ou seja, cada mãe necessita de se tornar a mãe que é capaz de cuidar do seu bebé (Hurst, 2001). Os pais, por outro lado, tentam focar-se em aspectos com os quais estão mais familiarizados como alimentação, higiene e sono do bebé (Orfali & Gordon, 2004).

Também os resultados do estudo conduzido por Jackson, Ternstedt e Schollin (2003) vêm reforçar os resultados por nós alcançados. Segundo estes autores, as mães referiram ter mais a necessidade de serem confirmadas como mães; enquanto os pais descreveram confiança em deixarem os cuidados ao bebé a cargo da equipa multidisciplinar e referiram o seu desejo em alcançar um equilíbrio entre a vida familiar e a actividade profissional.

Note-se que identificamos uma correlação positiva e significativa entre a dimensão Alterações dos Papéis Parentais e as dimensões de Informação, Proximidade, Garantia e Conforto. Por outras palavras, quando aumenta o nível de stress dos pais quanto ao sentimento de perda de competência parental, aumentam, igualmente, as suas necessidades de informação, proximidade, garantia e conforto; e vice-versa. Parece-nos pois perceptível que se torna urgente desenvolver medidas que promovam o envolvimento parental nos cuidados ao bebé na UCIN, aumentando-lhes o sentimento de autonomia e competência, para que, simultaneamente, se satisfaçam as suas necessidades no decorrer do internamento hospitalar. Clarificamos então que todas as medidas que sejam promotoras do envolvimento parental, são medidas que “combatem”, simultaneamente o stress e as necessidades parentais.

A este respeito, Heerman, Wilson e Wilhelm (2005) referem que ao início, o sentimento de que o bebé lhes pertence está frequentemente diminuído, uma vez que são os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, que prestam a maioria dos cuidados, pela imaturidade e/ou instabilidade da criança, o que gera sentimentos de angústia, inutilidade e distanciamento. Torna-se mais fácil para os pais reclamarem a criança como sua, à medida que se vão sentindo mais confortáveis na unidade, e a condição clínica do bebé lhes permita envolverem-se na prestação de cuidados directos. Também Goldberg e Di Vitto (1995) consideram que o envolvimento parental nos cuidados permite ajudar os pais a sentirem que aquele bebé lhes pertence. Este facto, alerta-nos para a necessidade de implementação de medidas que promovam os cuidados ao bebé em parceria com os pais. Assim e, corroborando Barros (2001), acreditamos que se torna urgente criar oportunidades de aprendizagem e ensaio de atitudes parentais concretas, com vista a evitar-se o sentimento de incompetência parental, que pode constituir uma barreira importante na vinculação dos pais ao bebé.

Registre-se que este aspecto foi igualmente identificado como uma preocupação dos pais, através das categorias de significação (categoria Papel Parental), em que agrupamos todas as afirmações por eles referidas em que estivesse explícita a incerteza quanto ao desempenho do papel parental e as dúvidas quanto às suas capacidades para serem bons pais.

É fundamental facilitar a ligação pais-bebé, encorajando os pais a prestar cuidados, a pegar ao colo, trazer roupa ou pequenos brinquedos e ensiná-los a reconhecer e interpretar as pistas e comportamentos do bebé, durante a interacção. Ao envolver os pais nos cuidados ao bebé, o profissional deve reforçar de forma positiva as acções do progenitor, evitando aumentar o sentimento de perda de controlo sobre a situação (Henson, 2003).

Está descrito na literatura que o sentimento de incompetência/incapacidade de não dar à luz uma criança de termo, a sua hospitalização e a demora em ser capaz de executar actividades normais de cuidados e protecção para com o bebé, são aspectos considerados como fontes de stress intenso para os pais de crianças prematuras. Estes aspectos vão de encontro às categorias de significação que nos emergiram no tratamento dos dados das questões semi-abertas. Se não vejamos: o sentimento de culpa materno face ao nascimento prematuro, o afastamento do bebé motivado pelo internamento hospitalar e o sentimento de falta de autonomia e competência para cuidar do bebé, são aspectos que constam dessas categorias.

Os resultados obtidos no presente estudo, quanto às necessidades dos pais nas UCIN's, também se assemelham ao descrito na literatura. Constatamos pois que as necessidades tidas como mais importantes para os pais da nossa amostra foram as pertencentes às dimensões de Garantia, Informação e Proximidade. Também Bialoskurski, Cox & Wiggins (2002), Hurst (2001), Orfali e Gordon (2004) e Ward (2001) referem que uma das necessidades mais frequentemente encontradas nos pais é a de obterem informações exactas, relativas aos progressos do bebé. A este respeito, note-se que uma das afirmações mais valorizadas pelos pais quanto à dimensão Garantia foi “Ser informada(o) de aspectos específicos relativos aos progressos do meu bebé” e quanto à dimensão Informação foi “Ter informação acerca do tratamento médico do meu bebé” e “Saber exactamente o que está a ser feito pelo meu bebé”.

Hurst (2001), Orfali e Gordon (2004), Ward (2001) e Henson (2003) referem ainda que a confiança nos cuidados que são prestados ao bebé, incluindo o conforto e poder estar perto dele sempre que desejar são também aspectos com bastante relevância. Note-se que no presente estudo as afirmações “Ter a garantia de que o meu bebé está a receber os melhores cuidados possíveis”, “Ver o meu bebé frequentemente” e “Poder visitar o meu bebé a qualquer altura” foram das mais valorizadas pelos pais.

A este respeito, verificamos ainda que uma das categorias que emergiu das preocupações parentais no decorrer do internamento hospitalar foi a qualidade da assistência ao bebé, o que vem corroborar o descrito na literatura.

As dimensões menos valorizadas foram as Apoio e Conforto o que vem ao encontro dos resultados descritos por Bialoskurski, Cox e Wiggins (2002), Hurst (2001) e Ward (2001). Os autores referem que os aspectos relacionados com o suporte físico e emocional à família e o conforto dentro da unidade foram os menos valorizados, embora facilitem a aquisição de bem-estar para a mãe e bebé. Sobre este último aspecto, identificamos a afirmação “Ter uma sala de espera perto da UCIN” como a menos importante para os pais, quanto à dimensão Proximidade.

As diferenças subtis encontradas entre mães e pais, levam-nos a concluir que, a vivência do internamento é semelhante para ambos, embora as mães atribuam sempre maior importância às necessidades do que os pais. Identificamos existirem diferenças estatisticamente significativas, entre mães e pais, quanto à dimensão Garantia; sendo esta dimensão percebida como mais importante para as mães.

Parecem existir necessidades que são comuns a todos os pais de bebés prematuros internados mas, isto não deve constituir motivo para descurar uma avaliação individual com a validação das necessidades e o planeamento de intervenções específicas para cada família. Cada família é única e por isso, as mesmas intervenções podem não ser adequadas para diferentes famílias. Apurar as necessidades de um grupo de pais de bebés prematuros, fornece linhas orientadoras para o delineamento de programas de suporte parental. Agrupá-las em domínios (e.g. emocional, social, interacção com o bebé, informação, ...) possibilita determinar qual o encaminhamento prioritário, ou qual a área em que cada profissional deve centrar mais a sua intervenção, para prestar cuidados mais adequados e globais a estas famílias. Desta forma, o empenho dos profissionais que trabalham nas UCIN's é reconhecido como fundamental para avaliar e satisfazer as necessidades dos pais através de diferentes intervenções.

Os resultados obtidos revelaram-nos a existência de uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Aparência do Bebê e Informação. Quanto a este aspecto, parece-nos que informar previamente os pais das características do seu bebé, valorizar as competências que ele vai adquirindo, identificar semelhanças com os progenitores, explicar aos pais a possibilidade de observarem comportamentos exacerbados e desajustados no bebé, dada a sua imaturidade neurológica, podem representar importante medidas preventivas. Neste sentido, parece-nos que, quanto melhor informados os pais estiverem relativamente ao

seu bebê, menor será o stress que a sua aparência e comportamento lhes provocam. Barros (2006b) refere-se à necessidade de dar informação e permitir a discussão de dúvidas e questões, ajudando-os a perceber tudo o que se está a passar, como uma medida promotora do desenvolvimento parental.

Affleck et al. (1990) identificaram que as principais preocupações de pais de bebês prematuros se prendem com o desenvolvimento futuro da criança, com a possibilidade de atrasos mentais, handicaps sensoriais, deficiências ou limitações físicas e posteriores problemas de saúde. Note-se que no presente estudo, emergiram igualmente como principais preocupações parentais, o Estado de Saúde Actual e Futuro do bebê, incluindo os aspectos relacionados com a sua sobrevivência, sequelas e crescimento e desenvolvimento futuros.

A identificação das principais dificuldades e preocupações dos pais de bebês prematuros torna-se uma mais valia para os profissionais de saúde, pois pode constituir um acrescento à melhoria dos cuidados que são prestados à família. Ter estes aspectos em conta possibilita aos profissionais direccionar as suas intervenções de acordo com as verdadeiras necessidades de cada família. Arriscamo-nos a dizer que este aspecto deveria ser integrado na prática quotidiana das UCIN's, a partir do momento de admissão do bebê e pais na unidade. Ajudar os pais a ultrapassarem as suas dificuldades no cuidar do bebê prematuro deve ser encarado como um meio de promover a vinculação pais/filho e de lhes conferir a autonomia e competência, que frequentemente questionam. Nas palavras de Henson (2003), capacitar os pais para cuidar, responsabilizar-se e adquirir conhecimentos acerca do seu filho prematuro ou doente é a essência do suporte à família.

Os dados obtidos sugerem-nos que a maioria dos pais não tem experiência anterior de cuidar de um recém-nascido; o que nos conduz a uma necessária e séria reflexão sobre as transformações familiares e sociais face à vivência da parentalidade. Ao longo dos tempos as formas familiares foram-se alterando e com elas o acontecimento do nascimento no seio da família. Se outrora estes pais teriam usufruído do exemplo da sua mãe a amamentar os irmãos, da sua tia a mudar a fralda do primo, dos palpites da avó com a experiência de duas gerações, hoje caem no vazio, não viram e não sabem como fazer. Muitas mães, são-no sem nunca terem tido oportunidade de pegar num recém-nascido, vesti-lo, mudar-lhe a fralda. Como nos refere Leal (2005, p.10) actualmente “o conhecimento que as mulheres e os homens têm de bebês e crianças pequenas é livresco, fílmico e quase sempre distanciado”. Assim, na família nuclear, a mais frequente actualmente, e num contexto de grande isolamento social e relacional, são raras as possibilidades dos que serão pais um dia realizarem alguma aprendizagem para essa função que exige muitas tarefas novas. A realidade é que

actualmente, a maioria dos pais não descendem de famílias onde tenham testemunhado o nascimento ou participado nos cuidados a prestar a um bebé, o que assume contornos preocupantes.

