

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Karina Scapin Teixeira

**NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DA
INTERNAÇÃO NEONATAL**

Santa Maria, RS
2021

Karina Scapin Teixeira

**NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DA
INTERNAÇÃO NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do Grau de **Psicóloga**.

Orientadora: Prof.^a Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO NEONATAL

AUTORA: Karina Scapin Teixeira

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

O nascimento de um bebê constitui-se em um momento de transição e alterações na dinâmica familiar. A prematuridade e a internação do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), além de exigir aos novos pais adaptações repentinas, passa a fazer parte da construção da maternidade, paternidade e vínculo estabelecido com o bebê. Nesse contexto, torna-se fundamental entender as necessidades dos pais e mães que experienciam um nascimento prematuro e internação em UTIN, visto que influenciam no modo como estes se relacionam com o seu bebê, com as equipes de saúde e com a instituição hospitalar. Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo compreender as necessidades parentais no contexto da internação Neonatal. A pesquisa, de caráter qualitativo, teve como participantes três pais e sete mães de bebês nascidos prematuros, de diversas regiões do Brasil e que tiveram seus filhos internados em UTIN assim que nasceram. A coleta de dados ocorreu de forma online, por meio de um questionário sociodemográfico, uma entrevista semiestruturada e um questionário de necessidades parentais no contexto de internação neonatal. Os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo, sendo subdivididos em 4 categorias: 1) Necessidades físicas e estruturais; 2) Necessidades emocionais e de suporte; 3) Necessidades de orientação e informação e 4) Necessidades relacionadas à participação no dia a dia na UTIN. Os resultados indicam que ainda há certa discrepância entre as necessidades apresentadas pelos pais e o suprimento destas pelas instituições hospitalares. Dessa forma, conclui-se que, apesar do avanço nas políticas públicas que reconhecem a importância da inserção dos pais durante a hospitalização e possibilitam a permanência com seus bebês, é preciso que cada vez mais as práticas de humanização sejam difundidas no ambiente hospitalar, de modo a contribuir para a integração da família no processo de cuidado, favorecendo, assim, a relação pais-bebês.

Palavras-chave: Prematuridade. Internação Neonatal. Parentalidade. Necessidades Parentais.

ABSTRACT

PARENTS' NEEDS DURING THE NEONATAL HOSPITALIZATION

AUTHOR: Karina Scapin Teixeira

ADVISOR: Prof.^a Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

A baby's birth is a transition and a change moment in the familiar dynamic. Prematureness and hospitalization of the newborn in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) beyond demand sudden adaptations from the new parents it starts to be part of the motherhood, fatherhood, and the familiar bond construction. In such context, it becomes essential to understand the father's and mother's needs who experience a premature born and hospitalization in a NICU once that influences the way parents relate with their baby, with the health care team, and the health institution. In this sense, the present study focuses on understanding parents' needs during the neonatal hospitalization. It is qualitative research that had three fathers and seven mothers of premature newborn babies from several Brazilian regions as participants who has their babies hospitalized in NICUs just when they were born. Data collection was carried out online through a sociodemographic questionnaire, a semi-structured interview, and a questionnaire about parent's needs in this environment. The results were analysed from a content analysis perspective, being subdivided into four categories: 1) Physical and Structure needs; 2) Emotional and support needs; 3) Guiding and information needs; and 4) Needs regarding day-to-day participation in the NICUs. They point out that there is still a discrepancy between the needs presented by the parents and their provision by the health institutions. Thus, it is concluded that although the advance of public policies which recognize the importance of parents' insertion during the hospitalization and provide their permanence altogether with their babies, it is necessary that humanization practices be widespread in the health institution to contribute to the family integration during the care process, favouring the parents-babies bond.

Keywords: Prematureness. Neonatal Hospitalization. Parenthood. Parents' Needs.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	MÉTODO	10
2.1	PARTICIPANTES	10
2.2	DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS	11
2.3	INSTRUMENTOS	12
2.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	13
2.5	ANÁLISE DOS DADOS	14
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	15
3.1	NECESSIDADES FÍSICAS E ESTRUTURAIS	15
3.2	NECESSIDADES EMOCIONAIS E DE SUPORTE	18
3.3	NECESSIDADES DE ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO	23
3.4	NECESSIDADES RELACIONADAS À PARTICIPAÇÃO NO DIA A DIA NA UTIN	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE A – JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	41
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	45
	APÊNDICE D – ENTREVISTA SOBRE A PARENTALIDADE E A EXPERIÊNCIA NA UTIN (VERSÃO PARA A MÃE/PAI)	47
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DE NASCIMENTO PRE-TERMO E INTERNAÇÃO DO RECÉM NASCIDO NA UTI NEONATAL	50
	APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	57

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional constitui para os pais¹ uma oportunidade e possibilidade de preparação para os novos papéis e funções que precisarão assumir frente ao nascimento do bebê e suas exigências. Além disso, durante a gestação, a mãe é também convocada a gestar-se como mãe e identificar-se com o bebê. Esse movimento é marcado pela necessidade de elaboração das fantasias com relação à condição do bebê e à sua própria condição como mãe, seu desejo sobre a maternidade, bem como, ambiguidade de sentimentos e inquietações, tendo em vista a revisão dos seus próprios conflitos infantis de separação e individuação (BRAZELTON, 1988; BRAZELTON; CRAMER, 1992; FONSECA et al., 2018).

Diferentemente da mãe que, ao gestar o bebê em seu corpo, tem a oportunidade de certificar-se do seu crescendo e senti-lo se movimentando em seu corpo, os pais (homens) deparam-se com a tarefa de imaginar o bebê e preparar-se para sua chegada sem a realidade concreta do bebê (BRAZELTON, 1988). Ademais, é importante que o companheiro se mantenha compreensível, paciente e disponível, como suporte emocional e material à gestante, no auxílio da harmonização de seus conflitos em torno da maternidade (KLAUS; KENNEL, 1992; PICCININI et al., 2004; STAUDT, 2007).

Diante do nascimento de um filho, espera-se que os pais já estejam minimamente preparados para o impacto da separação física mãe-bebê, compreendendo o fim de uma “simbiose” com o bebê e das fantasias de onipotência e completude. Além disso, dá-se o surgimento de um novo tipo de relacionamento, em que requisitar-se-á uma adaptação da tríade incluindo as necessidades e desejos do novo membro da família (BRAZELTON; CRAMER, 1992). A chegada de um bebê ao núcleo familiar cria, então, um novo e indissolúvel sistema familiar. Como um período complexo e de transição, constitui-se como altamente enriquecedor para a família, entretanto, igualmente intenso, repercutindo em uma ambivalência de sentimentos, ansiedades, angústias e conflitos com relação às novidades a serem aprendidas e assimiladas (BERTHOUD; BERGAMI, 1997; MARTINS, 2009).

O estabelecimento da relação do bebê com o mundo inicia-se durante a vida intrauterina, por meio da musicalidade da voz materna, do toque e do cuidado que ela lhe proporciona. Posteriormente, tais experiências são materializadas nas capacidades das figuras parentais em identificar as necessidades do recém-nascido (RN) e correspondê-las. Ainda, a qualidade da relação mãe-bebê é considerada crucial para o desenvolvimento saudável do

¹ No presente estudo, considera-se “pais” como correspondente a pai e mãe, sendo que na ocorrência do termo “pais” em referência a paternidade (homens) será explicitado.

bebê em termos psíquicos (KLEIN, 1997). Nesse sentido, para Winnicott (1965/2001) a “preocupação materna primária”, caracteriza a atenção e o cuidado dedicado ao bebê, no que diz respeito ao estado psíquico atingido pela mãe saudável. Isso ocorre quando a mãe consegue colocar-se na posição de oferecer um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das potencialidades inatas do bebê. Ainda, segundo o autor, é na relação com cuidadores contínuos e flexíveis que a criança dará início a um processo de desenvolvimento e constituição de uma subjetividade saudável, tendo em vista que este ambiente ofereça condições positivas para tal.

No momento em que o nascimento é antecipado de forma abrupta e imprevista, tal como ocorre no nascimento prematuro, a mãe pode ser privada da preparação psicológica que ocorre ao final da gestação, podendo experimentar sentimentos de incapacidade, culpa e/ou medo, percebendo-se, ela própria, prematura psicologicamente. Além disso, para Herzog et al. (2003), diante da prematuridade do nascimento, os pais (homens) também necessitam assumir seu papel de pai prematuramente, além de prestar suporte às mães, permitindo, em certa medida, apaziguar a culpa materna. Somado a isso, os aspectos emocionais da dupla parental e/ou das díades mãe-bebê e pai-bebê podem ser afetados de forma significativa, comumente gerando nos novos pais sentimentos de tristeza, frustração, insegurança, medo, e culpa. Além disso, os pais experienciam o luto pelo bebê e pela experiência ideal não vivenciada (CARTAXO et al., 2014; SANTOS; MORAES; VASCONCELOS, 2005). Ainda, diante da prematuridade e necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é preciso que a família desenvolva uma série de ajustamentos de ordem individual, conjugal, familiar e profissional, em um contexto de estresse e preocupações (MENEZES; LOPES, 2007).

No mundo, a média de nascimentos prematuros é de 10% dos nascimentos. No Brasil, de acordo com levantamento realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), esta média é de 11,5% dos nascimentos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, mais de 330 mil bebês nasceram prematuramente (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2019). Consideram-se prematuros ou pré-termos os bebês nascidos até as 37 semanas gestacionais. Estes bebês são classificados de acordo com o grau de prematuridade ao nascer, sendo prematuro limítrofe aquele bebê nascido entre 37 e 38 semanas, prematuro moderado o bebê que nasce entre 31 e 36 semanas, e prematuro extremo aquele nascido entre 24 e 30 semanas gestacionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS, c2021).

Associados à prematuridade, a necessidade de internação do bebê após o nascimento se configura em um momento de crise que coloca a nova tríade pai-mãe-bebê em uma situação de difícil manejo, tendo em vista a fragilidade do RN e a intensificação dos temores dos pais acerca de sua capacidade para cuidar do filho. Nessa perspectiva, quando a gravidez se interrompe prematuramente, fica evidente a necessidade de um ajuste ainda maior. Esse período é considerado complicado para os pais, uma vez que necessitam reconciliar a imagem mental idealizada do seu bebê (bebê imaginário) com outro bebê (bebê real), magro, pálido, com aparência enfraquecida, às vezes, entubado e cercado por aparelhos (CARTAXO et al., 2014; KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Ao considerar a importância da relação afetiva pais-filhos para a constituição psíquica do novo sujeito e para a saúde emocional do bebê, nos casos em que há necessidade de internação do bebê após o nascimento, ressalta-se a importância da presença e do envolvimento dos pais durante esta internação e da qualidade da relação precoce, que constituem fatores importantes para a formação dos vínculos afetivos pais-bebê. Tais fatores podem amenizar os impactos negativos do parto prematuro, inclusive, no que diz respeito ao desenvolvimento posterior da criança (PICCININI; ALVARENGA, 2012). A este respeito, Brum e Schermann (2007) referem a existência de uma associação entre o estabelecimento de relações de apego seguro e uma maior e mais rápida probabilidade de recuperação de bebês pré-termos. Além disso, Pontes e Cantillino (2014), ao estudarem 60 mães de bebês nascidos pré-termos no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, em Caruaru, PE, verificaram que a maioria das puérperas analisadas considerou o fato de o parto de seu bebê ter sido prematuro como traumático e associado ao sentimento de tristeza, o que pode se mostrar como um fator de dificuldade para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê nessas puérperas.

Diante da complexidade que envolve o período de internação pediátrico para as famílias, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a vigorar no Brasil a partir da Lei nº 8.069 de 1990, tornou possível a presença de um dos pais ou responsável pela criança ou adolescente durante a hospitalização desta (BRASIL, 1990). Entretanto, somente 26 anos após, com a Lei nº13.257 de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, os estabelecimentos de saúde passaram a ter de disponibilizar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável pela criança, seja na unidade neonatal, de cuidado intensivo ou de cuidado intermediário (BRASIL, 2016a).

Com a possibilidade de a família acompanhar o desenvolvimento da criança durante o período de internação, tem-se uma alteração na dinâmica hospitalar. Tendo em vista as peculiaridades do ambiente da UTIN, Duarte et al. (2012) e Conz, Merighi e Jesus (2009)

reconhecem que as equipes de saúde representam parte importante da rede de suporte no processo de construção do vínculo pai-mãe-filho, bem como, entre pai-filho e mãe-filho. Além disso, os profissionais de saúde são os responsáveis pela introdução dos pais nos processos relativos aos cuidados básicos do bebê. Lamy et al. (2011) acrescentam que as equipes de saúde participam dos cuidados referentes à evolução clínica do bebê, mas são também colaboradoras ao orientar os pais quanto às necessidades de atenção aos laços familiares, afetivos e emocionais que este bebê necessita.

É na perspectiva de atenção integral ao paciente (princípio proposto pelo Sistema Único de Saúde-SUS), pelo reconhecimento da importância da presença da família e dos cuidados que esta pode prestar ao bebê, que se faz necessário que as equipes de UTIN's incluam em suas rotinas diárias o atendimento às necessidades apresentadas pelos pais. Para tanto, é importante que se possa ampliar o conhecimento acerca das demandas e necessidades das famílias que vivenciam uma internação de bebês prematuros na UTIN. Magnago (2019), ao revisar a literatura científica acerca das necessidades de pais de crianças e adolescentes hospitalizadas, com base em 10 artigos internacionais, sendo 8 de autoria de profissionais de enfermagem e 2 de medicina, identificou três categorias para caracterizar as necessidades parentais: 1) necessidades dos próprios pais, 2) necessidades relacionadas às ações das equipes de saúde e 3) necessidades relacionadas à estrutura e recursos organizacionais. A pesquisa de Magnago (2019) ainda sinaliza para a importância de estudos acerca do tema em âmbito nacional, tendo em vista a lacuna de produção nacional sobre a temática.

Assim, na lógica de integração da família no processo de internação do RN, Diaz, Fernandes e Correia (2014), em estudo sobre as vivências de 20 mães/pais (12 mães e 8 pais) de bebês internados em UTIN em um hospital de Portugal, constataram que os pais apresentavam necessidades financeiras associadas ao período de estadia no hospital e, no caso dos pais (homens) a necessidade de ausência prolongada no trabalho, tendo em vista que as mães contavam com a licença maternidade. As alterações no cotidiano relacionadas às dificuldades de assistência aos filhos que permanecem em casa e as demandas da família extensa também foram evidenciadas pelas autoras. Ainda, quanto às condições de permanência no hospital, os pais apontaram dificuldades para descansar devido aos ruídos das enfermarias, bem como de permanecer integralmente com o filho, considerando as dificuldades estruturais das UTIN para atender tais demandas.

Ademais, diante da complexidade que envolve o nascimento prematuro e as peculiaridades na formação do vínculo afetivo e dos cuidados para com o bebê, Diaz, Fernandes e Correia (2014) apontaram para as necessidades dos pais de apoio emocional e

financeiro, assistência para os filhos pequenos que permanecem em casa, e condições de permanência na UTIN, devido às condições estruturais do hospital. Neste sentido, estudar as necessidades das famílias de bebês internados constitui-se como importante aliada na construção de um cuidado humanizado, conforme o preconizado pelo SUS.

Mesmo com os avanços tecnológicos no cuidado oferecido pelas equipes de saúde, a prematuridade apresenta-se como uma questão de saúde pública devido à alta taxa de nascimentos prematuros. Associado a isso, soma-se a complexidade no atendimento à saúde destes bebês, as alterações impostas à dinâmica familiar e as peculiaridades no estabelecimento da relação afetiva inicial pais-bebê no contexto de uma internação em UTIN. Diante da complexidade deste período no ciclo de vida familiar, tal como das possíveis repercussões para o desenvolvimento do bebê e dos pais que vivenciam as angústias, medos e inseguranças do nascimento de um filho prematuro, é fundamental que as práticas em saúde considerem a família, suas peculiaridades e necessidades como parte integrante do processo de cuidado.

O tema escolhido para esse trabalho de conclusão de curso parte da inserção da autora no contexto hospitalar por intermédio de estágios curriculares em UTIN, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI PED) e Unidade Pediátrica em um hospital geral do interior do Rio Grande do Sul. Nessa experiência, a complexidade e as singularidades do desenvolvimento das relações pais-bebê, bem como, das necessidades parentais emergentes na dinâmica hospitalar mobilizaram o interesse pelo tema da presente pesquisa. Ainda, durante a graduação o interesse por temáticas envolvendo famílias, relações pais-bebê e desenvolvimento infantil, foi norteador para a escolha e desenvolvimento da pesquisa. A escassez de estudos acerca desta temática na literatura nacional evidencia a necessidade da produção de conhecimento que venha a contribuir para o desenvolvimento de práticas em saúde voltadas à maior compreensão e atendimento das necessidades e experiências de pais que vivenciam a internação de um filho nascido prematuro. Afinal, considera-se que os pais são fundamentais para o cuidado, suporte e desenvolvimento psíquico e físico destes bebês. Nesse sentido, este estudo integrou o projeto de pesquisa intitulado “A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal” e objetivou compreender as necessidades parentais no contexto da internação Neonatal.

2 MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo sete mães e três pais de crianças de até cinco anos de idade que nasceram prematuras e tiveram internação de pelo menos 20 dias em uma UTIN. Como critério de inclusão tem-se que a alta hospitalar do filho tivesse ocorrido a no mínimo seis meses, que a idade gestacional ao nascimento fosse de 27 a 36 semanas, e que o tempo de internação na UTIN tenha sido de no mínimo 20 dias. Foram excluídos do estudo casos em que a família estava vivenciando a internação hospitalar no momento da entrevista, famílias em que o filho apresentava alguma deficiência física, mental ou malformações congênitas diagnosticadas, ou tenham ido a óbito. Os participantes tinham idades entre 27 e 50 anos ($M = 34,5$; $DP = 6.90$). Para todos os participantes era o nascimento do primogênito. Dos participantes, três pais e mães constituíam casais (Cravo e Rosa, Antúrio e Begônia além de Hibisco e Hortência). A fim de garantir o anonimato dos participantes, pais e bebês receberam nomes de flores. Para melhor caracterização dos participantes, a Tabela 1 apresenta suas características sociodemográficas no momento da coleta de dados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

							(continua)
Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Reside com	Renda ²	Cidade/UF	Idade Gestacional ³
Cravo	50	Ensino Superior	Servidor Público	Filho (5 anos); Esposa	6	Rio de Janeiro/RJ	30
Antúrio	29	Ensino Superior	Coordenador de Planejamento	Filho (1 ano e 6 meses); Esposa	6	Campinas/SP	34
Rosa	38	Ensino Superior	Estudante	Filho (5 anos); Esposo	2	Rio de Janeiro/RJ	29
Hibisco	33	Ensino Médio	Empresário	Filho (5 anos); Esposa	4	Santa Maria/RS	30
Margarida	37	Ensino Superior	Enfermeira	Filho (3 anos); Esposo; Sogra; Sogro; Cunhado	2	Brasília/DF	27
Hortência	31	Ensino Superior	Empresária	Filho (5 anos); Esposo	6	Santa Maria/RS	29
Violeta	27	Ensino Médio	Desempregada	Filho (7 meses); Esposo	0	Campinas/SP	34

²Refere-se a renda individual do(a) participante, representada pelo número de salários mínimos vigentes no ano de 2020.

³ Idade gestacional ao nascimento em semanas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

							(conclusão)
Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Reside com	Renda ⁴	Cidade/UF	Idade Gestacional ⁵
Begônia	27	Ensino Superior	Dentista	Filho (1 ano e 5 meses); Esposo	2	São Paulo/SP	34
Jasmim	38	Ensino Superior	Coordenadora de Qualidade	Filho (1 ano e 6 meses); Esposo; Mãe	2	Campinas/SP	28
Camélia	35	Ensino Superior	Policia Militar	Filhas Gêmeas (3 anos); Esposo	6	Passo Fundo/RS	29

Fonte: Autora

2.2 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS

O presente estudo constitui-se a partir de um projeto maior intitulado “A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal”, que se configura como uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. De acordo com Minayo (2014), a abordagem qualitativa se ocupa em compreender o ponto de vista dos indivíduos e dos grupos sobre a dinâmica das relações sociais em que vivem, permitindo conhecer o universo da população estudada. Conforme Gil (2008), a modalidade de pesquisa descritiva tem o intuito de descrever determinadas características e particularidades de um fenômeno ou população. Ainda, o caráter exploratório permite a ampliação dos conhecimentos acerca do fenômeno estudado, considerando diferentes elementos referentes ao contexto da pesquisa, visando torná-lo mais explícito e acessível, propiciando uma visão ampla e contextualizada à problemática estudada (GIL, 2010).

No que tange aos procedimentos do estudo, a constituição da amostra se deu por meio da divulgação da pesquisa nas redes sociais (*Facebook, WhatsApp e Instagram*), de forma que não envolveu nenhuma instituição (apêndice A). A partir da manifestação do interesse por parte dos pais/mães, o contato com os participantes foram realizados através das redes sociais, por meio de mensagem enviada pelas pesquisadoras. Optou-se pela coleta de dados on-line tendo em vista o momento que o Brasil se encontrava durante a coleta de dados, que ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2020, com situação de pandemia decretada. Desde a rápida disseminação da doença COVID-19 no Brasil e no mundo no ano de 2020, a

⁴ Refere-se a renda individual do(a) participante, representada pelo número de salários mínimos vigentes no ano de 2020.

⁵ Idade gestacional ao nascimento em semanas.

declaração de emergência de saúde pública de relevância internacional, tornou-se necessário tomar como prioridade o distanciamento físico com o intuito de seguir as novas diretrizes de segurança e proteção da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE NO BRASIL, 2020).

A utilização de coleta de dados online por meio de formulários já é bem documentada, reconhecida e utilizada (SALVADOR et al., 2020). No que tange a entrevistas online, de acordo com Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020), a conexão estabelecida entre pesquisador e participante por videoconferência é similar às entrevistas presenciais, mas destacam que é importante oferecer a garantia de qualidade, efetividade e privacidade. Ainda, os autores mencionam que cabe ao pesquisador ser flexível na escolha de plataformas que o participante já esteja familiarizado, que estas sejam gratuitas e não necessitem a instalação de um novo aplicativo.

Assim, após o contato explicando a pesquisa e tendo o aceite dos participantes, foram agendadas as entrevistas de forma online e síncrona, com possibilidade de escolha entre os aplicativos *Google Meet* ou *WhatsApp*, nos quais a pesquisadora e o participante tinham seu áudio e imagem sintonizados em videochamada (videoconferência). Diante das explicações sobre os objetivos e procedimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B). Posteriormente, foram realizados o questionário de dados sociodemográficos (apêndice C) e a Entrevista sobre a Parentalidade e a Experiência na UTIN (apêndice D). Ao final, foi enviado o link do formulário para cada participante com o Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTIN (apêndice E). As coletas de dados foram realizadas de forma individual, com duração média de uma hora e trinta minutos, sendo gravadas apenas em áudio com o prévio consentimento dos participantes, e em seguida, transcritas na íntegra para a análise.

2.3 INSTRUMENTOS

Como instrumentos de pesquisa foram utilizados um Questionário de Dados Sociodemográficos, uma Entrevista sobre a Parentalidade e a Experiência na UTIN e um Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTI Neonatal.

Questionário de Dados Sociodemográficos: A aplicação do Questionário de Dados Sociodemográficos teve como objetivo obter a caracterização dos participantes da pesquisa. Buscou-se conhecer dados familiares de coabitação, idade, renda, ocupação.

Entrevista sobre a Parentalidade e a Experiência na UTIN: A Entrevista sobre a Parentalidade e a Experiência na UTIN foi desenvolvida em formato semiestruturado e teve como finalidade compreender aspectos relativos à percepção dos participantes acerca da experiência vivida a partir dos seguintes tópicos: gestação, nascimento, período de internação neonatal e experiência pós-alta da família. O formato semiestruturado constituído de questões abertas e fechadas permite ao pesquisador flexibilidade na condução da entrevista possibilitando a exploração do tema além do que fora anteriormente proposto (MINAYO, 2014).

Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTIN: O Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTI Neonatal foi proposto com a finalidade conhecer as necessidades percebidas pelos pais que experienciaram esse contexto. Tal questionário foi composto por três eixos: a importância da necessidade descrita na experiência do(a) participante, a frequência que tal afirmação ocorreu e a atribuição da responsabilidade sobre tais tarefas para o hospital. Para o primeiro e segundo eixo foi composto uma escala do tipo Likert de cinco pontos. Para a importância das situações foi proposto: “muito importante”, “importante”, “não muito importante”, “sem importância” e “não se aplica a sua situação”. Já para a frequência que tinham acesso os cinco pontos variam de “nunca” à “sempre”. Quanto às tarefas serem responsabilidades do hospital, possibilitou-se alternativa “sim” e “não”. A elaboração deste teve inspiração na dissertação “Adaptação cultural e avaliação de fidedignidade no *Needs of Parentsn Questionnaire* (NPQ) para uso no Brasil” (ANDRADE, 2016), cujos itens serviram de ponto de partida para a construção de um questionário específico para o presente estudo.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo seguiu as diretrizes presentes na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual guia a ética nas pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016b), bem como o previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Ainda, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número CAE: 32815820.3.0000.5346.

Além disso, conforme comunicado divulgado pela CONEP, em 05 de junho de 2020 para a apreciação de pesquisas de Ciências Humanas e Sociais nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), foi considerada a recomendação de que, nas pesquisas com coleta de dados online, seja destacada a importância de que a cópia do termo de consentimento assinado pelo pesquisador seja guardado em seus arquivos, bem como sejam feitas explicações acerca da preservação do sigilo e da assistência aos envolvidos nesta modalidade de pesquisa. Os participantes foram esclarecidos dos procedimentos de pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo uma cópia do documento. A confidencialidade foi garantida aos participantes a partir do Termo de Confidencialidade, conforme apêndice F.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir do Questionário de Dados Sociodemográficos e do primeiro e segundo eixo do Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTI Neonatal foram analisados de forma descritiva. Conforme Reis (2002), tal análise busca resumir, organizar e descrever os elementos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos. Essa compreensão foi complementada e enriquecida por meio dos dados provenientes das entrevistas a respeito da experiência de mães e pais que vivenciaram a internação de seus filhos em uma UTIN devido a prematuridade.

Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2006), que possibilita compreensões comuns aos documentos selecionados. As categorias de análise foram definidas *a priori*, a partir dos conhecimentos teóricos sobre a temática. Dessa forma, as percepções e experiências relatadas pelos participantes na *Entrevista sobre a Parentalidade e a Experiência na UTIN* puderam ser integradas aos dados provenientes do *Questionário de Necessidades Parentais no Contexto de Nascimento Pré-termo e Internação do Recém-Nascido em UTI Neonatal*. A partir da identificação dos núcleos de sentido existentes, as categorias temáticas definidas foram: 1) Necessidades físicas e estruturais; 2) Necessidades emocionais e de suporte; 3) Necessidades de orientação e informação e 4) Necessidades relacionadas à participação no dia a dia na UTIN.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 NECESSIDADES FÍSICAS E ESTRUTURAIS

Esta categoria inclui o grupo de necessidades que dizem respeito às questões da estrutura e gestão hospitalar, responsáveis por facilitar a permanência dos pais na companhia dos filhos. Além disso, nesta categoria serão apresentados aspectos relativos ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, tanto no que concerne aos cuidados com os recém-nascidos, quanto no que tange à adaptação e atendimento às necessidades dos pais. Nesse sentido, serão discutidas as intercorrências destes aspectos no processo de internação neonatal, bem como a importância de que seja proporcionado aos pais condições mínimas para estar com seus filhos.

Ao considerar a resposta ao questionário sobre necessidades parentais, no que tange à importância da estrutura física do hospital destinada ao espaço reservado para as refeições, descanso e banheiros para os pais, oito dos dez participantes referiram como um aspecto considerado por eles como muito importante ou importante. Entretanto, ao analisarmos a prevalência de ocorrência de disponibilidade deste suporte, nove dos pais referiram nunca ou raramente contarem com estes espaços disponibilizados pelo hospital durante a internação de seus filhos. Hortência, ao relatar seu descontentamento com a estrutura física do hospital, demonstra que até mesmo uma sala de espera já traria um maior bem estar aos pais: *“Uma salinha de espera ali já seria maravilhoso”* (Hortência).

Sabe-se que inconformidades das estruturas dos hospitais dificultam a permanência dos pais em tempo integral junto ao filho (DIAZ; FERNANDES; CORREIRA, 2014). Essa consequência de estruturas inadequadas às necessidades dos pais para estarem junto aos filhos foi destacada pelos participantes do presente estudo. Os resultados mostram que melhores condições de espaço e mobiliário apropriado permitiriam maior conforto e acolhimento durante a permanência dos pais na UTI, contribuindo para o desenvolvimento dos laços afetivos entre pais e filhos: *“Acho bem complicado, mas acho que é intencional, porque não tem uma cadeira, então, por exemplo, se você quiser ficar do lado do seu filho você vai ficar em pé, e eu ficava em pé das 11 h até às 19h. Mas você fica, é engraçado, você tira força de onde não existe, mas fica”* (Jasmim). O referido por Jasmim evidencia que embora haja um discurso explícito acerca da importância da permanência dos pais na UTIN, quando não são oferecidas condições para tal, observa-se que está implícito que não deveriam permanecer

todo o tempo com seu bebê. Nesse sentido, pode-se pensar estes atravessamentos como barreiras para a permanência e relação entre as famílias e as equipes de saúde.

Quando perguntados quanto à adaptação da equipe da UTIN às suas necessidades, oito dos participantes consideraram esse fator como muito importante ou importante, ao passo que apenas um indicou que sempre, e outro indicou que quase sempre foram contemplados por tal adaptação. Ainda, dois pais referiram que isto nunca aconteceu no hospital em que o seu filho estava internado. Além disso, embora oito pais entendessem como muito importante ou importante que houvesse profissionais de saúde disponíveis para o cuidado dos pais, apenas três participantes referiram ter recebido tal atenção às vezes. Nesse sentido, Duarte et al. 2012 em estudo com familiares de bebês internados em UTIN e profissionais de saúde de cinco hospitais de Belo Horizonte, observaram que algumas restrições impostas pelo hospital podem interferir tanto na qualidade do vínculo entre pais e o bebê, quanto no tempo de permanência na instituição. Restrições, normas e rotinas hospitalares podem não ser compatíveis com as realidades de cada família.

Nesse sentido, os presentes resultados mostram que a flexibilização de rotinas do hospital, a fim de adequar-se às necessidades dos pais, foi considerada por oito dos participantes do estudo como muito importante ou importante. A fala desta mãe nos remete tanto ao aspecto de flexibilização das rotinas hospitalares, como os horários de procedimentos, quanto a relevância da estrutura física para garantir a permanência dos pais na UTIN: *“Eram os horários das mamadas, (...) eu tinha que ir de manhã, de tarde e de noite, toda uma função pra mim caminhar toda cortada, e eu não podia. Se eu tivesse ficado internada lá com ele, seria tudo mais prático, mas como mandam a gente embora com os pontos, eu mal consegui. Eu tive muita dor da cesárea”* (Hortência).

Nesse sentido, dentre os pais do estudo, apenas um referiu ter sempre em sua experiência a flexibilização de rotinas, outro participante quase sempre teve esta necessidade atendida, três nunca foram beneficiados por tais mudanças e cinco indicaram que às vezes conseguiam que as rotinas fossem flexibilizadas. Estudos correlatos também demonstram que os pais de bebês internados em UTIN têm significativas dificuldades advindas da necessidade de locomoção diária até o hospital, que se torna bastante cansativa (DIAS; FERNANDES; CORREIA, 2014, DUARTE et al.; 2012).

Costa, Arantes e Brito (2010), ao estudar os sentimentos de mães de bebês internados em UTIN em um hospital público no interior do Estado de São Paulo, destacaram que assim como para as mães deste estudo, há a percepção de que as necessidades das mães por vezes não são percebidas. As autoras ainda apontam que a atenção por parte dos profissionais ainda

é restrita ao tratamento dos aspectos físicos dos RN's, não contemplando as necessidades da família, o que se observou como importante fator de contribuição para o sofrimento materno.

No que tange à possibilidade de permanecer 24h com o seu filho se desejasse, nove participantes referiram esta como uma necessidade muito importante ou importante. Entretanto, os resultados indicam que apenas dois participantes sempre tiveram a oportunidade de permanecer 24h com o seu filho, outros sete nunca ou raramente tiveram acesso 24h ao filho na UTIN, e apenas um às vezes tinha esta possibilidade. Diante da impossibilidade de permanecer junto ao filho, Begônia reflete acerca das possíveis dificuldades na amamentação, perpassadas pela falta de estrutura para garantir a permanência das mães na UTIN: *“Eu acho muito complicado que não tem um lugar pra mãe dormir, que não tenha um quarto. Primeiro, a questão da amamentação, tipo, eu não consegui amamentar meu filho de madrugada, o risco de desmame é enorme, porque você não tá estimulando, nem nada e, segundo, que é muito difícil de você ficar longe do bebê”*.

Vale pontuar que, embora, historicamente, o cuidado à criança tenha sido considerado responsabilidade materna, diante da hospitalização de crianças doentes, a mãe e a família de modo geral foram excluídas da assistência. Tal conduta era justificada de acordo com os conhecimentos disponíveis a cada momento histórico. Nesse sentido, anteriormente à Segunda Guerra Mundial, a mãe foi separada do prematuro, pois era considerada uma ameaça à fragilidade do bebê e fonte de infecções. Privada do contato com seu bebê era permitido à mãe apenas olha-lo através das janelas. Posteriormente à Segunda Guerra Mundial, com base em estudos acerca dos efeitos da privação/separação da díade mãe-bebê sobre o desenvolvimento psíquico da criança, passou-se do modelo tradicional de assistência focado no paciente (o bebê), para um modelo que inclui a participação da família no cuidado prestado ao RN (SCOCHI, 2000 apud MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Atualmente, entende-se a importância da relação e constituição do vínculo na tríade pai-mãe-bebê, e pela díade mãe-bebê e pai-bebê durante os primeiros momentos da vida do bebê, garantir a permanência (24h) e qualidade desta aos pais de bebês hospitalizados em UTIN apresenta-se como importante redutor de estresse e sobrecarga associado a idas e vindas ao hospital e a separação dos pais de seus filhos (KEGLER et al., 2019). Além disso, pensar os benefícios da presença e interação com os pais para o desenvolvimento psíquico do bebê evidencia a relevância de proporcionar aos pais estarem junto ao filho em tempo integral na UTIN.

Apesar de alguns hospitais possibilitarem acesso dos pais à UTIN em qualquer horário, o sofrimento advindo da separação do bebê torna-se ainda mais marcante no

momento de alta da mãe: *“Foi muito difícil, você sair do hospital com as coisinhas do seu bebê e deixar o seu bebê lá. Olha, foi a pior coisa, tanto que eu saí do hospital, a gente guardou as coisas no carro, porque eles liberaram a gente na hora do almoço, daí, a gente continuou no hospital, ficamos lá na UTI”*. Assim, percebe-se que possibilitar acesso ilimitado ao bebê, como ocorria em alguns casos, não significa necessariamente ofertar a estrutura para que isso ocorra de acordo com as necessidades dos pais. Nesse sentido, Kegler et al. (2019), ao estudar os aspectos relacionados ao nível de estresse para pais e mães de bebês internados em uma UTIN de um hospital público da região central do Estado do Rio Grande do Sul, identificaram que a separação mãe-bebê foi relatada como a maior fonte de estresse para estas famílias, sendo destacado o sentimento de desamparo e incapacidade de proteger o seu bebê dos procedimentos de rotina, muitos dos quais são dolorosos e constantes em uma internação neonatal.

Nesta perspectiva, se faz de fundamental importância atentar para o fato de que as políticas públicas, desde 2016, preconizam que os estabelecimentos de saúde disponibilizem condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável pela criança, seja na unidade neonatal, na de cuidado intensivo ou de cuidado intermediário (BRASIL, 2016a). Porém, a aplicação dessas determinações perpassa a gestão administrativa e a estrutura de cada unidade hospitalar, de forma que os presentes resultados, advindos de experiências de pais em diferentes hospitais no Brasil, demonstram uma variabilidade quanto à estrutura física e dinâmica organizacional das equipes.

3.2 NECESSIDADES EMOCIONAIS E DE SUPORTE

Nesta categoria serão apresentadas e discutidas as necessidades dos pais decorrentes das repercussões emocionais associadas à interrupção da gravidez pela prematuridade e subsequente internação do bebê na UTIN. Nesse âmbito, inclui-se as percepções dos participantes acerca da possibilidade/potência de momentos de conversa, troca de experiências entre os próprios pais dos bebês internados. Ainda serão discutidas as percepções sobre necessidade do serviço prestado por psicóloga(o) vinculada(o) à equipe de saúde do hospital, de momentos de escuta e conversas com intuito de apoio emocional aos pais no período de internação de seus filhos.

A possibilidade de trocas de experiências entre pais que tiveram filhos internados no mesmo período em uma UTIN, foi considerada como muito importante ou importante por nove dos pais do estudo. Esses momentos de trocas podem contribuir para a construção de

uma rede de apoio constituída pela identificação entre aqueles que estão experienciando a internação de seus bebês prematuros: *“A gente conseguiu encontrar outros pais na UTI (...) e começou a dividir experiências com eles e foi muito melhor, apesar de eu ser super, eu não falo da minha vida pra ninguém, mas eu acho que só o sentimento de você se identificar com o outro já te traz um conforto de: ‘eu não estou sozinho’”* (Antúrio). Cinco pais evidenciaram ter tido quase sempre essa experiência. Pode-se perceber que, na ausência de incentivo do hospital para esses encontros, alguns pais também buscaram por si mesmo constituir-se enquanto rede de apoio uns aos outros: *“A gente fez um grupo mesmo de ajuda, que a gente tem um grupo até hoje que a gente compartilha as coisas e se manteve, sabe. Mas eu acho que falta esse cuidado. Acho que precisa conversar mais sobre isso, pra ajudar realmente os pais que tão passando por esse momento”* (Begônia).