Desta forma, parece-nos que se torna urgente que os profissionais de saúde apostem em estratégias de intervenção que visem a educação e preparação destes pais para a maternidade/paternidade, quer em consultas pré-natais, quer no decorrer da gravidez.

Após tudo o que foi referido, torna-se evidente que o estabelecimento de padrões de comunicação eficazes entre profissionais de saúde e pais pode representar um importante veículo de integração e aceitação dos pais nas UCIN's. Por outras palavras, uma comunicação eficaz é essencial para o sucesso de uma relação de parceria.

V. Conclusões

Estruturamos o presente capítulo de forma a dar resposta aos objectivos previamente delineados para o estudo. Neste sentido, podemos concluir após a sua realização que:

> Os factores de stress identificados, tidos como os mais stressantes, foram, ordenadamente, os pertencentes às dimensões de Alterações dos Papéis Parentais, Aparência do Bebê e Sinais e Sons. Mães e pais não apresentam diferenças relevantes, no entanto, a experiência de hospitalização do filho prematuro é sempre mais stressante para as mães do que para os pais;

>Verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas, entre mães e pais, quanto à dimensão Alterações dos Papéis Parentais: a média de stress quanto a estes aspectos é mais elevada nas mães. Por outras palavras, para as mães o sentimento de perda e autonomia do papel parental é mais stressante que para os pais;

>Quanto às necessidades parentais, as tidas como mais importantes foram as pertencentes às dimensões de Garantia, Informação e Proximidade e as menos importantes as de Conforto e Apoio. Mães e pais não apresentam diferenças relevantes, no entanto, as mães cotaram sempre as necessidades com *scores* de importância mais altos do que os pais;

>Verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas, entre mães e pais, quanto à dimensão Garantia. Por outras palavras, o grau de importância atribuído pelas mães quanto a esta necessidade é mais elevado do que o atribuído pelos pais;

>Constatamos existir uma correlação positiva e significativa entre as dimensões Aparência do Bebê e Informação. Isto significa que quando aumenta o nível de stress dos pais quanto à aparência e comportamento do filho prematuro, aumentam também as suas necessidades e Informação, e vice-versa;

> A dimensão Alterações dos Papéis Parentais apresenta uma correlação positiva e significativa com as dimensões de Informação, Proximidade, Garantia e Conforto. Por outras palavras, podemos afirmar que, para esta amostra, quando aumenta o nível de stress dos pais quanto às alterações dos seus papéis parentais, aumentam as suas necessidades de Informação, Proximidade Garantia, e Conforto; e vice-versa;

> As categorias identificadas relativas às *dificuldades* parentais no cuidar do bebê prematuro hospitalizado são: actividades na prestação de cuidados ao bebê; aparência, tamanho e fragilidade do bebê; ambiente hospitalar, afastamento do bebê, relacionamento e interacção com o filho prematuro e relacionamento com os profissionais de saúde;

> As categorias identificadas relativas às *preocupações* parentais no decorrer do internamento hospitalar são: estado de saúde actual do bebé, estado de saúde futuro do bebé, qualidade da assistência ao bebé, internamento hospitalar, os outros filhos, papel parental, preocupações financeiras, preparação para receber o bebé em casa e preocupação com o bem-estar físico e psicológico da mãe;

> As categorias que emergiram do tratamento da questão de associação livre são: sentimentos, problemas de saúde actuais do bebé e preocupações com o futuro, medo da morte, incerteza face ao futuro, hospitalização e regresso a casa, acontecimento inesperado, confiança na recuperação e desejo de não repetir a experiência.

O nascimento de um bebé prematuro é, assim, uma vivência que causa reacções de crise nos pais, sendo necessário um apoio psicossocial para as ultrapassar. Uma vez que durante o período de hospitalização do bebé, os pais têm um constante contacto com os profissionais de saúde e outros pais, e com o próprio progresso dos seus filhos, é importante que durante esta fase beneficiem de apoio por parte destes profissionais, de modo a que se incentivem na procura de estratégias de interacção responsiva e de estimulação, para continuarem posteriormente o trabalho destes elementos da equipa de saúde do bebé, tal como é sugerido por Barros e Brandão (2002).

Pretendia-se realizar o estudo com uma amostra de dimensão relevante (do ponto de vista estatístico) a fim de possibilitar a extrapolação e generalização dos resultados obtidos. Assim, no sentido de salvaguardarmos a noção de validade estatística ($N \geq 30$), assumimos para a nossa amostra um valor mínimo de trinta sujeitos. Tendo conhecimento da dificuldade na recolha da amostra, dado tratar-se de uma população clínica e com os constrangimentos burocráticos existentes na autorização do estudo, tínhamos como base esse valor, mas sempre com a esperança de o ultrapassar, o que acabou por acontecer de uma forma muito positiva.

Sugerimos a realização futura de estudos desta natureza com amostras maiores (alargamento do estudo a outras UCIN's portuguesas) e realizados algum tempo após a alta hospitalar, com o objectivo de se avaliar eventuais diferenças no impacto parental face ao nascimento prematuro.

Acrescentamos que conhecer o impacto que cada UCIN tem nos pais, pode ajudar a estabelecer as condições mínimas que permitam controlar esta situação e atenuar a vivência psicológica nos mesmos. Acreditamos que estes trabalhos podem contribuir para uma melhoria das condições que conduzem ao bem-estar psicológico dos pais que se encontram nesta situação. Pensamos que seria igualmente interessante, o estudo de pais de bebés grandes prematuros, e o estudo com os irmãos de bebés nascidos prematuramente.

Assumimos como uma limitação clara deste estudo, a não adaptação da Escala das Necessidades da Família na UCIN, tornando-se este um objectivo futuro em termos académicos. No entanto, deixamos a ressalva que o grande objectivo deste trabalho é fornecer contributos para a prática clínica que julgamos terem sido alcançados.

Admitimos que o facto do investigador trabalhar num dos locais de recolha da amostra, pode ser um factor de enviesamento que pode ter inibido os pais, de relatarem situações menos agradáveis que tenham vivido no decorrer do internamento e, assim, privar-nos de informação relativa a factores que influenciam negativamente o processo de envolvimento parental.

Apesar das limitações referidas, consideramos que este estudo pode contribuir de forma importante para a Psicologia da Gravidez e da Parentalidade nomeadamente no que concerne ao contexto da prematuridade. Assim, pensamos ter contribuído na exploração do leque de variáveis que podem influenciar o bem-estar psicológico destes pais.

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. Consideramos que ao sensibilizar para esta problemática, promovemos a motivação para um maior investimento pessoal e profissional nesta área, cujo aprofundamento de conhecimentos poderá repercutir-se positivamente na actuação profissional com maior competência e qualidade.

Neste sentido, é nosso objectivo dar continuidade à realização do presente estudo, no decorrer do nosso percurso profissional e académico. Deixamos assim uma “porta aberta” para a sua continuação, considerando-o não tanto como um ponto de chegada mas antes como um ponto de partida.

VI. Referências

- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1990). Mothers, fathers, and the crisis of newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal, 11*(1), 12-25.
- Anderson, G., Chiu, S., Dombrowski, M., Swinth, J., Albert, J., & Wada, N. (2003). Mother-newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin-to-skin) care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 32* (5), 604-611.
- Aucott, S., Donohue, P., Atkins, E., & Allen, M. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities, 8*, 298-308.
- Barros, L., & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de neonatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 7*, 261-272.
- 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.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In Leal, I. (Orgs.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Bialoskurski, M. M., Cox, C. L., & Wiggins, R. D. (2002). The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *Journal of Advanced Nursing, 37*, 62-69.
- Botelho, T. M. (1999). *Personalidade materna e prematuridade*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Botelho, T. M. (2006). *A Personalidade da Mãe Prematura*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Intervenção das Pessoas com Deficiência.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal, I. (Orgs.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.

Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M.C. (Orgs.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

Cox, C. L. (2002). Cuidados intensivos no período neonatal – comunicação e ligação. *Nursing*, 167, 34-39.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers's involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (6), 578-586.

Eiser, C., Eiser, J. R., Mayhew, A. G., & Gibson, A. T. (2005). Parenting the premature infant: balancing vulnerability and quality of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (11), 1169-1177.

Eriksson, B., & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care*, 6 (1), 19-33.

Fenwich, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15 (2), 49-64.

Goldberg, S., & Di Vitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein, *Handbook of Parenting*, Vol. 1 (pp. 209-231). United States of America: Lawrence Erlbaum Associates.

Harris, J. (2005). Critically ill babies in hospital – Considering the experience of mothers. *Infant Observation*, 8 (3), 247-258.

Heermann, J., Wilson, M., & Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 176-200.

Henson, C. (2003). Family support. In G. Boxwell (Ed.), *Neonatal intensive care nursing* (pp. 389-411). London: Routledge.

Hurst, I. (2001a). Vigilant watching over: Mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15 (3), 39-57.

Hurst, I. (2001b). Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15, 65-82.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões, Versão de 1994*. Consultado em 20 de Outubro de 2008 através de <http://www.iefp.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Consultado em 16 de Setembro de 2008 através de <http://www.ine.pt>

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

Kennel, J. (1995). Tornar-se família – ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro, & M. Patrício (Orgs.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 35-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

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 Univerity.

- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature Infant within the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 16, 71-82.
- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In Leal, I. (Orgs.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Magarinho, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McGrath, J. M. (2005). Partnerships with families – A foundation to support them in difficult times. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19, 94-96.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., & Fairbanks, F. (2002). Effectiveness of informational/behavior interventions with parents of low birth weight (LBW) premature infants: An evidence base to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 28, 511-516.
- Miles, M., Funk, S., & Kasper, M. (1991). The neonatal intensive care unit environment: Sources of stress for parents. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2, 346-354.
- Miles, M., & Funk, S. (2002). *Parental stress scale: Neonatal intensive care unit*. Consultado em 16 de Janeiro de 2008 através de <http://nursing.unc.edu/crci/instruments/pssnicu/newpssnicu602.pdf>
- Oliveira, C., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In Pinto, A.M. & Silva, A.L. (Orgs.), *Stress e bem-estar* (pp.59-83). Lisboa: Climepsi.
- Orfali, K., & Gordon, E. F. (2004). Autonomy gone away: a cross cultural study of parents' experiences in neonatal intensive care units. *Theoretical Medicine*, 25, 329-365.