Tendo em vista a ausência da promoção por parte do hospital de momentos de apoio emocional coletivo entre os pais, a identificação e o estabelecimento de grupos informais, de forma espontânea, entre os próprios pais que vivenciam, cada qual à sua maneira, as repercussões da internação de um filho em UTIN, se constitui como fonte e suporte psicológico para alguns destes. Ainda, a percepção da importância destes momentos de trocas e conversas com outros pais permite pensar no potencial dos encontros entre pais durante a hospitalização, bem como no pós-alta. A literatura aponta nesta mesma direção. Pedro (2007), ao referir-se as necessidades de pais de bebês internados em UTIN indica que a organização de encontros com pais que vivenciaram uma situação semelhante pode ser importante. Ainda para Tamez (2009), estes momentos de troca contribuem para o esclarecimento de dúvidas, trazem sentimento de normalidade a suas vivências, diminuição de receios, medos e angústias, aumentando a segurança e a confiança dos pais. No que se refere à possibilidade de terem seus sentimentos reconhecidos e compreendidos pela equipe de saúde, nove participantes consideraram como muito importante ou importante este olhar para os pais. Embora três dos pais tenha experienciado quase sempre esse reconhecimento por parte da equipe, apenas um sempre contou com tal, outros quatro assinalaram a frequência de às vezes e dois que raramente tiveram seus sentimentos reconhecidos e compreendidos perante a equipe de saúde responsável pelo seu filho. A fala dessa mãe evidencia a percepção de robotização da presença das mães na UTIN *“Nós éramos robzinhos. Nós tínhamos que chegar, nós tínhamos que dar leite, nós tínhamos que pegar, nós tínhamos que largar e pronto. Não tinha nada ligado a sentimento”* (Hortência).

Gaíva e Scochi (2005) apontam na mesma direção do evidenciado por Hortência ao referirem em seu estudo que as mães muitas vezes são tratadas como máquinas de produzir

leite, sendo esta, inicialmente, considerada como sua única contribuição para o desenvolvimento de seu bebê. Entretanto, proporcionar aos pais um ambiente acolhedor, seguro e de suporte, capaz de atender os pais em suas singularidades integra o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), no que tange também à inclusão das famílias no processo de hospitalização do RN. Nessa perspectiva, Silva (2019) entende a família como um “paciente oculto”, que demanda tanto cuidado quanto o próprio paciente e, portanto, requer atenção e tempo.

Observou-se, ainda, que para nove dos participantes era muito importante ou importante poder contar com algum profissional que os ajudasse a identificar e entender suas necessidades físicas e emocionais. Para cinco pais, nunca ou raramente tal auxílio foi prestado, outros três referiram que às vezes tinham esse suporte, ao passo que um referiu que sempre, e outro que quase sempre contavam com profissionais que os auxiliavam no reconhecimento e entendimento de necessidades emocionais e físicas. A fala de Hortência sinaliza para a falta de um olhar voltados às mães: *“Naquela época, a gente foi escanteada. Nós éramos meras, com todo respeito, vacas leiteiras produzindo leite. Era a nossa função ali dentro. Não tinha outra função, nós não tínhamos outro cuidado, nós não tínhamos outro apoio”*.

Nesse sentido, a mesma mãe pontuou que em sua experiência, algumas vezes, a equipe de enfermagem buscava estabelecer algum tipo de conversa e suporte emocional para as mães, mas reconhecia a importância de tal cuidado e suporte psicológico ser prestado por profissionais de psicologia: *“As enfermeiras, sim, tentavam dar carinho pra nós, mas elas não eram da área. e então, faltava esse apoio psicológico”* (Hortência). Em consonância ao exposto, Veras e Traverso-Yépez (2011), em seu estudo sobre a dinâmica institucional que permeia o funcionamento do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde, apontam para a prevalência de profissionais que não dispunham de habilidades ou não contavam com capacitação para prestar suporte psicológico a pais e bebês. A esse respeito, Alves (2015) destaca que o cuidado oferecido aos pais pela equipe multiprofissional apresenta efeitos diretos na recuperação e desenvolvimento do RN. Com isso, incluir os pais no processo de hospitalização de seus bebês, é necessário a fim de garantir a este um ambiente seguro (que atenda às suas necessidades). Para tanto, o fortalecimento das equipes de saúde constitui-se como importante aliado no suporte e amparo aos pais que, como seus bebês, apresentam-se prematuros.

No que se refere ao apoio prestado por alguma/algum psicóloga(o) durante o período de internação de seus filhos, nove dos dez participantes consideraram como muito importante

ou importante a presença deste suporte por parte de um profissional da psicologia diante da prematuridade e internação do bebê. Pode-se compreender tal necessidade tendo em vistas os diferentes atravessamentos desse contexto, tanto no que diz respeito à experiência da maternidade/paternidade, quanto aos aspectos relativos à hospitalização, necessidade de afastamento de pais e filhos, bem como sentimentos e emoções ambivalentes diante do nascimento do filho e incertezas quanto a à internação na UTIN. A fala de Antúrio revela tais ambivalências e a importância do trabalho desenvolvido por psicólogos junto a essa unidade: *“Quando eu o vi, eu tive noção de onde eu estava, e aí eu tive total desamparo, de eu não saber o que fazer. Nesse momento que ele nasce, são sentimentos muito bons, muito puros, muito de alegria, mas também total falta de com quem, de amparo. Saiu meu chão, sabe, perdi o chão total”*.

Além do apoio na elaboração dos sentimentos advindos do nascimento prematuro, a importância do olhar dos psicólogos nesse contexto, também foi destacada no que se refere à necessidade de internação do bebê. Frente à internação e, conseqüentemente, à separação do bebê, a família de modo geral precisa se adaptar ao novo contexto, e especialmente as mães têm a gestação interrompida de forma abrupta e precisam separar-se fisicamente de seus bebês e, ao mesmo tempo, manterem-se vinculadas a eles. A participante Begônia, ao relatar sobre o período entre o parto e a possibilidade de as mães encontrarem novamente os bebês na UTIN ressalta essa importância de apoio psicológico: *“Essa parte que eu acho que talvez os psicólogos consigam melhorar dentro de uma UTI, de acolhimento dessa mãe, porque é muito dolorido”*.

Quando se analisa a frequência com que os pais do estudo tiveram essa assistência durante a internação de seus filhos, observa-se certa discrepância entre o que eles consideravam importante e o que lhes foi ofertado em sua experiência, visto que três dos participantes nunca tiveram qualquer tipo de atendimento psicológico e um raramente teve algum tipo de atendimento psicológico. *“Eu acho que é fundamental ter psicólogos na UTI Neonatal, porque eu fiquei 36 dias lá e nunca, nenhum psicólogo veio me perguntar como é que eu tava, eu não tive acompanhamento nenhum”* (Hortência). Em suas experiências, dois pais sempre tiveram este suporte à disposição, um participante referiu que quase sempre contou com tal profissional e três ainda evidenciaram que algumas vezes tiveram acesso a algum psicólogo. Outra mãe destacou no relato de sua experiência as competências que dizem respeito ao psicólogo como diferenciais no serviço de escuta prestado após o seu parto e no período em que o filho teve intercorrências do quadro clínico, que lhe causara significativo abalo emocional: *“Foi uma ajuda maravilhosa, porque eu acho que o psicólogo consegue*

ouvir a gente sem julgar, sem falar como você deve se sentir, e eu acho que isso ajuda muito” (Begônia).

Diante da complexidade do contexto de internação neonatal, bem como do exposto pelos participantes deste estudo referente à ausência de suporte psicológico, fica clara a importância de que o hospital disponha de um profissional da psicologia para a prestação deste suporte. Acresce-se a isso que presença do psicólogo nas equipes de UTIN é garantida por lei desde 1999, pela Portaria MS/GM/1091, a qual regulamenta as normas e critérios de inclusão da unidade de cuidados intermediários neonatal no SUS (Ministério da Saúde, 1999). Ainda, compreende-se as peculiaridades da atuação do psicólogo hospitalar neste contexto, tendo em vista que a internação diz respeito às necessidades físicas do bebê, mas as intervenções são realizadas junto ao bebê e seus pais, pois leva-se em conta as necessidades psíquicas das díades. Assim, conforme Bragheto e Jacob (2011), o trabalho do(a) psicólogo(a) consiste em disponibilizar um espaço de escuta, acolhimento e possibilidade de reconhecimento/identificação de temores, angústias e medos existentes na dupla parental. Fleck e Piccinini (2013), nesta mesma perspectiva, apontam que os possíveis benefícios dessas intervenções podem atuar em caráter preventivo.

Além disso, no que se refere à possibilidade de assistência religiosa, para pais e seus bebês, cinco pais consideraram tal assistência como muito importante ou importante, enquanto para os outros cinco participantes tal aspecto foi considerado como não importante ou que não se aplicava a seu contexto. Nesse aspecto, Violeta contou que após intercorrências no estado clínico do seu bebê, solicitou e teve a possibilidade de batizar o filho durante a internação: *"Aí, a Neonatal inteira parou, né"*, relatou a mãe, e acrescentou que o filho teve melhoras significativas após o batismo. Quando investigada a frequência em que a assistência religiosa se fez presente na sua experiência, sete pais evidenciaram que nunca lhes foi ofertado tal assistência, para outros dois participantes algumas vezes e apenas um sinalizou como sempre tendo sido possibilitado acesso à assistência religiosa para si ou para seu bebê.

Nesse tocante, para a metade dos participantes a espiritualidade foi considerada como muito importante ou importante. Porém, nota-se que essa prática não fez parte da experiência da maioria dos pais. Assim, é possível observar que a necessidade de suporte religioso foi a menos consensual entre os pais do presente estudo, tanto no que tange a frequência com que tinham acesso a tal suporte, bem como no que se refere a importância dada para tal suporte. Vale destacar que conforme dispõe a Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, fica assegurado o direito do recebimento de assistência religiosa ao internado em entidades hospitalares públicas e privadas, desde que de acordo com o desejo do paciente, ou de seus familiares (em casos em

que o paciente não esteja no gozo de suas faculdades mentais) (BRASIL, 2000a). Veras, Vieira e Moraes (2010) consideram que as práticas espirituais e a religiosidade atuam como fonte de suporte a estes pais. Porém, os autores pontuam que seu estudo observou que representa uma prática rejeitada pelas equipes de saúde, salientando a necessidade de discussões acerca desse tema no ambiente hospitalar

3.3 NECESSIDADES DE ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

A presente categoria se refere aos aspectos relacionados às necessidades dos pais de receberem informação e orientação diante do nascimento prematuro de seu filho e sua consequente internação na UTIN. Nessa perspectiva, discute-se o grau de importância dado pelos pais para o recebimento de informações sobre evolução do quadro clínico e procedimentos. Ainda, esta categoria destaca o incentivo da equipe à participação dos pais no processo de internação, tanto na realização de questionamentos, quanto na confiança da realização do cuidado adequado ao bebê na ausência dos pais na UTIN, bem como à possibilidade de manutenção do contato com a equipe de saúde após a alta.

Os resultados indicam que para oito dos participantes era muito importante e para outros dois era importante receber informações sobre os procedimentos que eram realizados com seus filhos, além de informações quanto ao seu quadro clínico. No que tange à frequência com que recebiam tais informações durante a internação, quatro destacam que sempre tiveram acesso a informações, dois referiram quase sempre receber tais informações ao passo que quatro evidenciaram apenas às vezes tiveram acesso a esse tipo de informação.

Na vivência de vários dos participantes, a ausência de informações foi relatada como um importante atravessamento e estressor durante a internação do filho. As falas a seguir exemplificam o reconhecimento de tais lacunas na comunicação de informações: *“Foi até um pouco frustrante, eu fui lá, eu saí do quarto, fui até a UTI de hora em hora e a todo momento só me falavam ‘a sala está fechada, por favor, volte mais tarde’. Simples assim. Não me deram uma informação, não me falaram se tava acontecendo alguma coisa, ninguém me disse nada”* (Antúrio); *“Não é fácil, porque cada vez que você vai na Neonatal, você não tem notícia, você não tem notícia nenhuma, e você só vai saber quando o médico vier fazer o boletim, e as únicas coisas que eles falam: ‘ele tá estável’”* (Violeta). Nesse sentido, Begônia destaca a fragilidade que os pais se encontram no contexto da prematuridade e internação dos bebês, relatando sua percepção de que a forma como as informações eram transmitidas por alguns profissionais desconsiderava tais aspectos: *“Eles esquecem que a gente acaba*

acompanhando tudo aquilo e a gente acaba ficando mais frágil. e então, eu acho que tem uns que pecam um pouquinho na forma de falar”. A fala de Violeta indica ainda que a falta de informações pode contribuir para maior sofrimento dos pais: *“Eu ficava preocupada, então, eu sempre chorava, porque eu não sabia o que tava acontecendo. Na Neonatal eles não te informam nada”.*

Outro aspecto investigado pelo presente estudo diz respeito ao incentivo das equipes para que os pais fizessem perguntas e buscassem respostas junto aos profissionais responsáveis pelo cuidado de seus filhos. Nesse tocante, nove pais consideraram esta uma questão muito importante ou importante. Contudo, apenas dois participantes sempre e outros dois quase sempre contaram com estes incentivos, outros três participantes às vezes, ao passo que três nunca ou raramente o tiveram. Com relação a isso, relata-se uma situação em que um pai percebeu que sua busca por informações quanto ao desenvolvimento do filho não foi bem aceita pela profissional da equipe:

“Naquele dia eu tomei um esporro, mas era porque eu tava perguntando demais. Eu tava fazendo o acompanhamento da evolução do peso dele e quanto que ele tava tomando de mamadeira por dia, quantas gramas por dia e tudo, eu acho que ela se emputeceu comigo, ela foi meia grosseira, mas foi a única vez.” (Cravo).

A esse respeito, Campos et al. (2017), em estudo com dez profissionais e dez familiares de RN's pré-termos internados em UTIN no nordeste do Brasil, apontou para a centralidade do cuidado voltado aos procedimentos técnicos e a ausência de rotinas cotidianas para a comunicação de notícias e outras relações interpessoais entre famílias e as equipes. Além disso, os resultados indicaram insegurança e medo por parte dos pais diante da ausência de orientações quanto ao que podem ou não fazer no ambiente da UTIN. O estudo apontou, ainda, para a necessidade de maiores investimentos em comunicação tendo em vista a falta de ambiente adequado e reservado para conversas, ausência de treinamento da equipe multiprofissional e sobrecarga de trabalho, que muitas vezes impede a disponibilidade dos profissionais.

Ainda que quatro entre os dez participantes tenha recebido informações e orientações durante a experiência de internação de seu filho na UTIN, considera-se importante refletir sobre a forma com que ocorre a comunicação. As experiências relatadas por alguns participantes referem descompassos na comunicação dos profissionais com as famílias em relação ao contexto de fragilidade e desamparo que os pais se encontravam. Diante disso,

pode-se alertar para a qualidade com que as informações eram transmitidas aos pais, afinal, para além de protocolos, isso faz parte da constituição da maternidade e paternidade.

Nesse sentido, pensar a comunicação como forma de garantir informações e orientações aos pais, constitui importante recurso para que estes sintam-se menos inseguros e possam contribuir na construção do vínculo com seu bebê. Nesse tocante, Dadalto, Cunha e Monteiro (2019), em estudo que contou com a participação de 16 neonatologistas da UTIN da Maternidade Escola de uma universidade carioca, evidenciaram a importância da sensibilização destes profissionais no que concerne às repercussões da sua assistência para o vínculo mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil. Cabe destacar que apenas três neonatologistas demonstraram compreender que a forma como abordavam e se comunicavam com as mães produzia interferências na construção do vínculo parental.

A literatura aponta que incluir as famílias no processo de desenvolvimento do bebê em internação acresce um desafio às equipes, que podem se sentir sobrecarregadas e pressionadas pelas demandas de atenção e informação solicitadas, além de terem a impressão de que os pais desempenham uma posição de vigilância e fiscalização de seu trabalho (MARTÍNEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007). Ainda, Frello e Carraro (2012) apontam para a necessidade das mães por suporte, o que inclui informações detalhadas e em linguagem acessível acerca do estado clínico e dos procedimentos realizados com seu filho, apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar com as mães. Nesse sentido, a comunicação entre as equipes e os pais deve ser efetiva.

No que se refere à confiança dos pais de que mesmo nos momentos em que não estavam presentes na unidade seus filhos recebiam o cuidado adequado, todos os pais evidenciaram este como um aspecto muito importante. Quatro participantes referiram que sentiam que podiam confiar sempre e três quase sempre que os filhos receberiam o cuidado adequado em sua ausência, além disso, três participantes consideraram que algumas vezes podiam confiar. Nesse sentido, a preocupação quanto ao período da noite em que os pais não permaneciam na UTIN se fez presente, visto que os pais conheciam as demandas da unidade e por vezes os profissionais não conseguiam atender todos os bebês em suas necessidades, como nos momentos de choro, conforme relata Begônia: *“Eu tinha essa preocupação com a madrugada: ‘Será que ele passou essa madrugada bem? Como que ele tá? Será que se ele chorou acolheram ele?’ Eu tinha muito preocupação disso”*.

Ainda no que se refere à confiança em relação ao cuidado prestado ao filho, uma das mães evidenciou preocupação associada a dificuldades no pagamento à instituição hospitalar. Nesse caso, a internação de seu filho havia ocorrido em um hospital da rede privada de saúde

e a mãe relatou ter sofrido cobranças pelo pagamento da internação e procedimentos. *“Era o que me deixava mais preocupada. Eu pensava: ‘Meu Deus, eles não vão dar os remédios pro LÍrio, eles não. Sei lá, se chegar outra criança que tenha plano de saúde, vão tirar o LÍrio’. Eu tinha muito medo”* (Hortência). Conta a mãe que passou a tranquilizar-se a partir do momento em que conseguiu junto à direção do hospital uma negociação financeira, momento em que *“Pararam de fazer essas negociações tão duras, que daí eu consegui ficar mais tranquila”* (Hortência).

Neste sentido, a literatura aponta para a importância da confiança com os profissionais de modo geral como suporte às mães no que tange aos medos em relação à internação na unidade de terapia intensiva e ao bebê, pois ao adquirirem confiança na equipe de enfermagem sentem-se mais tranquilas (SILVA; SILVA, 2009). As autoras ainda mencionam que as mães esperam ajuda da equipe referente ao saber ouvir, falar e cuidar, o que supera as habilidades já adquiridas pelos profissionais em relação aos avanços tecnológicos. Assim, a PNH torna-se importante aliada na construção do vínculo entre famílias e equipes ao propor, através dos recursos humanos das instituições de saúde, bem como dos usuários dos serviços, práticas que estimulem a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Ainda, buscase que sejam implementadas nos serviços de saúde atitudes e práticas humanizadoras, afetuosas e que proporcionem a autonomia dos sujeitos e o senso de corresponsabilidade (BRASIL, 2013).

No que tange a ter condições de explicar sobre a internação de seu bebê para outros filhos, parentes e amigos, oito participantes consideraram muito importante ou importante. Apenas um dos participantes se sentia sempre em condições de transmitir as informações para familiares e amigos, dois sentam que quase sempre tinham condições para tal. Cinco consideraram que às vezes e dois que nunca se sentiam preparados para comunicar informações de seu bebê para familiares e amigos.

Pode-se entender que conseguir transmitir para terceiros acerca da internação de seu filho constitui-se, conforme sugere Grandesco (2000), como forma de construção de significados, os quais ocorrem a partir da interação social, por intermédio da nomeação de situações e descrições de fenômenos para que passem a fazer sentido. É por meio da linguagem na forma de narrativas que a construção das realidades ganha espaço. Ao descrever situações por eles vivenciadas, os sujeitos revelam a consciência que possuem de si e do mundo e os significados vão sendo construídos. Nessa perspectiva é na busca pelo sentido das nossas vidas que, conforme White (2004) enfrenta-se a tarefa de organizar as experiências de acontecimentos em uma sequência de tempo. Na construção da história e na transmissão para

o meio social que se encontra a coerência de si mesmo, significado e senso de continuidade. Assim, pode-se inferir a importância de as equipes de saúde dos hospitais não apenas prestarem as informações, mas também possibilitar que elas componham sentido na experiência dos pais, para que se sintam confortáveis de compartilhar as suas experiências com amigos e familiares.

Ainda no que se refere a necessidades relacionadas ao acesso a informações/orientações, oito participantes referiram ter a possibilidade de entrar em contato com a equipe de saúde após a alta do bebê como muito importante ou importante. Quando analisamos a frequência de ocorrência, dois participantes sempre tiveram a possibilidade de entrar em contato com a equipe de saúde após a alta do seu bebê, dois quase sempre, quatro participantes às vezes e dois raramente.

Nesse sentido, Fonseca, (2009) ao estudar a experiência de seis famílias ao cuidar de bebês nascidos com baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, evidenciou que, embora as famílias apresentassem habilidades em cuidar de seus bebês, há a necessidade de um acompanhamento profissional. Ainda, a autora refere que fica evidente que as famílias não puderam contar com o trabalho de profissionais de saúde em seus domicílios, apesar dos objetivos do Programa de Saúde da Família (PSF) de atender uma área de abrangência, conhecendo sua população e evitando os riscos inerentes à sua clientela. Foi percebido que essa falta influenciou o cuidado realizado pela família ao bebê que nasceu de baixo peso.

3.4 NECESSIDADES RELACIONADAS À PARTICIPAÇÃO NO DIA A DIA NA UTIN

Nesta categoria apresenta-se e discute-se questões relativas à participação dos pais na rotina hospitalar, a partir do nascimento e transcorrer da internação do bebê. Serão abordadas questões da importância da participação dos pais para os filhos, tanto no que diz respeito aos cuidados de higiene e cuidados de enfermagem, bem como o incentivo da equipe na permanência dos pais no ambiente hospitalar, contribuindo para o desenvolvimento do bebê.

Os resultados indicam que, para todos os pais, sentir que a equipe de saúde considerava sua participação como importante para o seu filho, era muito importante ou importante. Porém, apenas quatro participantes sempre sentiam o reconhecimento da importância de sua participação, um quase sempre sentia tal reconhecimento. Além disso, outros três participantes referiram que, às vezes, sentiam-se reconhecidos como importantes no período de internação dos filhos e outros cinco participantes evidenciaram que nunca ou raramente sentiam que a equipe reconhecia sua participação como importante para o seu bebê.

A fala a seguir evidencia o desejo de poder participar mais da rotina do filho durante a internação: *“Por mais que tentem humanizar e tudo mais, eu acho que ainda a mãe deveria participar mais do que a gente participa, sabe, no sentido dos cuidados, de como você quer que seja feito, como você quer que pegue seu filho. Tudo isso que eu acho que tem que ser melhorada nas UTI’s”* (Begônia). Hortência demonstrou o sentimento de não experienciar a maternidade de forma plena durante a internação ao contar que *“Nós éramos meras coadjuvantes daquilo ali, sendo que, na verdade, era o nosso momento de mãe”*.

A esse respeito, Heck et al. (2016) estudaram os sentimentos vivenciados, por nove mães a cada etapa do Método Canguru (MC), em um hospital escola no sul do Brasil. Seus resultados evidenciaram que quando as equipes de saúde conseguem transmitir às mães sua importância na recuperação do filho desde a primeira visita à UTIN, elas tendem a se sentir mais competentes e confiantes, o que facilitará a manutenção da autonomia diante da alta hospitalar. Ademais, conforme Oliveira et al. (2015) o Método Canguru (MC), constitui-se como um modelo de assistência ao RN prematuro internado em UTIN e a sua família, visa o cuidado humanizado, compreendendo as necessidades biopsicossociais dos usuários destes serviços. Nesse sentido, o MC tem entre suas premissas a estimulação da presença dos pais com o livre acesso na UTIN e a participação nos cuidados com o filho, sempre respeitando a individualidade e necessidades de cada RN. Além disso, engloba, dentre outras intervenções, o contato contínuo pele-a-pele entre mãe e bebê, o estímulo ao toque, e aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2013). Assim, esta política pública apresenta-se como importante aliada na construção de práticas voltadas ao atendimento da família integralmente, bem como de fortalecer a constituição do vínculo entre os pais e o bebê.

Sarajarvi et al. 2006 ao estudar 344 famílias de crianças hospitalizadas e 60 profissionais da saúde na Finlândia, corroboram com os resultados encontrados na presente pesquisa de que os pais precisam sentir que os profissionais têm disponibilidade para dar atenção a eles e que eles também estão incluídos nos cuidados prestados ao seu filho. Além disso, frente ao sentimento de privação do desempenho da maternidade evidenciado por Hortência e considerando a importância da participação dos pais para a recuperação e desenvolvimento físico e psíquico do RN, proporcionar a estes pais o sentimento de que são tão importantes quanto as equipes de saúde para seus filhos constitui-se como aliado na construção do vínculo mãe-bebê e do sentimento de que podem oferecer a seus filhos cuidados que são essenciais ao desenvolvimento psíquico do bebê.

Outro aspecto investigado diz respeito ao incentivo da equipe para que os pais fossem ao hospital e ficassem juntos aos seus filhos. Nesse sentido, todos os pais, consideraram muito

importante ou importante este incentivo. Quatro pais referiram que sempre contavam com tal incentivo, ao passo que um quase sempre, quatro às vezes e um raramente. Camélia sinaliza a presença desse incentivo durante a internação de sua filha: *“Eles [equipe de enfermagem] orientam o máximo possível você a ter contato com a criança, é fundamental(...). Inclusive a questão de tempo, de chegar lá, ‘Quando tempo tu tem?’, ‘Ah, eu tenho uma hora’, ‘Tu quer pegar ela hoje? Ela pode ir pro teu colo’. Então, eles estimularam muito essa questão do contato dos pais com os bebês”*.

Ainda, tendo em vista que conforme Lebovici (1987), devido aos médicos e enfermeiras serem responsáveis pelo cuidado do RN durante a internação na UTIN, estes podem despertar nos pais o sentimento de incapacidade de cuidar, tocar e nutrir o bebê. Nesse sentido, os pais tendem a não se sentirem autorizados a cuidar de seu filho, sentindo-se perigosos e punidos pela separação. É na perspectiva de contribuir para o sentimento de conhecimento de seu bebê que se faz importante que os pais sejam sempre estimulados a estar junto de seus filhos, bem como sejam incentivados a participar das ações de cuidado.