Padden, T., & Glenn, S. (1997). Maternal experiences of preterm birth and neonatal intensive care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15 (2), 121-139.

Pedro, S. I. (2007). *Envolvimento parental numa UCIN – Necessidades emergentes*. Tese de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

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.

Reina, A. (2005). *Auto-eficácia, ansiedade e stresse parental em pais de bebés nascidos em situação de prematuridade* (Monografia de Licenciatura em Psicologia, Vertente Clínica e de Aconselhamento). Almada: Instituto Piaget.

Relvas, A. P. (1996a). A vida da Família. In Relvas, A.P., *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica* (pp.9-31). Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. (1996b). Família com Filhos Pequenos. In Relvas, A.P., *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica* (pp.75-112). Porto: Edições Afrontamento

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

Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2006). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In Canavarro, M.C. (Orgs.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Sá, E., & Biscaia, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães. In Sá, E. (Orgs.), *A maternidade e o bebé* (pp.13-21). Lisboa: Fim de Século.

Seabra-Santos, M. J. (2006). Conhecer as competências do recém-nascido. In Canavarro, M.C. (Orgs.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 133-160). Coimbra: Quarteto.

Smallwood, R. (1997). *A guide for parents: Care around preterm birth*. Consultado em 15 de Maio de 2008 através de <http://health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp52.pdf>

Vaz, F.M., & Machado, A. (2004). A parentalidade durante a gravidez. In Correia, R., Trindade, I., & Teixeira, J., *Psicologia, Promoção de Saúde e Prevenção* (Actas V Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários) (pp. 43-54). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

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.

Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27,281-286.

World Health Organization (1985). *Appropriate technology for birth*. S.l: Lancet.

Anexos

ANEXO 1

Questionário de Caracterização da Amostra

Indique, assinalando com uma cruz (X) a resposta adequada à sua situação. Poderá escolher mais do que uma opção, nas questões que considerar necessário.

Parte I

1. Data de Nascimento: ___/___/___ (___ Anos)

2. Sexo: Masculino ___ Feminino ___

3. Raça

3.1) Caucasiana ___

3.2) Negra ___

3.3) Asiática ___

3.4) Mista ___ Especifique _____

4. País de origem

4.1) Portugal ___

4.2) Outro País ___ Qual? _____

5. Estado Civil

5.1) Solteira (o) ___

5.2) Casada (o) ___

5.3) União de Facto ___

5.4) Divorciada (o)/ Separada (o) ___

5.5) Viúva (o) ___

5.6) Outro ___ Qual? _____

6. Rendimento do Agregado familiar

6.1) Menos de 500 € ___

6.2) De 500 a 1000 € ___

6.3) De 1000 a 1500 € ___

6.4) De 1500 a 2000 € ____

6.5) Mais de 2000 € ____

7. Área de Residência (Concelho) _____

8. Local de Residência

8.1) Rural ____

8.2) Urbano ____

8.3) Suburbano ____

9. Condições de Habitação

9.1) Vive em casa própria com encargos ____

9.2) Vive em casa própria sem encargos ____

9.3) Vive em casa arrendada ____

9.4) Vive em anexos de uma casa ____

9.5) Vive num quarto ____

9.6) Outra situação ____

Especifique _____

10. Habilitações Literárias

10.1) Ensino Básico 1º ciclo ____

10.2) Ensino Básico 2º ciclo ____

10.3) Ensino Básico 3º ciclo ____

10.4) Ensino Secundário ____

10.5) Ensino Superior ____

(Anos de escolaridade concluídos _____)

11. Profissão/Ocupação _____

11.1) Horas ocupadas diariamente pela profissão: _____

12. Religião: _____

12.1) Praticante? Sim ____ Não ____

13. Constituição do Agregado Familiar

13.1) Vive Sozinha (o) _____

13.2) Vive com o (a) companheiro (a) _____

13.3) Vive com o (a) companheiro (a) e outros familiares _____

Especifique _____

14. Proximidade com a Família Alargada: Sim ____ Não ____

Se respondeu Não, por favor passe para a questão 15.

14.1) Se respondeu Sim, por favor indique com quem mantém essa proximidade.

14.1.1) Pais ____

14.1.2) Sogros ____

14.1.3) Primos ____

14.1.4) Tios ____

14.1.5) Outros ____ Quem? _____

15. Número de filhos: ____

Idade	Sexo

16. Idade do Nascimento do Primeiro Filho: _____ anos

17. Experiência Prévia de Cuidar de outros Bebés: Sim ____ Não ____

18. Experiência anterior de hospitalização de um filho: Sim ____ Não ____

19. Durante a gravidez teve preparação para cuidar do bebê? Sim ____ Não ____

Se respondeu Não, passe por favor para a questão 20.

19.1) Se respondeu Sim, indique por favor quem lhe deu essa preparação

19.1.1) Família ____

19.1.2) Experiências anteriores de cuidar de um recém-nascido ____

19.1.3) Amigos/Vizinhos ____

19.1.4) Consultas de Vigilância da Gravidez ____

19.1.5) Curso de Preparação para o Parto/Nascimento ____

19.1.6) Livros e revistas especializadas ____

19.1.7) Meios de comunicação social ____

19.1.8) Outros ____

Especifique _____

20. Desejou esta gravidez? Sim ____ Não ____

21. Aceitou esta gravidez? Sim ____ Não ____

22. Viu o bebê antes de ser internado? Sim ____ Não ____

23. Quem foi o primeiro familiar a visitar o bebê no hospital? _____

24. Com que frequência consegue vir visitar o seu bebê? _____ vezes/semana ou _____ vezes/mês

25. Quantas horas passa, em média, junto do seu bebê diariamente: ____

Questões Semi-abertas

Responda por favor *de forma breve* as questões que de seguida lhe colocamos.

1. Indique *por ordem de importância* as três principais **dificuldades** que sentiu ao cuidar do seu bebé.

2. Por favor complete a seguinte afirmação: *Quando pensa na experiência de ser mãe/pai de um bebé prematuro hospitalizado o que lhe ocorre imediatamente é...*

3. Indique *por ordem de importância* as três principais **preocupações** que teve durante o internamento do seu bebé.

Questionário da História Obstétrica e Neonatal

1. Gravidez: Natural ___ Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida ___

2. Planeamento da Gravidez: Sim ___ Não ___

3. Vigilância da Gravidez: Sim ___ Não ___

Onde? 5.1) Centro de Saúde ___

5.2) Hospital ___

5.3) Médico Particular ___

4. Gemelaridade: Sim ___ Não ___

5. Gravidez de Risco: Sim ___ Não ___

6. História Obstétrica:

6.1) Índice Obstétrico: _____

6.2) Se história de Abortos, assinale a sua etiologia:

6.2.1) Interrupção Voluntária da Gravidez ___

6.2.2) Aborto Espontâneo ___

6.2.3) Aborto Terapêutico ___

7. Hábitos Maternos (pode assinalar mais do que uma opção):

7.1) Tabágicos ___ (___ cig./dia)

7.2) Alcoólicos ___

7.3) Tóxicos ___

8. História anterior de parto pré-termo: Sim ___ Não ___

9. Problemas ginecológicos/obstétricos durante a gravidez: Sim ___ Não ___

Quais? _____

10. Incidentes traumáticos: (por ex., queda, acidente de viação): Sim ___ Não ___

11. Medicação durante a gravidez: Sim ___ Não ___

11.1 Qual: _____

12. Internamentos durante a gravidez: Sim ___ Não ___

12.1. Motivo do internamento: _____

13. Idade gestacional do bebê: ___ semanas e ___ dias

14. Tipo de parto:

14.1) Eutócico ___

14.2) Ventosa ___

14.3) Fórceps ___

14.4) Cesariana ___

15. Motivo da distocia _____

16. Peso de nascimento do bebê _____ gramas.

17. Sexo do bebê: Masculino ___ Feminino ___

18. Índice de Apgar: 1' ___ 5' ___ 10' ___

19. Duração do Internamento do Bebê: _____ (dias/semanas)

20. Diagnóstico Médico do Recém-nascido

20.1) Icterícia Neonatal ___

20.2) Infecção e/ou Sépsis Neonatal ___

20.3) Intolerância Alimentar ___

20.4) Síndrome de Dificuldade Respiratória ___

20.5) Hipoglicémias/Hiperglicémias ___

20.6) Asfixia neonatal ___

20.7) Traumatismo de parto ___

20.8) Síndrome de Privação ___

20.9) Outros ___

Quais? _____

21. Tratamento (s) e procedimento (s) a que o bebê foi sujeito neste internamento

21.1) Fototerapia _____

21.2) Soroterapia endovenosa _____

21.3) Antibioterapia _____

21.4) Exsanguineotransfusão _____

21.5) Transfusão sanguínea _____

21.6) Monitorização Cardio-respiratória _____

21.7) Cateterismo umbilical (venoso e/ou arterial) _____

21.8) Respiração Assistida (Ventilador e/ou CPAP) _____

21.9) Entubação nasogastrica/orogastrica _____

21.10) Outros _____

Quais? _____

ANEXO 2

Escala de Stress Parental: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

(Versão adaptada por Reina, 2005)

De seguida são apresentadas listas de várias experiências que os pais de um bebé prematuro internado numa UCIN consideram geradoras de stress. Por favor, indique com um (X) o quão stressante cada situação é para si, assinalando uma das possíveis respostas que são apresentadas.

	1	2	3	4	5	6
	Nada Stressante	Um Pouco Stressante	Moderadamente Stressante	Muito Stressante	Extremamente Stressante	Não se aplica
1- Presença dos monitores e do equipamento.						
2- Barulho constante dos monitores e do equipamento.						
3- Barulhos repentinos dos alarmes dos monitores.						
4- Os restantes bebés doentes na sala.						
5- O grande número de pessoas que trabalham na unidade.						
6- Presença de ventiladores para o meu bebé.						
7- Tubos e equipamento no meu bebé ou perto dele.						
8- Feridas, cortes ou incisões no meu bebé.						
9- A cor pouco vulgar do meu bebé (por exemplo parecer pálido ou amarelo)						
10- Padrões de respiração anormais ou pouco vulgares do meu bebé.						
11- O tamanho pequeno do meu bebé.						
12- A aparência “enrugada” do meu bebé.						
13- Agulhas e tubos no meu bebé.						
14- O meu bebé a ser alimentado por um tubo intravenoso.						

15- Quando o meu bebé parece estar em sofrimento.						
16- Quando o meu bebé parece estar triste.						
17- A frágil aparência do meu bebé.						
18- Os movimentos inquietos do meu bebé.						
19- O facto do meu bebé não ser capaz de chorar como os outros bebés.						
20- Estar separado do meu bebé.						
21- Não ser eu próprio a alimentar o meu bebé.						
22- Não ser capaz de cuidar do meu bebé (por exemplo, dar banho, mudar a fralda).						
23- Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebé quando quero.						
24- Sentir-me inútil ou incapaz de proteger o meu bebé da dor ou de procedimentos causadores de dor.						
25- Sentir-me inútil sobre como ajudar o meu bebé nesta situação.						
26- Não ter tempo para estar sozinho com o meu bebé.						

Usando a mesma classificação, indique assinalando com um (X) o quão stressante no geral é para si a situação de ter um bebé hospitalizado numa UCIN.

Nada Stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Extremamente stressante	Não se aplica

ANEXO 3

Inventário das Necessidades da Família na UCIN

(Versão Traduzida por Pedro, 2007)

Por favor assinale a importância de cada uma das seguintes necessidades.

Não importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Não se aplica
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

1. Saber o prognóstico esperado para o meu bebé ____
2. Ser informada(o) acerca do ambiente da UCIN antes da primeira visita ____
3. Poder visitar o meu bebé a qualquer altura ____
4. Falar com o médico responsável pelo meu bebé todos os dias ____
5. Obter uma resposta honesta às questões que coloco sobre o meu bebé ____
6. Sentir que existe esperança ____
7. Ter amigos ou familiares por perto para me apoiar ____
8. Ter uma sala de espera para a UCIN ____
9. Ter alguém que ajude com o transporte ____
10. Serem-me dadas orientações sobre como posso cuidar do meu bebé na UCIN ____
11. Saber quais os profissionais que podem dar informações acerca da saúde e bem-estar geral do meu bebé ____
12. Partilhar os meus sentimentos acerca do que se passou ____
13. Ter um profissional específico a quem ligar quando não posso visitar o bebé ____
14. Ter a garantia de que o meu bebé está a receber os melhores cuidados possíveis ____
15. Haver um grupo de apoio constituído por pais de bebés internados ____
16. Ter aulas acerca de bebés prematuros e dos cuidados especiais que lhes devem ser prestados ____
17. Ter um local com privacidade para amamentar ou utilizar a bomba de leite ____
18. Ajudar a tomar decisões acerca do plano de cuidados do meu bebé ____
19. Fazer-me acompanhar de outra pessoa quando visito a UCIN ____
20. Saber exactamente o que está a ser feito pelo meu bebé ____
21. Ter mobília confortável na sala de espera ____
22. Ter a visita de alguém da minha igreja ____
23. Ter a garantia de que não há problema em sair do hospital por algum tempo ____
24. Ter um telefone perto da sala de espera ____
25. Sentir-me aceite pelos profissionais do hospital ____
26. Sentir que não há problema em chorar ____
27. Ser-me dada informação acerca de pessoas que me podem ajudar com os problemas relativos à minha situação ____

28. Ter alguém preocupado com a minha saúde ____
29. Falar com o(a) mesmo(a) enfermeiro(a) a maioria das vezes ____
30. Ter uma casa de banho perto da sala de espera ____
31. Falar acerca da possibilidade do meu bebé morrer ____
32. Ter cadeiras confortáveis para estar ao pé do meu bebé ____
33. Ser-me dado material de leitura relativo aos aspectos médicos do meu bebé ____
34. Explicarem-me as coisas de forma que eu compreenda ____
35. Sentir que o pessoal do hospital se preocupa com o meu bebé ____
36. Ser-me permitido ajudar nos cuidados prestados ao meu bebé ____
37. Ser informada (o) dos planos de transferência enquanto estão a ser feitos ____
38. Receber informação sobre o meu bebé pelo menos uma vez por dia ____
39. Ver o meu bebé frequentemente ____
40. Ser informada(o) de aspectos específicos relativos aos progressos do meu bebé ____
41. Ter uma sala de espera perto da UCIN ____
42. Ser reconhecida(o) como importante na recuperação do meu bebé ____
43. Receber ajuda relativamente às reacções dos irmãos do meu bebé ____
44. Ter oportunidade de conversar com outros pais cujo bebé esteja na UCIN ou tenham passado por uma situação semelhante ____
45. Ser permitida a visita dos irmãos do bebé ____
46. Ter a liberdade de escolher ficar ou sair quando o meu bebé experiencia procedimentos dolorosos ____
47. Ter um local para dormir perto da UCIN ____
48. Saber a razão das intervenções feitas ao meu bebé ____
49. Ser informada(o) para casa acerca de mudanças importantes na situação do meu bebé ____
50. Saber que o meu bebé está a receber tratamento para a dor ____
51. Ter um local para estar sozinha(o) dentro do hospital ____
52. Saber que o meu bebé está a ser cuidadosamente tratado pelos profissionais de saúde ____
53. Ter informação acerca do tratamento médico do meu bebé ____
54. Ter um ambiente calmo na UCIN e a luminosidade diminuída a intervalos regulares para o meu bebé descansar ____
55. Pegar o meu bebé nos meus braços e tê-lo em contacto com a minha pele o mais cedo possível ____

56. Ver que os profissionais da UCIN proporcionam conforto ao meu bebê, dando-lhe calmantes, usando cobertores para suportar o seu corpo e falando suavemente com ele

57. Outra:

ANEXO 4

Carta de Solicitação de Participação aos Pais

Aos Pais,

A prematuridade, tem sido uma questão muito abordada nos últimos tempos, devido ao aumento do número de bebés prematuros no nosso país. Devido a este facto, o número de investigações relativamente a esta questão também tem vindo a aumentar. Assim esta investigação pretende estudar o stress, as necessidades parentais e a relação conjugal dos pais de filhos prematuros.

Vimos desta forma solicitar a sua colaboração, como pais de um filho prematuro. Este estudo envolve o preenchimento de 3 questionários em simultâneo. A sua participação é valiosa! É necessário que responda a todas as questões com honestidade. Não existem respostas erradas, apenas o que é verdadeiro para cada um.

A confidencialidade e o anonimato são desde já completamente garantidos.

Obrigado pela vossa disponibilidade e ajuda neste projecto!

ANEXO 5

Pedido Formal de Autorização às Instituições

Ao Conselho de Administração

Do XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lisboa, 31 de Janeiro de 2008

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade que presentemente frequento no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, estou a executar um trabalho de investigação, sob orientação científica da Prof.^a Doutora Teresa Morais Botelho, com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo tema incide sobre "*Stress e necessidades de pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados*".

Com a finalidade de recolher a amostra no serviço de Neonatologia da vossa Instituição, solicito a Vossas Exas. a respectiva autorização. Importa referir que o procedimento de recolha de dados requer somente o auto-preenchimento de um questionário, que envio em anexo. De referir ainda que a realização deste estudo decorrerá a par com o trabalho realizado pela Enf.^a Mónica Costa, uma vez que ambas utilizaremos a mesma amostra. Saliente-se que os dados recolhidos obedecem aos princípios do anonimato e de confidencialidade.

Prevê-se que a componente experimental ora referida, venha a realizar-se de Fevereiro a Abril do presente ano. Consciente de que estudos nesta área podem contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados à tríade, agradeço antecipadamente a vossa colaboração. Encontro-me à disposição de Vossas Exas. para qualquer contacto ou esclarecimento. Pede deferimento,

Irina Diege de Sousa Barros
Licenciada em Enfermagem

Quinta de Santo Amaro,
Bloco B, Lote 1, 6º Esq.
2600 Vila Franca de Xira
Telm. 963747224 irinadiege@hotmail.com

ANEXO 6

Classificação Nacional de Profissões

(Instituto de Emprego e Formação Profissional)

Para a categorização e sistematização das profissões dos participantes utilizamos a Classificação Nacional de Profissões (CNP) do Instituto de Emprego e Formação Profissional. A CNP é um reportório de todas as profissões existentes em Portugal e dos respectivos descritivos funcionais, apresentando-se agregadas por grupos profissionais. Neste sentido, temos:

Grande Grupo 1: Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas (inclui Quadros Superiores da Administração Pública, Directores de Empresas, Directores e Gerentes de Pequenas Empresas);

Grande Grupo 2: Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (inclui Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharias, Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais de Saúde, Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares, Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas);

Grande Grupo 3: Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio (inclui Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio das Ciências Físicas e Químicas, da Engenharia e Trabalhadores Similares, Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde, Profissionais de Nível Intermédio do Ensino, Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio);

Grande Grupo 4: Pessoal Administrativo e Similares (inclui Empregados de Escritório, Empregados de Recepção, Caixas, Bilheteiros e Similares);

Grande Grupo 5: Pessoal dos Serviços e Vendedores (inclui Pessoal dos Serviços Directos e Particulares, de Protecção e Segurança e Manequins, Vendedores e Demonstradores);

Grande Grupo 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca (inclui Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Criação de Animais e Pescas, Agricultores e Pescadores – Agricultura e Pesca de Subsistência);

Grande Grupo 7: Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extractivas e da Construção Civil, Trabalhadores da Metalurgia e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares, Mecânicos de Precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e Trabalhadores Similares, Outros Operários, Artífices e Trabalhadores Similares);

Grande Grupo 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem (inclui Operadores de Instalações Fixas e Similares, Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem, Condutores de Veículos e Embarcações e Operadores de Equipamentos Pesados Móveis);

Grande Grupo 9: Trabalhadores não Qualificados (inclui Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio, Trabalhadores Não Qualificados da Agricultura e Pescas, Trabalhadores Não qualificados das Minas, da Construção e Obras Públicas, da Indústria, Transformadora e dos Transportes)