No que tange à participação dos pais nos cuidados de higiene do filho durante a internação, nove pais consideraram como muito importante ou importante. Contudo, apenas dois pais referiram sempre participaram desses cuidados, um quase sempre, outros quatro evidenciam participar às vezes e três que raramente podiam participar das rotinas de cuidados dos filhos. O participante Cravo evidenciou que na sua experiência a participação era restrita aos momentos de pegar no colo e auxiliar na amamentação junto à esposa: *“Lá, até a gente não podia fazer quase nada, a não ser pegar pra momentos de colo, amamentação. Banho não, era tudo com eles lá. Na semana que ele foi dar alta, que nós tivemos uma aula de trocar, de banho”*. Outro pai, evidenciou que a volta para o trabalho também contribuiu para que suas oportunidades de participar dos cuidados com o filho fossem reduzidas: *“Pouco (quanto a participação nos cuidados do RN) não muito, porque quando houve essa possibilidade eu já tava trabalhando. Então, os períodos pra participar dos cuidados eu tava no trabalho. Então, acho que a Begônia (mãe) participou mais”* (Antúrio).

No que se refere especificamente às possibilidades de participação dos pais (homens), Dias, Fernandes e Correia (2014) também observaram que, embora houvesse entre os pais do estudo o desejo de participar mais dos cuidados com o filho, a volta ao trabalho devido ao fim da licença paternidade, que no Brasil é de cinco dias, constitui-se como importante atravessamento para tal. Cabe destacar que conforme a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, a licença paternidade pode ser ampliada em 15 dias, desde que a empresa esteja cadastrada no programa Empresa Cidadã (BRASIL, 2016a). Além disso, conciliar horários de trabalho com

as rotinas hospitalares, como apontado pelos resultados do presente estudo, torna-se difícil em função das rotinas hospitalares muitas vezes não serem flexibilizadas a fim de beneficiar a participação do pai na internação do RN. Nesse sentido, Brazelton (1988) reforça a ideia de que, com frequência a atenção e suporte tendem a ser direcionados mais para as mães, e entre os profissionais de saúde parece existir pouca preocupação para com o pai neste processo.

A fala dessa mãe destaca a relevância da participação nos cuidados do filho, associando ao desempenho da maternidade *“Porque banho, tudo essas coisas, eu só fui dar nele em casa. Eu nunca participei de nada lá dentro. Então, era muito diferente. Claro, a gente participa das conquistas, a gente vai vendo, vive mais essa questão, mas a gente não é mãe lá dentro. Não tem decisão nenhuma. Era nascido, mas não era, porque não era meu ainda”* (Hortência).

Quanto à participação dos pais nos cuidados de enfermagem do seu filho, como por exemplo, verificar a temperatura, observou-se que sete pais consideraram tal tarefa como muito importante ou importante. Em suas experiências, três pais sempre tiveram oportunidade de participar desses cuidados, três às vezes e quatro nunca puderam participar desses cuidados. Nesse contexto, primeiramente é importante que ocorra o reconhecimento e diferenciação entre os cuidados desempenhados pela equipe e aqueles oferecidos pelos pais e mães. Acredita-se que havendo um consenso sobre as tarefas que exigem o conhecimento técnico dos profissionais, e aquelas que, costumeiramente, são tarefas parentais, tanto a equipe quanto a família se sentiriam mais confortáveis em sua relação. Dessa forma, pode-se facilitar o desenvolvimento da relação pais-bebê, reduzindo possíveis dificuldades de adaptação pós-alta hospitalar, bem como, melhorando a comunicação e o trabalho da equipe junto à família, neste que pode ser considerado como um período de crise.

Além disso, Gaíva e Scochi (2005), ao analisarem a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTIN de um hospital universitário, afirmam que a inserção materna/paterna no cuidado deveria ser gradual, desde o alto risco e intensificando no médio risco até a alta hospitalar. Nesse sentido, inicialmente os pais conheceriam e interagiriam com o seu filho, e aos poucos iriam executando alguns cuidados em parceria com a equipe. Durante esse processo, a mãe poderia contar com o auxílio e ensinamentos de profissionais da equipe de saúde. As autoras indicam ainda que, mesmo havendo o reconhecimento da importância dos pais ao lado do RN, por vezes, os profissionais resistem à sua entrada e participação na UTIN por considerarem a família como um agente controlador ou fiscalizador de seu trabalho, alguém que atrapalha e tumultua o ambiente.

Além disso, em consonância com o exposto pelos participantes deste estudo, no que tange à importância da participação dos pais nos cuidados junto ao RN, Flacking et al. (2013), em um estudo envolvendo 300 mães de bebês prematuros na Suécia, também indicaram a importância da participação das mães nos cuidados dos filhos. Os autores evidenciaram que as mães que puderam participar dos cuidados com o RN apresentaram níveis significativamente menores de estresse se comparadas às mães que não puderam participar dos cuidados prestados a ele. Além disso, para Klaus, Kennel e Klaus (2000) os pais devem ser estimulados a cuidar de seu bebê ainda no hospital, de modo que se sintam competentes após a alta.

Ademais, no que se refere a receber ajuda para reconhecer as necessidades de seus bebês, a totalidade dos pais considerou muito importante ou importante este suporte. Quanto à frequência com que recebiam este tipo de auxílio, dois deles evidenciam que sempre foram ajudados pela equipe, ao passo que três quase sempre e outros cinco participantes afirmam que algumas vezes recebiam tal suporte.

Nesse sentido, conforme Silva et al. (2016), no nascimento a imagem idealizada do bebê dá lugar à imagem do bebê real, diferente do imaginado anteriormente pelos pais. Os autores apontam o contato inicial com o bebê como um momento de transição nesta adaptação, em que os pais ajustam a imagem do filho idealizado com a imagem do bebê real. Para pais de bebês prematuros, este momento é ainda mais difícil, pois é preciso lidar com um recém-nascido com aparência frágil, instável e que requer cuidados de uma equipe especializada.

Considerando as peculiaridades do contexto de internação neonatal, bem como das adaptações nas expectativas dos pais ao bebê que nasceu, é importante que a equipe de saúde possa proporcionar aos novos pais acolhimento e suporte no reconhecimento das necessidades de seus bebês. Dessa forma, contribuir para que os pais possam olhar para o bebê real que se apresenta, e possam perceber as potencialidades e suas necessidades, o que pode contribuir para a formação do vínculo pais-filhos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível compreender as necessidades parentais no contexto da internação Neonatal. Embora para a maioria dos pais fosse muito importante ou importante ter mais condições de estrutura física no ambiente hospitalar que os auxiliasse na permanência junto aos seus bebês durante a internação, tal recurso não foi disponibilizado aos pais com frequência. Além disso, evidenciou-se a necessidade de apoio emocional e suporte dos pais no contexto do nascimento e internação de seus bebês prematuros, havendo uma grande discrepância quando se considera a importância atribuída pelos pais a esse aspecto, e a baixa presença do apoio psicológico em suas experiências.

Ao considerar a importância atribuída pelos pais a suas necessidades de informações e orientações, salienta-se que investir em capacitações para profissionais de saúde pode ser uma forma de proporcionar mais recursos na construção das relações com as famílias, bem como nas relações de trabalho. Na relação entre a equipe de saúde e a família é que se efetiva a possibilidade de participação dos pais no processo de internação de seus filhos. A esse respeito, os resultados indicaram que ainda se faz necessário que eles sintam-se convidados a participar dos cuidados do bebê na UTIN. Tendo em vista a importância da interação entre pais e bebês, tanto para o desenvolvimento físico e psíquico dos bebês e para a construção do vínculo entre pais e filhos é relevante legitimar, fortalecer e estimular a presença e participação destes pais durante a internação do RN.

Dessa forma, evidencia-se que embora as políticas públicas venham sendo desenvolvidas ao longo dos anos, é importante que cada vez mais as práticas de humanização sejam difundidas no ambiente hospitalar. Tais práticas garantiriam melhores condições de assistência aos pais e bebês que vivenciam este contexto, bem como contribuiriam para a participação dos pais no dia a dia da internação do RN. Nesse sentido, a qualidade da interação entre os pais e os bebês, bem como da família e das equipes de saúde é beneficiada e constitui importante aliada na redução dos sentimentos de angústias, medos, incapacidade de desempenho da parentalidade.

Acresce destacar que este estudo contou com a participação de mães e pais, partindo do entendimento de que gradativamente o pai vem sendo cada vez mais solicitado pelas demandas da sociedade a exercer a paternidade de modo mais participativo. Então, é importante que se permita e proporcione espaços de escuta, acolhimento, integração e reconhecimento das necessidades dos pais tanto no âmbito das pesquisas acadêmicas, quanto no processo de internação de seus filhos.

Nesse ínterim, a compreensão das necessidades de pais e mães de bebês prematuros internados em UTIN, pode contribuir para o sentimento de pertencimento dos pais no processo de cuidado ao seu filho no ambiente hospitalar. Para tal, assim como o presente estudo, a literatura aponta para a importância da comunicação neste processo. Dessa forma, sugere-se que o profissional de psicologia, como membro da equipe multiprofissional, possa apresentar-se como promotor da integração das famílias com a equipe de saúde, bem como da interação dos pais com seus bebês, e entre as equipes.

No que tange ao método empregado no estudo, diante do contexto de pandemia que se vivencia no Brasil e no mundo, a necessidade de realizar o estudo de forma online apresentou-se inicialmente como um desafio para a pesquisadora. Porém, a experiência mostrou que a relação com os participantes pôde ser estabelecida de forma cuidadosa, empática e acolhedora, possibilitando aos pais a expressão de suas vivências. Além disso, entende-se que a necessidade de os participantes serem usuários de redes sociais e possuírem celular ou computador com acesso à internet para a realização entrevista pode ter contribuído para que a amostra contasse com a participação de pessoas com boas condições socioeconômicas. Desse modo, ressalta-se que as experiências relatadas neste estudo podem não contemplar outros contextos de vida e tampouco se propõem a generalizações.

Como limitações do estudo, apresenta-se que não foram analisadas possíveis diferenças entre as necessidades de pais provenientes de diferentes contextos socioculturais, econômico, e nas diferentes regiões do Brasil. Ainda, não foram investigadas possíveis diferenças de gênero. Nesse sentido, pode-se sugerir que estudos futuros, incluam amostras maiores e enfoquem nestas questões a fim de que sejam lançados novos olhares sobre o fenômeno e seus agentes. Com isso, ressalta-se a importância de que as práticas em saúde sejam cada vez mais voltadas às especificidades do contexto de cada família.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. V. B. **No campo de Batalha: um estudo das reações emocionais de pais de bebês pré-termo e suas relações com a parentalidade.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- ANDRADE, R. C. **Adaptação cultural e avaliação da fidedignidade do Needs of Parents Questionnaire (NPQ) para o Brasil.** 2016. 167p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS. **Parto Prematuro.** c2021. Disponível em: <<https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/parto-prematuro-5999>>. Acesso em: 25 maio 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006. (Texto original publicado em 1977).
- BERTHOUD, C. M. E.; BERGAMI, N. B. B. Família em fase de aquisição. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. (Ed.). **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa,** 1997. P. 47-75.
- BRAGHETO, A. C. M.; JACOB, A. V. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência Saúde & Transformação Social. **Health & Social Change,** v. 1, n. 3, p. 174-178, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319573022>>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- BRASIL. Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispões sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa da União,** jul. 2000a. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, entre outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 8 de mar. 2016a. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/312611520/lei-13257-16>>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#art266>. Acesso em: 20 jan. 2021.B
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 28 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, Seção 1, p. 44-46, 2016b.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pd>> Acesso em: 26 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1091/GM, de 25 de agosto de 1999**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_1091.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Comunicado n. 0015188696 de 05 de junho de 2020**. Retomada da tramitação regular no Sistema CEP/CONEP para os projetos de ciências humanas e sociais relacionados à saúde mental. Orientações [...]. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Comunicado05-06-2020SEI-MS0015188696CHS.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Tradução D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. Tradução M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRUM, E. H. M. de; SCHERMANN, L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 12-23, ago. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CAMPOS, C. A. C. A. et al. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 41, n. especial, p. 165-174, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s214>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0165.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CARTAXO, L. da S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-557, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2020.

CONS, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 849-855, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400016>>. Acesso em: 28 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 016/2000, de 20 de dezembro de 2000**. Brasília: CFP, 2000. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_16.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

COSTA, M. C. G. da.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7130>.

DADALTO, J. G.; CUNHA, A. C. B. da.; MONTEIRO, L. F. Não é uma simples conversa: percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 12, n. 3, p. 881-901, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.123.09>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822019000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2021.

DIAZ, Z. M.; FERNANDES, S. M. G. C.; CORREIA, S. Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 3, p. 85-93, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>>. Acesso em: 28 maio 2020.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; DITZ, E. S.; TAVARES, T. S.; LOPES, A. F. C.; SILVA, P. M. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 870-878, out./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2020.

FLACKING, R.; THOMSON, G.; EKENBERG, L.; LÖWEGREN, L.; WALLIN, L. Influence of NICU co-care facilities and skin-to-skin contact on maternal stress in mothers of preterm infants. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 3, n. 4, p. 107-112, out. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/256664466_Influence_of_NICU_cocare_facilities_and_skin-to-skin_contact_on_maternal_stress_in_mothers_of_preterm_infants>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FLECK, A.; PICCININI, C. A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, v. 40, p. 14-30, 2013.