ANEXO 7

Outputs Estadísticos

Estatística Descritiva relativa às dimensões das Escalas de Stress Parental e Necessidades da Família

		Sinais e sons	Aparência do Bebê	Alterações dos Papéis Parentais	Apoio
N	Valid	66	31	51	20
	Missing	2	37	17	48
Mean		2,4030	3,3677	3,7941	3,3083
Std. Error of Mean		,12608	,17048	,13420	,07652
Median		2,2000	3,1000	4,0000	3,2778
Mode		1,80 ^a	2,70 ^a	4,50	3,17 ^a
Std. Deviation		1,02432	,94917	,95835	,34222
Variance		1,049	,901	,918	,117
Skewness		,583	,337	-,620	-,093
Std. Error of Skewness		,295	,421	,333	,512
Kurtosis		-,435	-1,044	-,489	-,426
Std. Error of Kurtosis		,582	,821	,656	,992
Range		4,00	3,10	3,67	1,22
Minimum		1,00	1,90	1,33	2,67
Maximum		5,00	5,00	5,00	3,89
Sum		158,60	104,40	193,50	66,17
Percentiles	25	1,6000	2,7000	3,1667	3,1250
	50	2,2000	3,1000	4,0000	3,2778
	75	3,1000	4,3000	4,6667	3,5417

Estatística Descritiva relativa às dimensões das Escalas de Stress Parental e Necessidades da Família

		Informação	Conforto	Garantia	Proximidade
N	Valid	60	62	65	63
	Missing	8	6	3	5
Mean		3,6394	3,1797	3,7859	3,6171
Std. Error of Mean		,03798	,05746	,02354	,03835
Median		3,7273	3,1429	3,8333	3,6250
Mode		3,91	3,14	3,75 ^a	3,63 ^a
Std. Deviation		,29421	,45245	,18978	,30443
Variance		,087	,205	,036	,093
Skewness		-1,142	-,910	-1,029	-1,674
Std. Error of Skewness		,309	,304	,297	,302
Kurtosis		,827	1,782	,927	4,050
Std. Error of Kurtosis		,608	,599	,586	,595
Range		1,18	2,43	,83	1,63
Minimum		2,82	1,57	3,17	2,38
Maximum		4,00	4,00	4,00	4,00
Sum		218,36	197,14	246,08	227,88
Percentiles	25	3,5455	2,9643	3,6667	3,5000
	50	3,7273	3,1429	3,8333	3,6250
	75	3,8864	3,4643	3,9167	3,8750

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Sinais e Sons

		Item 1	Item 2	Item 3
N	Valid	68	68	68
	Missing	0	0	0
Mean		2,65	2,90	3,00
Std. Error of Mean		,165	,157	,161
Median		2,00	3,00	3,00
Mode		2	2	3
Std. Deviation		1,358	1,295	1,327
Variance		1,844	1,676	1,761
Skewness		,416	,112	,000
Std. Error of Skewness		,291	,291	,291
Kurtosis		-1,054	-1,091	-1,129
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,574
Range		4	4	4
Minimum		1	1	1
Maximum		5	5	5
Sum		180	197	204
Percentiles	25	2,00	2,00	2,00
	50	2,00	3,00	3,00
	75	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Sinais e Sons

		Item 4	Item 5
N	Valid	67	67
	Missing	1	1
Mean		1,73	1,79
Std. Error of Mean		,123	,156
Median		1,00	1,00
Mode		1	1
Std. Deviation		1,009	1,274
Variance		1,018	1,622
Skewness		1,574	1,358
Std. Error of Skewness		,293	,293
Kurtosis		2,206	,364
Std. Error of Kurtosis		,578	,578
Range		4	4
Minimum		1	1
Maximum		5	5
Sum		116	120
Percentiles	25	1,00	1,00
	50	1,00	1,00
	75	2,00	2,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Aparência do Bebê

		Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
N	Valid	66	62	47	66
	Missing	2	6	21	2
Mean		3,18	3,92	2,89	4,03
Std. Error of Mean		,166	,140	,173	,122
Median		3,00	4,00	3,00	4,00
Mode		3	5	2	5
Std. Deviation		1,346	1,106	1,184	,992
Variance		1,813	1,223	1,401	,984
Skewness		,048	-,663	,050	-,647
Std. Error of Skewness		,295	,304	,347	,295
Kurtosis		-1,196	-,601	-,909	-,276
Std. Error of Kurtosis		,582	,599	,681	,582
Range		4	4	4	4
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Sum		210	243	136	266
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	3,00
	50	3,00	4,00	3,00	4,00
	75	5,00	5,00	4,00	5,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Aparência do Bebê

		Item 13	Item 14	Item 15	Item 17
N	Valid	68	66	65	68
	Missing	0	2	3	0
Mean		3,46	3,06	4,46	3,38
Std. Error of Mean		,159	,178	,110	,169
Median		3,00	3,00	5,00	3,50
Mode		2 ^a	2 ^a	5	5
Std. Deviation		1,309	1,445	,885	1,393
Variance		1,714	2,089	,784	1,941
Skewness		-,004	-,014	-1,902	-,347
Std. Error of Skewness		,291	,295	,297	,291
Kurtosis		-1,630	-1,373	3,673	-1,122
Std. Error of Kurtosis		,574	,582	,586	,574
Range		4	4	4	4
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Sum		235	202	290	230
Percentiles	25	2,00	2,00	4,00	2,00
	50	3,00	3,00	5,00	3,50
	75	5,00	4,00	5,00	5,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Aparência do Bebê

		Item 18	Item 19
N	Valid	68	42
	Missing	0	26
Mean		3,31	2,95
Std. Error of Mean		,173	,236
Median		3,50	3,00
Mode		5	1 ^a
Std. Deviation		1,427	1,529
Variance		2,038	2,339
Skewness		-,188	,084
Std. Error of Skewness		,291	,365
Kurtosis		-1,393	-1,494
Std. Error of Kurtosis		,574	,717
Range		4	4
Minimum		1	1
Maximum		5	5
Sum		225	124
Percentiles	25	2,00	1,75
	50	3,50	3,00
	75	5,00	4,25

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatística Descrita relativa aos Itens da Dimensão Alterações dos Papéis Parentais

		Item 20	Item 22	Item 23	Item 24
N	Valid	68	52	55	64
	Missing	0	16	13	4
Mean		4,03	3,58	3,58	4,30
Std. Error of Mean		,147	,183	,197	,125
Median		5,00	4,00	4,00	5,00
Mode		5	4 ^a	5	5
Std. Deviation		1,209	1,319	1,462	1,003
Variance		1,462	1,739	2,137	1,006
Skewness		-,841	-,547	-,518	-1,415
Std. Error of Skewness		,291	,330	,322	,299
Kurtosis		-,566	-,960	-1,246	1,313
Std. Error of Kurtosis		,574	,650	,634	,590
Range		4	4	4	4
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Sum		274	186	197	275
Percentiles	25	3,00	2,00	2,00	4,00
	50	5,00	4,00	4,00	5,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Estatística Descrita relativa aos Itens da Dimensão Alterações dos Papéis Parentais

		Item 25	Item 26
N	Valid	66	66
	Missing	2	2
Mean		4,17	2,95
Std. Error of Mean		,144	,177
Median		5,00	3,00
Mode		5	2
Std. Deviation		1,171	1,440
Variance		1,372	2,075
Skewness		-1,342	,177
Std. Error of Skewness		,295	,295
Kurtosis		,826	-1,327
Std. Error of Kurtosis		,582	,582
Range		4	4
Minimum		1	1
Maximum		5	5
Sum		275	195
Percentiles	25	4,00	2,00
	50	5,00	3,00
	75	5,00	4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Apoio

		Item 2	Item 7	Item 9	Item 10
N	Valid	67	68	59	68
	Missing	1	0	9	0
Mean		3,51	3,44	3,00	3,84
Std. Error of Mean		,068	,077	,103	,050
Median		4,00	4,00	3,00	4,00
Mode		4	4	3	4
Std. Deviation		,561	,632	,788	,409
Variance		,314	,399	,621	,167
Skewness		-,562	-,686	-,219	-2,528
Std. Error of Skewness		,293	,291	,311	,291
Kurtosis		-,728	-,475	-,779	6,116
Std. Error of Kurtosis		,578	,574	,613	,574
Range		2	2	3	2
Minimum		2	2	1	2
Maximum		4	4	4	4
Sum		235	234	177	261
Percentiles	25	3,00	3,00	2,00	4,00
	50	4,00	4,00	3,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Apoio

		Item 12	Item 15	Item 17	Item 19
N	Valid	68	68	54	66
	Missing	0	0	14	2
Mean		3,21	2,87	3,54	2,95
Std. Error of Mean		,090	,096	,082	,107
Median		3,00	3,00	4,00	3,00
Mode		3	3	4	3
Std. Deviation		,744	,790	,605	,867
Variance		,554	,624	,367	,752
Skewness		-,579	-,320	-,941	-,349
Std. Error of Skewness		,291	,291	,325	,295
Kurtosis		-,202	-,240	-,064	-,702
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,639	,582
Range		3	3	2	3
Minimum		1	1	2	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		218	195	191	195
Percentiles	25	3,00	2,00	3,00	2,00
	50	3,00	3,00	4,00	3,00
	75	4,00	3,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Apoio

		Item 22	Item 27	Item 28	Item 31
N	Valid	55	68	67	61
	Missing	13	0	1	7
Mean		2,18	3,50	2,91	3,25
Std. Error of Mean		,133	,077	,108	,104
Median		2,00	4,00	3,00	3,00
Mode		2	4	3	4
Std. Deviation		,983	,635	,883	,809
Variance		,966	,403	,780	,655
Skewness		,591	-,902	-,366	-,874
Std. Error of Skewness		,322	,291	,293	,306
Kurtosis		-,551	-,199	-,637	,233
Std. Error of Kurtosis		,634	,574	,578	,604
Range		3	2	3	3
Minimum		1	2	1	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		120	238	195	198
Percentiles	25	1,00	3,00	2,00	3,00
	50	2,00	4,00	3,00	3,00
	75	3,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Apoio

		Item 43	Item 44	Item 45	Item 47
N	Valid	42	66	35	62
	Missing	26	2	33	6
Mean		3,33	3,27	3,26	3,16
Std. Error of Mean		,126	,079	,138	,103
Median		3,50	3,00	3,00	3,00
Mode		4	3	4	3
Std. Deviation		,816	,646	,817	,814
Variance		,667	,417	,667	,662
Skewness		-1,265	-,325	-,864	-,686
Std. Error of Skewness		,365	,295	,398	,304
Kurtosis		1,412	-,662	,135	-,111
Std. Error of Kurtosis		,717	,582	,778	,599
Range		3	2	3	3
Minimum		1	2	1	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		140	216	114	196
Percentiles	25	3,00	3,00	3,00	3,00
	50	3,50	3,00	3,00	3,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa aos Itens da Dimensão Apoio

		Item 51	Item 54
N	Valid	67	68
	Missing	1	0
Mean		2,81	3,71
Std. Error of Mean		,107	,059
Median		3,00	4,00
Mode		3	4
Std. Deviation		,875	,490
Variance		,765	,241
Skewness		-,166	-1,310
Std. Error of Skewness		,293	,291
Kurtosis		-,759	,614
Std. Error of Kurtosis		,578	,574
Range		3	2
Minimum		1	2
Maximum		4	4
Sum		188	252
Percentiles	25	2,00	3,00
	50	3,00	4,00
	75	3,00	4,00

Estatística Descritiva relativa ao Itens da Dimensão Informação

		Item 4	Item 11	Item 13	Item 16
N	Valid	68	67	65	68
	Missing	0	1	3	0
Mean		3,68	3,78	3,58	3,25
Std. Error of Mean		,057	,051	,072	,099
Median		4,00	4,00	4,00	3,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,471	,420	,583	,817
Variance		,222	,176	,340	,668
Skewness		-,772	-1,355	-1,071	-,835
Std. Error of Skewness		,291	,293	,297	,291
Kurtosis		-1,448	-,169	,200	-,008
Std. Error of Kurtosis		,574	,578	,586	,574
Range		1	1	2	3
Minimum		3	3	2	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		250	253	233	221
Percentiles	25	3,00	4,00	3,00	3,00
	50	4,00	4,00	4,00	3,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa ao Itens da Dimensão Informação

		Item 18	Item 20	Item 26	Item 33
N	Valid	64	68	68	68
	Missing	4	0	0	0
Mean		3,50	3,90	3,18	3,44
Std. Error of Mean		,083	,037	,105	,079
Median		4,00	4,00	3,00	4,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,667	,306	,863	,655
Variance		,444	,094	,745	,429
Skewness		-1,327	-2,673	-,785	-1,088
Std. Error of Skewness		,299	,291	,291	,291
Kurtosis		1,978	5,298	-,143	1,552
Std. Error of Kurtosis		,590	,574	,574	,574
Range		3	1	3	3
Minimum		1	3	1	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		224	265	216	234
Percentiles	25	3,00	4,00	3,00	3,00
	50	4,00	4,00	3,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa ao Itens da Dimensão Informação

		Item 36	Item 48	Item 53
N	Valid	68	68	68
	Missing	0	0	0
Mean		3,78	3,85	3,94
Std. Error of Mean		,066	,043	,029
Median		4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4
Std. Deviation		,542	,357	,237
Variance		,294	,127	,056
Skewness		-3,015	-2,038	-3,835
Std. Error of Skewness		,291	,291	,291
Kurtosis		10,756	2,219	13,093
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,574
Range		3	1	1
Minimum		1	3	3
Maximum		4	4	4
Sum		257	262	268
Percentiles	25	4,00	4,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Conforto

		Item 8	Item 21	Item 24	Item 25
N	Valid	66	68	65	67
	Missing	2	0	3	1
Mean		3,09	2,85	2,58	3,37
Std. Error of Mean		,077	,097	,105	,085
Median		3,00	3,00	3,00	3,00
Mode		3	3	2	4
Std. Deviation		,626	,797	,846	,693
Variance		,392	,635	,715	,480
Skewness		-,064	,091	,126	-,937
Std. Error of Skewness		,295	,291	,297	,293
Kurtosis		-,383	-1,024	-,614	,822
Std. Error of Kurtosis		,582	,574	,586	,578
Range		2	3	3	3
Minimum		2	1	1	1
Maximum		4	4	4	4
Sum		204	194	168	226
Percentiles	25	3,00	2,00	2,00	3,00
	50	3,00	3,00	3,00	3,00
	75	3,25	3,00	3,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Conforto

		Item 30	Item 32	Item 56
N	Valid	68	68	68
	Missing	0	0	0
Mean		3,04	3,38	3,78
Std. Error of Mean		,092	,078	,066
Median		3,00	3,00	4,00
Mode		3	4	4
Std. Deviation		,762	,647	,542
Variance		,580	,419	,294
Skewness		-,284	-,567	-2,436
Std. Error of Skewness		,291	,291	,291
Kurtosis		-,618	-,607	4,953
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,574
Range		3	2	2
Minimum		1	2	2
Maximum		4	4	4
Sum		207	230	257
Percentiles	25	3,00	3,00	4,00
	50	3,00	3,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Garantia

		Item 1	Item 5	Item 6	Item 14
N	Valid	68	68	68	68
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,96	3,90	3,79	3,94
Std. Error of Mean		,025	,037	,049	,029
Median		4,00	4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,207	,306	,407	,237
Variance		,043	,094	,166	,056
Skewness		-4,541	-2,673	-1,488	-3,835
Std. Error of Skewness		,291	,291	,291	,291
Kurtosis		19,181	5,298	,219	13,093
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,574	,574
Range		1	1	1	1
Minimum		3	3	3	3
Maximum		4	4	4	4
Sum		269	265	258	268
Percentiles	25	4,00	4,00	4,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Garantia

		Item 23	Item 34	Item 35	Item 40
N	Valid	67	68	68	68
	Missing	1	0	0	0
Mean		3,45	3,85	3,93	3,93
Std. Error of Mean		,088	,043	,032	,032
Median		4,00	4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,724	,357	,263	,263
Variance		,524	,127	,069	,069
Skewness		-1,172	-2,038	-3,342	-3,342
Std. Error of Skewness		,293	,291	,291	,291
Kurtosis		,892	2,219	9,447	9,447
Std. Error of Kurtosis		,578	,574	,574	,574
Range		3	1	1	1
Minimum		1	3	3	3
Maximum		4	4	4	4
Sum		231	262	267	267
Percentiles	25	3,00	4,00	4,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Garantia

		Item 42	Item 46	Item 50	Item 52
N	Valid	68	68	66	68
	Missing	0	0	2	0
Mean		3,54	3,40	3,83	3,87
Std. Error of Mean		,080	,094	,046	,041
Median		4,00	4,00	4,00	4,00
Mode		4	4	4	4
Std. Deviation		,656	,775	,376	,341
Variance		,431	,601	,141	,117
Skewness		-1,472	-1,228	-1,831	-2,219
Std. Error of Skewness		,291	,291	,295	,291
Kurtosis		2,373	1,122	1,393	3,012
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,582	,574
Range		3	3	1	1
Minimum		1	1	3	3
Maximum		4	4	4	4
Sum		241	231	253	263
Percentiles	25	3,00	3,00	4,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Proximidade

		Item 3	Item 29	Item 37	Item 38
N	Valid	68	68	65	68
	Missing	0	0	3	0
Mean		3,84	3,18	3,75	3,78
Std. Error of Mean		,050	,075	,054	,051
Median		4,00	3,00	4,00	4,00
Mode		4	3	4	4
Std. Deviation		,409	,622	,434	,418
Variance		,167	,386	,188	,174
Skewness		-2,528	-,517	-1,207	-1,378
Std. Error of Skewness		,291	,291	,297	,291
Kurtosis		6,116	1,324	-,562	-,104
Std. Error of Kurtosis		,574	,574	,586	,574
Range		2	3	1	1
Minimum		2	1	3	3
Maximum		4	4	4	4
Sum		261	216	244	257
Percentiles	25	4,00	3,00	3,50	4,00
	50	4,00	3,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00

Estatística Descritiva relativa à Dimensão Proximidade

		Item 39	Item 41	Item 49	Item 55
N	Valid	68	66	68	68
	Missing	0	2	0	0
Mean		3,91	3,02	3,75	3,71
Std. Error of Mean		,040	,088	,061	,063
Median		4,00	3,00	4,00	4,00
Mode		4	3	4	4
Std. Deviation		,334	,712	,500	,520
Variance		,112	,507	,250	,270
Skewness		-4,120	-,285	-1,891	-1,562
Std. Error of Skewness		,291	,295	,291	,291
Kurtosis		18,034	-,172	2,888	1,612
Std. Error of Kurtosis		,574	,582	,574	,574
Range		2	3	2	2
Minimum		2	1	2	2
Maximum		4	4	4	4
Sum		266	199	255	252
Percentiles	25	4,00	3,00	4,00	3,00
	50	4,00	3,00	4,00	4,00
	75	4,00	3,25	4,00	4,00

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sinaissons	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
apbebe	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
apparentais	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
N_Apoio	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
N_informação	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
N_Conforto	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
N_Garantia	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%
N_Proximidade	12	17,6%	56	82,4%	68	100,0%

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sinaissons	,235	12	,066	,861	12	,050
apbebe	,196	12	,200*	,925	12	,333
apparentais	,144	12	,200*	,975	12	,958
N_Apoio	,133	12	,200*	,928	12	,356
N_informação	,242	12	,050	,813	12	,013
N_Conforto	,209	12	,154	,815	12	,014
N_Garantia	,193	12	,200*	,852	12	,039
N_Proximidade	,169	12	,200*	,920	12	,283

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Group Statistics

	Identificação de mãe ou pai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sinaissons	Mãe	32	2,4875	1,08828	,19238
	pai	34	2,3235	,96987	,16633
apbebe	Mãe	13	3,7846	1,05502	,29261
	pai	18	3,0667	,75848	,17878
apparentais	Mãe	21	4,3571	,69977	,15270
	pai	30	3,4000	,92496	,16887
N_Apoio	Mãe	9	3,3951	,31604	,10535
	pai	11	3,2374	,36098	,10884
N_Conforto	Mãe	29	3,2020	,35100	,06518
	pai	33	3,1602	,53064	,09237
N_Garantia	Mãe	31	3,8360	,16313	,02930
	pai	34	3,7402	,20285	,03479
N_Proximidade	Mãe	32	3,6719	,25940	,04586
	pai	31	3,5605	,33984	,06104