FONSECA, E. L. **A experiência da família ao cuidar de bebês nascidos com baixo peso nos primeiros seis meses após a alta hospitalar**. 2009. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2009.

FONSECA, M. N. de A.; ROCHA, T. S.; CHERER, E. de Q.; CHATELARD, D. S. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 141-155, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio 2020.

FONTOURA, F. C.; FONTENELE, F. C.; CARDOSO, M.V. L. M. L.; SHERLOCK, M. S. M. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p.518-525, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976010>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

- FRELHO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 514-521, maio/jun. 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/Enfermagem-e-a-relacao-com-maes-de-neonatos-em-Unidade-de-Terapia-Intensiva-Neonatal.pdf>> Acesso em: 16 jan. 2021.
- GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GRANDESSO, M. A. **Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- HECK, G.; LUCCA, H.; COSTA, R.; JUNGES, C.; SANTOS, S.; & BORCK, M. (2016). **Compreensão do sentimento materno na vivência no método canguru**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(1), 71 - 83. Disponível em :<https://doi.org/10.5902/2179769218083>
- HERZOG, A.; MULLER-NIX, C.; MEJIA, C.; ANSERMET, F. Étude clinique sur le rôle parental lors d'une naissance prématurée. **Psychothérapies**, v. 23, p. 97-106, 2003. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2003-2-page-97.htm>>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- KEGLER, J. J.; NEVES, E. T.; SILVA, A. M. da.; JANTSCH, L. B.; BERTOLDO, C. da S.; SILVA, J. H. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1-6, jan. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452019000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio 2020.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KLEIN, M. A. **Psicanálise de Crianças**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1997.
- LAMY, Z. C.; MORSCH, D. S.; DESLANDES, S. F.; FERNANDES, R. T.; ROCHA, L. J. L. F.; LAMY FILHO, F.; GOMES, M. A.; SILVA, A. A. M.; MOREIRA, M. E. Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev Pesq Saúde**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/919>>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- LAMY, Z. C.; SOARES, M.; MORSCH, D. S. Cuidado Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de Política Pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MAGNAGO, A. C. **Necessidades de pais de crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

MARTINS, C. A. Tornar-se pai e mãe: a transição para a parentalidade. In: BARBIERI, M. C. et al. (Ed.). **Da investigação à prática de enfermagem em família**. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. p. 115-127. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280732512_Transicao_para_a_parentalidade_uma_revisao_sistematica_da_literatura>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MENEZES, C. C.; LOPES, R. de C. S. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. **Psico-USF**, Itatiba, v. 12, n. 1, p. 83-93, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2020.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, N. D.; JOAQUIM, M. C. M.; MARANHÃO, A. G. K.; SCHUBERT, C. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro**. In: SANCHES, M. T. C.; COSTA, R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MORSCH, D. S.; LAMY, Z. C. (Org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 29.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE NO BRASIL (OPAS). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [S.l.]: OPAS, 27 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 16 maio 2020.

PEDRO, S. I. F. **Envolvimento parental numa UCIN: Necessidades emergentes** Dissertação (Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/771>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (Ed.). **Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PICCININI, C. A.; SILVA, M. da R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O. envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>>. Acesso em: 28 maio 2020.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 290-298, dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852014000400290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jan. 2021.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **O custo da Prematuridade para a ultrapassa R\$ 8 bilhões por ano no país**, 21 junho 2019. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/o-custo-da-prematuridade-para-a-saude-publica-ultrapassa-r-8-bilhoes-por-ano-no-pais/>>. Acesso em: 28 maio 2020.

REIS, E. A.; REIS, I. A. **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. 2002. Disponível em: <www.est.ufmg.br>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SALVADOR, P. T. C. O.; ALVES, K. Y. A.; RODRIGUES, C. C. F.L.; OLIVEIRA, L.V. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, p. e20190297, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>.

SANTOS, M. da C. L. dos.; MORAES, G. A. de.; VASCONCELOS, M. G. L. da.; ARAÚJO, E. C. de. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém nascido prematuro. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, v. 1, n. 2, p. 140-149, out./dez. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704>>. Acesso em: 28 maio 2020.

SARAJARVI, A.; HAAPAMAKI, M.; PAAVILAINEN, E. Emotional and informational support for families during their child's illness. **Int Nurs Rev**, v. 53, n. 3, p. 205-210, set. 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00479.x/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19*. **REFACS**, v. 8, n. 4, out./dez. 2020. DOI: 10.18554/refacs.v8i4.4877.

SCOCHI, C. G. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVA, R. M. M.; MENEZES, C. C. da S.; CARDOSO, L. L.; FRANÇA, A. F. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2258-2270, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.940>. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-115, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SILVA, V. R. A família como paciente oculto. **Archivos em Medicina Familiar**, v. 21, n. 3, p. 125-127, 2019. Disponível em: <<https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2019/09/A-fam%C3%ADlia-como-paciente-oculto-amf193f.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011. DOI: 10.5123/S1679-49742011000100004.

STAUDT, A. C. P. **Paternidade em tempos de mudança:** uma reflexão sobre a contemporaneidade. 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TAMEZ, R. **Enfermagem na UTI neonatal:** Assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VERAS, R. M.; TRAVERSO-YEPEZ, M. A. O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. esp., p. 90-98, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2021.

VERAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, R. F. F. **A maternidade prematura:** o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2021.

WHITE, M. Decir de nuevo: ¡Hola!. In: **Guia para uma terapia familiar sistêmica.** Barcelona: Gedisa, 2004. p. 57-68.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Originalmente publicado em 1965).

APÊNDICE A – JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal

Pesquisadora responsável: Prof.^a. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia

Telefone para contato: (55) 98130-3351 ou (55) 99610-5793.

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

JUSTIFICATIVA PARA AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Justifica-se, por meio desta, a ausência do documento de Autorização Institucional para o projeto intitulado “A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal” devido ao fato de que este é dispensável para a realização da pesquisa. Conforme explanado no método deste projeto, os participantes do estudo serão contatados a partir de convites diretos, bem como a partir de indicações, não havendo interlocução com nenhuma instituição.

Data: Maio/2020.



Prof. Caroline Pereira

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal

Pesquisadora responsável: Prof.^a. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia

Telefone para contato: (55) 98130-3351 ou (55) 99610-5793.

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, professora Caroline Rubin Rossato Pereira, responsável pela pesquisa “A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal”, o convido para participar como voluntário(a) deste estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a experiência de mães e pais que vivenciaram a internação de um filho em uma UTI Neonatal em decorrência da prematuridade. Ou seja, buscamos conhecer suas experiências relacionadas à internação neonatal de seu filho. Acreditamos que a sua participação será importante pois nos auxiliará a compreender experiências de pais e mães que, assim como você, vivenciam a internação de um filho em UTI Neonatal, o que contribuirá com um entendimento científico na área da psicologia.

Sua participação na pesquisa se dará da seguinte forma: Inicialmente, você responderá a um questionário de dados sociodemográficos, que busca obter dados gerais sobre você, como idade, escolaridade, profissão, bem como, sobre seu filho, como tempo de internação em UTI Neonatal, idade, e sobre suas relações familiares, como estado civil, pessoas com quem mora, dentre outras questões, que tem por objetivo conhecer você e sua família. Posteriormente, responderá a uma *entrevista* sobre aspectos da experiência da parentalidade vivida durante a internação do recém-nascido, bem como aspectos direcionados a volta para a casa após o período de internação, que tem como objetivo compreender a experiência da parentalidade de

mães e pais que vivenciaram a internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal devido à prematuridade. Sua participação será realizada de forma online, a partir do aplicativo de videoconferência Skype. Nossa conversa será gravada em áudio para, posteriormente ser transcrita, de forma a preservar, com fidelidade, o que foi respondido por você às questões.

Esse estudo é considerado de riscos mínimos. Destaca-se, ainda que aos participantes desta pesquisa referem-se ao surgimento de desconforto por relatarem lembranças de situações de suas vidas ao falarem sobre as mesmas. Caso observe-se a mobilização de angústias e sofrimento psíquico em decorrência da participação na pesquisa, as pesquisadoras poderão encaminhar os participantes para acolhimento/atendimento psicológico gratuito, oferecido pelo Projeto de Extensão “Enlaces – Estudos e Intervenções em Terapia Familiar e de Casal” (nº 04136 - CCSH/UFSM). Esse projeto é vinculado ao Núcleo de Estudos Famílias e suas Relações (NEFRE), grupo que as pesquisadoras compõem. Os atendimentos ocorrem junto à Clínica de Psicologia do Curso de Psicologia da UFSM, que fica localizada no Prédio 74B, na Avenida Roraima, nº 1000, bairro Camobi, Santa Maria – RS.

Por outro lado, considera-se que essa pesquisa pode oferecer benefícios aos participantes, visto que, a partir das entrevistas, os participantes poderão elaborar suas vivências através da fala e de uma escuta sensível e livre de julgamentos. Ademais, acredita-se que os resultados desse estudo serão relevantes na construção de conhecimento sobre a temática em questão, o que poderá resultar em benefícios para outras famílias que venham a passar pela mesma situação, bem como, poderá fornecer subsídios que apoiarão profissionais de saúde e outros pesquisadores no contexto estudado, oferecendo novos saberes para uma atuação mais centrada na saúde e bem-estar.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com alguma das pesquisadoras através dos números acima informados, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens. As informações coletadas a partir deste estudo serão arquivadas, por um período de cinco anos, na Universidade Federal de Santa Maria, no seguinte endereço: Avenida Roraima, nº 1000, UFSM, Centro de Ciências Sociais e Humanas, prédio 74B, sala 3206A, Bairro Camobi, Santa Maria/RS. Após este prazo, todas as informações coletadas serão descartadas.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: "A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal"

Pesquisadora responsável: Prof.^a. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia

Telefone para contato: 3220-9233 (Prof.^a. Caroline).

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data da entrevista: ____/____/____

Nome da mãe:

_____ Idade:_____.

Nome do pai:

_____ Idade:_____.

Nome/idade do filho(a):_____.

Idade gestacional ao nascer:_____.

Outros filhos (as):_____.

Escolaridade: () Não escolarizado () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-Graduação;

Formação:_____.

Profissão/ocupação da mãe:

Profissão/ocupação do pai:

Carga horária de trabalho participante:

Salário/renda: () Até um salário mínimo () Entre dois a quatro salários mínimos () Entre quatro a seis salários mínimos () Mais de seis salários mínimos

Religião:

Estado Civil:

Grupo Étnico: () Branco () Preto () Pardo () Outro: _____.

Telefone para contato: _____.

E-mail para contato: _____.

Quem você considera parte de sua família?

Nome	Idade	Parentesco/ Relação	Reside junto
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não

Quem reside com você (coabitação)?

Nome	Idade	Parentesco	Tempo de coabitação

APÊNDICE D – ENTREVISTA SOBRE A PARENTALIDADE E A EXPERIÊNCIA NA UTIN (VERSÃO PARA A MÃE/PAI)

Eu gostaria que você me contasse um pouco da história do(a) (nome da criança), desde que você soube da gravidez.

- 1) Como foi quando ficou sabendo da gravidez?
- 2) Como as pessoas ao seu redor receberam a notícia da gravidez? (nome do companheiro (a), sua família, amigos...)
- 3) Como foi a gestação?
 - a) Houve acompanhamento médico durante a gestação?
 - b) Onde?
 - c) Manteve esse acompanhamento?
 - d) Foi necessário ter cuidados específicos durante a gestação?

Além disso, gostaria que me contasse um pouco a respeito do parto do(a)(nome da criança)

- 4) Em que momento você percebeu/entendeu que o(a) (nome da criança) nasceria antes do previsto?
 - a) De que forma isso aconteceu?
 - b) Como você se sentiu?
- 5) O que você lembra do momento do parto?
 - a) Onde aconteceu? (procedimentos após o parto, contato pai/mãe-bebê)
 - b) Alguém te acompanhou?
 - c) Lembra quais eram os seus sentimentos?
(quanto tempo ficou com o bebê, pôde vê-lo e/ou tocá-lo)
- 6) Quais são seus sentimentos e sensações quando se recorda desse período de gestação e do parto?
- 7) Como você recebeu a notícia de que o(a) (nome da criança) iria para a UTI?
 - a) Quando isso aconteceu?
 - b) Como você se sentiu, o que passou pela sua cabeça naquele momento?

Eu gostaria que você me contasse sobre a primeira vez que você viu o(a) (nome da criança) na UTIN

- 8) Quanto tempo após o nascimento ocorreu esse encontro?
 - a) Como foi esse encontro (quanto tempo ficou com o bebê, onde, pode tocá-lo)?
 - b) Como você se sentiu?
 - c) O que mais lhe chamou atenção ao olhar para o(a) (nome da criança)? (aparência, peso, aparelhos...)
- 9) Antes disso, você teve informações sobre o(a) (nome da criança)?

Gostaria que me contasse um pouco sobre a sua saída do hospital

- 10) Quanto tempo você (mãe) permaneceu em internação?
 11) Como foi o retorno para casa sem o(a)....(nome da criança)

Gostaria que me contasse sobre como foi o tempo que o(a) nome do filho(a) permaneceu internado na UTIN

- 12) Quanto tempo o(a)..... (nome da criança) permaneceu no hospital?
 13) Pensando hoje nesse período da vida de vocês, como você o descreveria?
 14) Qual foi o maior desafio, preocupação no período que o(a)..... (nome da criança) estava na UTIN?
 15) No período de internação do(a)(nome da criança), você pôde contar com alguém? De que forma?
 16) Como era a sua rotina e a do(a)(nome da criança) nas primeiras semanas de vida dele(a)?
 17) Como era a sua relação com o(a).....(nome da criança)?
 18) Que tipo de contato você conseguia ter com o(a).....(nome da criança)? (frequência de visitas, informações sobre o bebê, ...)
 19) Durante os momentos que vocês conseguiam estar juntos, o que vocês faziam?
 20) Você teve oportunidade de participar dos cuidados do(a).....(nome da criança)?
 b) Como isso acontecia?
 c) A equipe estimulava essa participação?
 21) Você conseguia tocar no(a).....(nome da criança)?
 a) Se sim, como você se sentia?
 22) Você conversava com o(a).....(nome da criança)? (ex brincava, interagia, correspondia aos chamamentos do bebê)
 23) Foi possível amamentar o(a)o(a).....(nome da criança), (peito ou mamadeira)?
 a) Como era esse momento?
 24) Você se sentia próxima(o) do(a).....(nome da criança)?
 a) Sentia que o conhecia?
 b) Reconhecia suas reações? (incômodo, fome, sono, ...)
 25) Quando foi que você se percebeu como mãe/pai do(a).....(nome da criança)?
 26) Você poderia me contar um momento marcante vivido com o seu filho(a) no período de internação?

Nesse momento, gostaria que me contasse um pouco como foi a saída do(a)..... do hospital, e como vocês estão agora.

- 27) Como foi, para você, as primeiras semanas do(a).....(nome da criança) em casa?
- a) Quais foram maiores dificuldades, preocupações?
 - b) Como foi cuidar do(a).....(nome da criança). sem ajuda de profissionais?
 - c) Como você se sentia?
 - d) Por exemplo, quando o(a).....(nome da criança) chorava, você costumava saber o que ele queria/o que fazer?
- 28) Como você descreveria o(a).....(filho)?
- 29) Hoje, como você percebe a sua relação com o(a).....(nome da criança)?
- 30) Como você se descreveria (se sente) no papel de mãe/pai?
- 31) Atualmente, o que diria que faz você se sentir mãe/pai?
- 32) Quais foram suas maiores realizações como mãe/pai?
- 33) Você poderia me contar um momento marcante vivido com o seu filho(a)?
- 34) Qual o maior desafio da maternidade/paternidade para você?
- a) Quais são os momentos que você identifica ter mais dificuldade em ser mãe/pai do(a).....(nome da criança)?
- 35) Você já comentou com seu filho sobre o período em que ele ficou no hospital?
- a) O que o(a).....(nome da criança) sabe sobre esse período?
- 36) Você acredita que exista diferenças no seu modo de ser como mãe/pai pelo fato do(a).....(nome da criança) ter ficado internado em uma UTIN?
- a) Quais diferenças você percebe? (ex é mais cuidadosa, protege mais...)
- 37) Você acredita que exista diferenças na sua relação com o(a).....(nome da criança) ou na vida de vocês pelo fato dele(a) ter ficado internado em uma UTIN?
- 38) Você conseguiu conversar sobre esse período da vida de vocês com alguém?
- a) Qual a importância disso para você?
- 39) Você gostaria de acrescentar algo ao que nós conversamos?

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DE NASCIMENTO PRE-TERMO E INTERNAÇÃO DO RECÉM NASCIDO NA UTI NEONATAL

QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES PARENTAIS NO CONTEXTO DE NASCIMENTO PRE-TERMO E INTERNAÇÃO DO RECÉM NASCIDO EM UTI NEONATAL

Questionário inspirado na Adaptação cultural e validação da fidedignidade da Needs of Parents Questionnaire para o uso no Brasil, (ANDRADE, 2016).

Quem é você ? *

Selecione aqui	
A mãe.	<input type="radio"/>
O pai.	<input type="radio"/>

Pensando na sua experiência durante o período em que seu filho(a) esteve internado(a) na UTIN, indique: O grau de importância de cada uma das afirmações: *

	Muito importante	Importante	Não muito importante	Sem importância	Não se aplica a sua situação
1. Ter a possibilidade de ficar 24h com seu filho(a) se desejasse.	<input type="radio"/>				
2. Que o hospital flexibilizasse rotinas (ex. horários), caso necessário.	<input type="radio"/>				
3. Conseguir descansar o suficiente ou ter um sono adequado.	<input type="radio"/>				
4. Ter banheiros com chuveiros, espaço reservado para refeições e descanso para os pais/mães na UTI.	<input type="radio"/>				
5. Que o cuidado com o seu filho(a) fosse realizado pela mesma equipe de enfermagem, na maioria das vezes.	<input type="radio"/>				

6. Confiar que, mesmo quando os pais/mães não estavam presentes, o seu filho(a) recebia um cuidado adequado.	<input type="radio"/>				
7. Sentir que a equipe de saúde considerava a participação dos pais/mães importante para o seu filho(a).	<input type="radio"/>				
8. Ser incentivado pela equipe a ir ao hospital e ficar junto ao seu filho(a).	<input type="radio"/>				
9. Participar dos cuidados de higiene do seu filho(a).	<input type="radio"/>				
10. Participar dos cuidados de enfermagem do seu filho(a) (ex. medir temperatura).	<input type="radio"/>				
11. Receber informações sobre o que era feito com seu filho(a) e o porquê (procedimentos).	<input type="radio"/>				
12. Receber ajuda para reconhecer as necessidades de seu bebê.	<input type="radio"/>				
13. Ser incentivado pela equipe a fazer perguntas e buscar respostas.	<input type="radio"/>				
14. Sentir que o trabalho da equipe na UTIN era adaptado às necessidades dos pais/mães.	<input type="radio"/>				
15. Ter algum enfermeiro ou médico da equipe responsável por cuidar dos pais/mães e ajudar no que precisasse.	<input type="radio"/>				
16. Ter apoio de algum psicólogo no hospital.	<input type="radio"/>				

17. Ter seus sentimentos reconhecidos e compreendidos pela equipe de saúde.	<input type="radio"/>				
18. Ter um profissional para ajudar os pais/mães a identificar e entender suas próprias necessidades físicas (como comer, dormir) e psicológicas (como ansiedade).	<input type="radio"/>				
19. A disponibilização de assistência religiosa para os pais/mães e bebê, se assim desejassem.	<input type="radio"/>				
20. Ter espaço adequado para a realização de práticas religiosas.	<input type="radio"/>				
21. Ter encontros com outros pais na UTIN, para compartilhar suas experiências.	<input type="radio"/>				
22. Explicar sobre a internação de seu bebê para outros filhos, parentes e amigos.	<input type="radio"/>				
23. Ter algum tipo de preparação para a alta de seu bebê.	<input type="radio"/>				
24. Ter a possibilidade de entrar em contato com a equipe de saúde após a alta.	<input type="radio"/>				

Pensando na sua experiência durante o período em que seu filho(a) esteve internado(a) na UTIN, indique com que frequência você considera que estas situações/experiências ocorreram no seu caso. *

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Ter a possibilidade de ficar 24h com seu filho(a) se desejasse.	<input type="radio"/>				
2. Que o hospital flexibilizasse rotinas (ex. horários), caso necessário.	<input type="radio"/>				
3. Conseguir descansar o suficiente ou ter um sono adequado.	<input type="radio"/>				
4. Ter banheiros com chuveiros, espaço reservado para refeições e descanso para os pais/mães na UTI.	<input type="radio"/>				
5. Que o cuidado com o seu filho(a) fosse realizado pela mesma equipe de enfermagem, na maioria das vezes.	<input type="radio"/>				
6. Confiar que, mesmo quando os pais/mães não estavam presentes, o seu filho(a) recebia um cuidado adequado.	<input type="radio"/>				
7. Sentir que a equipe de saúde considerava a participação dos pais/mães importante para o seu filho(a).	<input type="radio"/>				
8. Ser incentivado pela equipe a ir ao hospital e ficar junto ao seu filho(a).	<input type="radio"/>				
9. Participar dos cuidados de higiene do seu filho(a).	<input type="radio"/>				
10. Participar dos cuidados de enfermagem do seu filho(a) (ex. medir temperatura).	<input type="radio"/>				
11. Receber informações sobre o que era feito com seu filho(a) e o porquê (procedimentos).	<input type="radio"/>				
12. Receber ajuda para reconhecer as necessidades de seu bebê.	<input type="radio"/>				

13. Ser incentivado pela equipe a fazer perguntas e buscar respostas.	<input type="radio"/>				
14. Sentir que o trabalho da equipe na UTIN era adaptado às necessidades dos pais/mães.	<input type="radio"/>				
15. Ter algum enfermeiro ou médico da equipe responsável por cuidar dos pais/mães e ajudar no que precisasse.	<input type="radio"/>				
16. Ter apoio de algum psicólogo no hospital.	<input type="radio"/>				
17. Ter seus sentimentos reconhecidos e compreendidos pela equipe de saúde.	<input type="radio"/>				
18. Ter um profissional para ajudar os pais/mães a identificar e entender suas próprias necessidades físicas (como comer, dormir) e psicológicas (como ansiedade).	<input type="radio"/>				
19. A disponibilização de assistência religiosa para os pais/mães e bebê, se assim desejassem.	<input type="radio"/>				
20. Ter espaço adequado para a realização de práticas religiosas.	<input type="radio"/>				
21. Ter encontros com outros pais/mães na UTN, para compartilhar suas experiências.	<input type="radio"/>				
22. Explicar sobre a internação de seu bebê para seus outros filhos, parentes e amigos.	<input type="radio"/>				
23. Ter algum tipo de preparação para a alta de seu bebê.	<input type="radio"/>				
24. Ter a possibilidade de entrar em contato com a equipe de saúde após a alta.	<input type="radio"/>				

	Sim	Não
1.Possibilitar que os pais/mães fiquem 24h com seu filho(a) se desejarem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Flexibilizar rotinas (ex. horários de visitas), caso necessário para os pais/mães.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Disponibilizar banheiros com chuveiros, espaço reservado para refeições e descanso para os pais/mães.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Ofertar a realização do cuidado do bebê pela mesma equipe de enfermagem, na maioria das vezes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Tranquilizar os pais/mães que, mesmo quando não estão presentes, o filho(a) recebe um cuidado adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Proporcionar aos pais/mães a sensação de que sua participação é importante nos cuidados de seu filho(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Incentivar os pais/mães a irem ao hospital e ficarem junto ao seu filhos(as).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Proporcionar a participação dos pais/mães nos cuidados de higiene do seu filho(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Proporcionar a participação dos pais/mães nos cuidados de enfermagem do seu filho(a) (ex. medir temperatura).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Fornecer aos pais/mães informações sobre o que é feito com seu filho(a) e o porquê (procedimentos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Ajuda aos pais/mães para reconhecer as necessidades de seu bebê.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Incentivar os pais/mães a fazerem perguntas e buscar respostas junto à equipe da UTIN.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Desenvolver um trabalho adaptado às necessidades dos pais/mães.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Disponibilizar algum enfermeiro ou médico da equipe responsável por cuidar dos pais/mães e ajudar no que precisem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Disponibilizar o apoio de algum psicólogo no hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Que a equipe de saúde reconheça e compreenda os sentimentos dos pais/mães.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Disponibilizar um profissional para ajudar os pais/mães a identificarem e entenderem suas próprias necessidades físicas (como comer, dormir) e psicológicas (como ansiedade).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Disponibilizar aos pais/mães espaço adequado para a realização de práticas religiosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Possibilitar a assistência religiosa para pais/mães e para o bebê durante a internação na UTIN, caso desejassem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Promover encontros com outros pais/mães na UTIN, para compartilharem suas experiências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Preparar e auxiliar os pais/mães a informar sobre a internação de seu bebê para outros filhos, parente e amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Promover algum tipo de preparação para os pais/mães na alta de seu bebê.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Possibilitar aos pais/mães que entrem em contato com a equipe de saúde após a alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia

Telefone para contato: (55) 98130-3351 ou (55) 99610-5793.

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados das participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de um Questionário de Dados Sociodemográficos e de uma Entrevista, os quais serão respondidos pelos participantes de forma online.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizada na Avenida Roraima, nº 1000, Centro de Ciências Sociais e Humanas, prédio 74B, sala 3206A, Bairro Camobi, Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^ª Pesquisadora Caroline Rubin Rossato Pereira. Após este período, os dados serão descartados.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,dede 20.....

.....
Assinatura do pesquisador responsável