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
sinaissons	Equal variances assumed	1,009	,319
	Equal variances not assumed		
apbebe	Equal variances assumed	3,873	,059
	Equal variances not assumed		
apparentais	Equal variances assumed	2,340	,133
	Equal variances not assumed		
N_Apoio	Equal variances assumed	,067	,799
	Equal variances not assumed		
N_Conforto	Equal variances assumed	2,516	,118
	Equal variances not assumed		
N_Garantia	Equal variances assumed	,638	,427
	Equal variances not assumed		
N_Proximidade	Equal variances assumed	1,343	,251
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
sinaissons	Equal variances assumed	,647	64	,520	,16397
	Equal variances not assumed	,645	62,081	,521	,16397
apbebe	Equal variances assumed	2,208	29	,035	,71795
	Equal variances not assumed	2,094	20,604	,049	,71795
apparentais	Equal variances assumed	4,003	49	,000	,95714
	Equal variances not assumed	4,204	48,650	,000	,95714
N_Apoio	Equal variances assumed	1,027	18	,318	,15769
	Equal variances not assumed	1,041	17,888	,312	,15769
N_Conforto	Equal variances assumed	,360	60	,720	,04180
	Equal variances not assumed	,370	55,947	,713	,04180
N_Garantia	Equal variances assumed	2,086	63	,041	,09583
	Equal variances not assumed	2,107	62,068	,039	,09583
N_Proximidade	Equal variances assumed	1,465	61	,148	,11139
	Equal variances not assumed	1,459	56,121	,150	,11139

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
sinaissons	Equal variances assumed	,25342	-,34230	,67024
	Equal variances not assumed	,25432	-,34439	,67233
apbebe	Equal variances assumed	,32511	,05303	1,38287
	Equal variances not assumed	,34290	,00401	1,43189
appparentais	Equal variances assumed	,23910	,47665	1,43764
	Equal variances not assumed	,22768	,49953	1,41476
N_Apoio	Equal variances assumed	,15360	-,16501	,48038
	Equal variances not assumed	,15147	-,16068	,47606
N_Conforto	Equal variances assumed	,11599	-,19022	,27382
	Equal variances not assumed	,11305	-,18468	,26828
N_Garantia	Equal variances assumed	,04594	,00402	,18763
	Equal variances not assumed	,04548	,00491	,18674
N_Proximidade	Equal variances assumed	,07602	-,04062	,26340
	Equal variances not assumed	,07634	-,04154	,26432

Correlations

		sinaissons	apbebe	apparentais	N_Apoio
sinaissons	Pearson Correlation	1	,788**	,698**	-,192
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,419
	N	66	29	49	20
apbebe	Pearson Correlation	,788**	1	,654**	-,064
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,820
	N	29	31	25	15
apparentais	Pearson Correlation	,698**	,654**	1	,095
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,717
	N	49	25	51	17
N_Apoio	Pearson Correlation	-,192	-,064	,095	1
	Sig. (2-tailed)	,419	,820	,717	
	N	20	15	17	20
N_informação	Pearson Correlation	,217	,499**	,542**	,634**
	Sig. (2-tailed)	,098	,008	,000	,004
	N	59	27	46	19
N_Conforto	Pearson Correlation	,026	,069	,337*	,652**
	Sig. (2-tailed)	,842	,722	,021	,002
	N	60	29	47	20
N_Garantia	Pearson Correlation	,124	,189	,458**	,758**
	Sig. (2-tailed)	,334	,326	,001	,000
	N	63	29	50	20
N_Proximidade	Pearson Correlation	,160	,227	,495**	,731**
	Sig. (2-tailed)	,219	,227	,000	,000
	N	61	30	46	19

Correlations

		N_informação	N_Conforto	N_Garantia	N_Proximidade
sinaissons	Pearson Correlation	,217	,026	,124	,160
	Sig. (2-tailed)	,098	,842	,334	,219
	N	59	60	63	61
apbebe	Pearson Correlation	,499**	,069	,189	,227
	Sig. (2-tailed)	,008	,722	,326	,227
	N	27	29	29	30
apparentais	Pearson Correlation	,542**	,337*	,458**	,495**
	Sig. (2-tailed)	,000	,021	,001	,000
	N	46	47	50	46
N_Apoio	Pearson Correlation	,634**	,652**	,758**	,731**
	Sig. (2-tailed)	,004	,002	,000	,000
	N	19	20	20	19
N_informação	Pearson Correlation	1	,685**	,780**	,765**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	60	54	58	55
N_Conforto	Pearson Correlation	,685**	1	,593**	,677**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	54	62	61	60
N_Garantia	Pearson Correlation	,780**	,593**	1	,758**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	58	61	65	60
N_Proximidade	Pearson Correlation	,765**	,677**	,758**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	55	60	60	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

EXAMINE

VARIABLES=N_informação BY grupo /PLOT=BOXPLOT/STATISTICS=NONE/NOTOTAL.

Explore

[DataSet1] K:\IRINA\Doc. Word Tese\base de dados reformulada_V02_1.sav

Identificação de mãe ou pai

Case Processing Summary

Identificação de mãe ou pai	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
N_informação Mãe	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
N_informação pai	29	85,3%	5	14,7%	34	100,0%

N_informação

Estatística Descritiva relativa à variável Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN

Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN

N	Valid	63
	Missing	5
Mean		4,11
Std. Error of Mean		,126
Median		4,00
Mode		5
Std. Deviation		1,002
Variance		1,004
Skewness		-1,024
Std. Error of Skewness		,302
Kurtosis		,481
Std. Error of Kurtosis		,595
Range		4
Minimum		1
Maximum		5
Sum		259
Percentiles	25	4,00
	50	4,00
	75	5,00

Mães

Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN

N	Valid	32
	Missing	2
Mean		4,44
Std. Error of Mean		,148
Median		5,00
Mode		5
Std. Deviation		,840
Variance		,706
Skewness		-1,358
Std. Error of Skewness		,414
Kurtosis		,983
Std. Error of Kurtosis		,809
Range		3
Minimum		2
Maximum		5
Sum		142
Percentiles	25	4,00
	50	5,00
	75	5,00

Pais

Stress da Experiência de Hospitalização na UCIN

N	Valid	31
	Missing	3
Mean		3,77
Std. Error of Mean		,190
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		1,055
Variance		1,114
Skewness		-,788
Std. Error of Skewness		,421
Kurtosis		,259
Std. Error of Kurtosis		,821
Range		4
Minimum		1
Maximum		5
Sum		117
Percentiles	25	3,00
	50	4,00
	75	5,00

Estatística Descritiva relativa às Dimensões da Escala de Stress e da Escala das Necessidades em Mães

		Informação	Conforto	Garantia	Proximidade
N	Valid	31	29	31	32
	Missing	3	5	3	2
Mean		3,6950	3,2020	3,8360	3,6719
Std. Error of Mean		,04590	,06518	,02930	,04586
Median		3,7273	3,1429	3,9167	3,7500
Mode		3,55 ^a	3,14	3,92 ^a	3,88
Std. Deviation		,25557	,35100	,16313	,25940
Variance		,065	,123	,027	,067
Skewness		-1,506	-,207	-1,160	-1,671
Std. Error of Skewness		,421	,434	,421	,414
Kurtosis		3,364	-,451	,972	3,965
Std. Error of Kurtosis		,821	,845	,821	,809
Range		1,18	1,43	,58	1,25
Minimum		2,82	2,43	3,42	2,75
Maximum		4,00	3,86	4,00	4,00
Sum		114,55	92,86	118,92	117,50
Percentiles	25	3,5455	3,0000	3,7500	3,6250
	50	3,7273	3,1429	3,9167	3,7500
	75	3,9091	3,4286	4,0000	3,8750

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Estatística Descritiva relativa às Dimensões da Escala de Stress e da Escala das Necessidades em Pais

		Sinais e sons	Aparência do Bebê	Alterações dos Papéis Parentais	Apoio
N	Valid	34	18	30	11
	Missing	0	16	4	23
Mean		2,3235	3,0667	3,4000	3,2374
Std. Error of Mean		,16633	,17878	,16887	,10884
Median		2,2000	3,0500	3,5000	3,2778
Mode		2,20	3,10	3,00	3,28
Std. Deviation		,96987	,75848	,92496	,36098
Variance		,941	,575	,856	,130
Skewness		,702	,633	-,358	-,067
Std. Error of Skewness		,403	,536	,427	,661
Kurtosis		-,107	,078	-,594	-,438
Std. Error of Kurtosis		,788	1,038	,833	1,279
Range		3,60	2,70	3,50	1,17
Minimum		1,00	1,90	1,33	2,67
Maximum		4,60	4,60	4,83	3,83
Sum		79,00	55,20	102,00	35,61
Percentiles	25	1,6000	2,5500	2,8750	3,0000
	50	2,2000	3,0500	3,5000	3,2778
	75	2,8500	3,4250	4,2083	3,5000

Estadística Descritiva relativa às Dimensões da Escala de Stress e da Escala das Necessidades em Pais

		Informação	Conforto	Garantia	Proximidade
N	Valid	29	33	34	31
	Missing	5	1	0	3
Mean		3,5799	3,1602	3,7402	3,5605
Std. Error of Mean		,06026	,09237	,03479	,06104
Median		3,7273	3,2857	3,7500	3,6250
Mode		3,73 ^a	3,29	3,75	3,63
Std. Deviation		,32453	,53064	,20285	,33984
Variance		,105	,282	,041	,115
Skewness		-,845	-,990	-,886	-1,582
Std. Error of Skewness		,434	,409	,403	,421
Kurtosis		-,282	1,491	,787	3,776
Std. Error of Kurtosis		,845	,798	,788	,821
Range		1,09	2,43	,83	1,63
Minimum		2,91	1,57	3,17	2,38
Maximum		4,00	4,00	4,00	4,00
Sum		103,82	104,29	127,17	110,38
Percentiles	25	3,3182	2,8571	3,6667	3,3750
	50	3,7273	3,2857	3,7500	3,6250
	75	3,8182	3,5714	3,9167	3,7500

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Mann-Whitney Test

Ranks

	Identificação	N	Mean Rank	Sum of Ranks
apbebe	Mãe	13	19,65	255,50
	pai	18	13,36	240,50
	Total	31		
N_informação	Mãe	31	33,26	1031,00
	pai	29	27,55	799,00
	Total	60		

Test Statistics^b

	apbebe	N_informação
Mann-Whitney U	69,500	364,000
Wilcoxon W	240,500	799,000
Z	-1,905	-1,277
Asymp. Sig. (2-tailed)	,057	,202
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,056 ^a	

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Identificação de mãe ou pai

ANEXO 8

categorias de Significação: o que dizem os
pais!

Categorias relativas às Dificuldades Parentais

Actividades na prestação de cuidados ao bebé

A nossa impotência perante as cólicas do nosso bebé. O dar banho perante a fragilidade do bebé. O amamentar o meu bebé (M17)

Mais difícil dar de mamar, saber a quantidade certa para ela aumentar de peso, saber se está a mamar a dose certa (M57)

Ele não saber mamar (M49)

Mudar-lhe a fralda devido aos fios (M63)

Dar o banho (M51)

O banho, o cordão e a alimentação (M1)

Aparência, tamanho e fragilidade do bebé

Inicialmente, pegar no bebé ao colo, devido à sua prematuridade. (M19)

A maneira de pegar e vestir o bebé devido ao seu pequeno tamanho. (P24)

Pelo seu pequeno tamanho, receio em quebrar algum osso, ou mesmo deslocar algum membro do bebé (M53)

O tamanho (M45)

A única dificuldade é o tamanho dele relativamente às minhas mãos (P62)

A fragilidade e o manusear do bebé (M3)

Um certo receio de o magoar, por ele ser tão pequenino. O medo de não conseguir fazer tudo como deve ser devido ao “nervoso miudinho” (13)

Medo de fazer algo errado que a prejudique (P60)

Ambiente Hospitalar

O bebé estar com muitos fios ligados a algumas máquinas e o barulho constante desses aparelhos (M9)

Medo de todos os tubos e fios que estavam não só à volta dela mas no seu corpo também (M59)

Todo o equipamento e monitores (M3)

O facto de ela estar sempre dentro da incubadora e ter catéter (M61)

Pegar-lhe ao colo devido aos tubos da ventilação (M63)

Os fios que ainda tem ligado a ele também me faz muita confusão (M13)

Pegar-lhe ao colo com os tubos e mascaras (P64)

Susto (quando tem alarmes) (P52)

Afastamento do Bebé

Deixá-lo sozinho durante a noite (P58)

Não poder estar sempre junto dela (M43)

Estar pouco tempo para a pegar ao colo (P44)

O afastamento do bebé em relação aos pais (M3)

A distância entre nós (M25)

Relacionamento e interacção com o filho prematuro

Quando ela chora, fazendo-me sentir impotente. (M18)

Acalma-la quando chorava (M63)

Não sabia como abordar o bebé e responder às dificuldades e sinais que ele apresentava (P10)

Sinto que o meu bebé é diferente dos outros (M15)

O saber comunicar com ele (M23)

Incapacidade de lidar com ela (P60)

Relacionamento com os profissionais de saúde

Não saber o que iria acontecer a seguir ao meu filho pela falta de informação (P6)

O meu bebé era muito pequenino mas quando começou a crescer eu habituei-me. Tinha muitos fios e sempre muita gente a olhar para mim a ver se eu fazia bem (M41).

O bebé é muito pequenino e tem muitos fios e está sempre muita gente a olhar para mim (P66)

Foi difícil cuidar de um bebé tão pequenino. Tinha sempre muita gente a olhar para mim e sentia-me insegura (M67)

Ele precisar de oxigénio. E o tamanho pequeno. E ter sempre muitas pessoas a olhar para mim! (M35)

Categorias relativas às Preocupações Parentais

Estado de Saúde Actual do Bebé

O estado de saúde dele; o medo que ele não conseguisse sobreviver e todo o tratamento que ele iria ter (M13)

A sua sobrevivência...(M15)

O risco de vida do meu bebé (M25)

Saber se era saudável, se respirava bem, saber se estava tudo bem com ele (M57)

A instabilidade da minha bebé (P34)

Queria que ela estivesse melhor, que o peso aumentasse, que estivesse tudo bem, que respirasse... (M21)

Preocupa-me o respirar dela muito ofegante... (M33)

Tenho medo de lhe pegar alguma doença (infecção) (P44)

Preocupa-me as infecções, as apneias e a alimentação (M17)

Medo que regredisse (P18)

A possibilidade de retrocesso no seu estado de saúde (P20)

O aparecimento de infecções, a maneira como reagiria à alimentação e o peso do bebé (P54)

Estado de Saúde Futuro do Bebé

Se corria um perigo sério e com marcas para o resto da vida e também o tempo de recuperação (M51)

As sequelas, devido à sua prematuridade (M25)

As sequelas que podem ficar (P26)

O futuro do bebé (M27)

A vida da família no futuro (M39)

O crescimento dele (P46)

A preocupação de futura macelas (M63)

Se iriam ficar no futuro bem de saúde e se iriam ficar ou não com macelas (P64)

Problemas futuros na saúde do meu filho (P52)

Se cresce sem nenhum problema (P56)

Qualidade da assistência ao bebê

Perceber se estava bem assistido (P62)

Se cuidaram bem dele (M55)

(...) ter a certeza que está a ser bem tratado e que nada lhe faltará (P58)

Como tratam dele (P56)

Internamento Hospitalar

O estado de saúde e evolução do mesmo, assimilar todos os ensinamentos relativos ao bebê; estar presente o máximo tempo possível (P24)

Os procedimentos dolorosos (P68)

A dificuldade em encontrar uma veia, para colocar o catéter (M19)

Se está bem e sem dor (P52)

A impotência em relação ao seu sofrimento e a separação durante muito tempo (M63)

O não poder estar sempre com o bebê (M53)

Quando é que a minha filha vai para casa (P34)

O tempo que iria estar internada (P60)

Os Outros Filhos

Não ter tempo para estar com as minhas outras duas filhas (P34)

A irmã ficar desacompanhada (M35)

Ter tempo para o resto da família (P36)

O tempo para os outros filhos (M45)

Gerir os horários com os manos (P46)

Estar longe do meu outro menino (M11)

Papel Parental

Se eu era capaz de ser mãe a todos os níveis (M67)

Se sou capaz de tratar bem do meu filho (M1)

A mãe não ser capaz de cuidar da bebé (P65)

Saber que contributo podia dar para a sua recuperação (P14)

Assimilar todos os ensinamentos relativos ao bebê (P24)

Serei capaz? (M27)

Estarei preparado? (P60)

Não lhe posso tocar ou pegar quando quero (M59)

Preocupações Financeiras

Se o dinheiro chega para as possíveis complicações que o bebé possa ter (M47)

Se o dinheiro chega para as consultas e se ele vai precisar de cuidados especiais (P48).

A necessidade de consultas (P50)

Preparação para receber o bebé em casa

Não estava nada pronto em casa (P62)

Não estava psicologicamente preparado para ter um filho às 31 semanas, pois a logística em casa ainda estava a começar (P62).

Bem-estar físico e psicológico da mãe

O aspecto psicológico que poderia afectar a minha esposa (P3)

Estado de saúde da mãe (P10)

O estado psicológico da minha esposa (P20)

A minha mulher estar doente (P34)

A mãe (P28)

A mãe e a sua preocupação (P38)

Categorias relativas à Questão de Associação Livre

Sentimentos

Sufrimento e angústia (M35)

Senti-me culpada pois gostaria de ter levado a gravidez até às 40 semanas (M53)

Sufrimento e sentimento de culpa (M31)

Ansiedade (P52)

Porquê eu, porquê ter de passar por isto tudo com os meus dois filhos (M57)

Preocupação e medo (P64)

Receio e preocupações (M63)

Tristeza, medo e infelicidade (P4)

Fragilidade e angústia (M5)

Problemas de saúde actuais do bebé e preocupações com o futuro

A dor no coração, por sentir que ele possa não estar bem, e estar separado de mim.

Como a incerteza constante do estado de saúde dele no dia que se segue (M13)

Será que ela vai ter uma capacidade igual aos outros meninos, se vai ter algum problema, será que ela está bem de saúde, se ela vai sobreviver (M15).

Os problemas que podem surgir com a prematuridade e o futuro ao nível da qualidade de vida (P16).

O perigo das infecções e da doença (P40)

Se vai ficar bem e sem sequelas pela vida fora (M51)

Que pode não dar certo...que lhes aconteça alguma coisa de mal (M3)

Medo da Morte

Que ele é muito frágil e pode morrer... (M55)

Não sei se vai sobreviver (P46)

Incerteza face ao futuro

Que nesta situação se deve viver um dia de cada vez! (P20)

Pensar um dia de cada vez (M27)

um dia de cada vez e tenho medo que ele não fique “normal” (M 18)

não se sabe o dia de amanhã (P42)

é difícil a incerteza do amanhã (M43)

muito difícil não se saber como vai correr (P33)

a incerteza do futuro (P65)

Passar a viver um dia de cada vez (P68)

Hospitalização e Regresso a casa

Vai haver melhoras e logo vamos para casa (M21)

Que a hospitalização seja de curta duração (M25)

O bebé ter que ficar meses no hospital, sem mim, a sua mãe (M59)

Quando poderei levá-la para casa em perfeito estado de saúde e em segurança (P26)

Que passa depressa (M39)

Acontecimento inesperado

A vida é uma “caixinha de surpresas”, e embora esta experiência tenha sido assustadora e desgastante, estou feliz por ter a minha bebé com saúde. (M23)

É difícil e não estava à espera. (M33)

Inesperado ao princípio mas bom na mesma (P38)

Difícil porque não estava à espera e às vezes parece que ainda não é verdade (P66)

Inesperado, algo que não se espera (M67)

Confiança na recuperação

Deus queira que corra tudo bem apesar da prematuridade do meu filho (P54)

Tenho que ter calma e muita paciência, porque tudo vai correr bem (P56)

Temos que estar serenos e ajudar o mais possível, estar presentes e fazer tudo para o bom progresso do nosso filho (M61)

Vai tudo correr bem e ele vai recuperar (P2)

Desejo de não repetir a experiência

Não quero ter mais nenhum filho prematuro, 2 já chegam (M41)

Não quero ter mais nenhum assim (M45)