

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Cristina Maria Cardoso Gonçalves

Relação de Ajuda em Neonatologia: Perceção das
Mães e das Enfermeiras

Tese de Mestrado

II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Amarílis Pereira Rocha



Junho de 2013

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso formativo, cujas etapas foram alcançadas com dedicação desejava agradecer a todos os que tornaram este trabalho possível, nomeadamente:

À orientadora Professora Doutora Amarílis Rocha pelas orientações, sugestões, críticas e disponibilidade;

Ao Professor Doutor João Duarte pela colaboração preciosa e atenção dispensada;

Às mães que participaram no estudo e às minhas colegas da Unidade de Neonatologia pela disponibilidade em participarem no estudo;

Às colegas que se mostraram sempre recetivas aos meus pedidos de trocas de turnos contribuindo para a concretização desta dissertação;

À Sónia e à Filipa pela cumplicidade e disponibilidade;

À minha mãe, à minha irmã e aos meus amigos pela sua presença e fazerem-me acreditar ser possível;

Um agradecimento especial ao meu marido e ao meu filho pela compreensão, paciência infundável, pelas minhas ausências e pelo tempo que não lhes dediquei;

À Daniela pela disponibilidade incondicional, pela motivação e apoio constantes. Por ser a colega, amiga e a pessoa maravilhosa que é.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Fundamentação: A filosofia do cuidar em neonatologia valoriza a prestação de cuidados em parceria e centrados na família. Este cuidar integra o reconhecimento dos comportamentos dos recém-nascidos, reconhece e compreende as manifestações da necessidade de ajuda. A prestação de cuidados privilegia a relação interpessoal, baseada nas dimensões nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência como resposta às necessidades concretas de cada pessoa.

Objetivos: Analisar a percepção das mães quanto ao desempenho da relação de ajuda das enfermeiras que cuidam os seus filhos; conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães na sua percepção de relação de ajuda; analisar a perspectiva das enfermeiras sobre a relação de ajuda que estabelecem com as mães dos recém-nascidos internados; conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras na sua percepção de relação de ajuda.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, intencional por conveniência, que envolve 46 mães de recém-nascidos internados na neonatologia e 11 enfermeiras prestadoras de cuidados nessa unidade. Como instrumento de recolha de dados utilizamos o questionário; para as mães o questionário é constituído por perguntas de caracterização sociodemográfica, profissional e clínica e pelo inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard (BLRI) na versão OS-40; o questionário aplicado às enfermeiras contém ficha de caracterização sociodemográfica e profissional e o BLRI na versão MO-40. O inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard avalia a relação de ajuda nas suas quatro dimensões: *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*.

Resultados: As dimensões nível de respeito e compreensão empática nas participantes mães apresentam scores médios mais elevados, seguido de incondicionalidade de respeito e score mais baixo encontra-se na congruência. Na amostra das enfermeiras a compreensão empática e o nível de respeito apresentam scores médios mais elevados e score mais baixo a incondicionalidade de respeito. Nas mães constatamos ordenações globais mais elevadas em todas as dimensões, exceto *congruência*, do que nas enfermeiras.

Conclusões: A percepção da relação de ajuda é influenciada por variáveis como as habilitações literárias e tempo de internamento nas participantes do estudo mães e, as variáveis idade e tempo de serviço nas participantes enfermeiras. As dimensões *nível de respeito e congruência* estabelecem relação de dependência com o grupo de mães e de enfermeiras. A percepção das mães quanto ao desempenho das enfermeiras pode ser considerada positiva, com valores elevados de *nível de respeito, compreensão empática e incondicionalidade de respeito* e as enfermeiras valorizam positivamente a *congruência*.

Palavras-chave: Relação de ajuda, Recém-nascido, Família, Enfermeiro, Neonatologia

ABSTRACT

Background: The philosophy of neonatology care praises the care in partnership and family-centered. This care encompasses the recognition of newborns behaviors, on the other hand recognize and understand the manifestations of the need for help. The care raises the interpersonal relationships based on the dimensions level of respect, empathic understanding, unconditional respect and congruence in response to the specific needs of each person.

Objetives: To analyze the perception of mothers about the performance of nurse help relationship towards their children; to know the influence of mothers sociodemographic and clinical characteristics in their perception of help relationship; to analyze the perspective of nurses on the help relationship that established with mothers of newborns admitted; to understand the influence of nurses sociodemographic and professional status in their perception of help relationship.

Methods: This is a quantitative, descriptive and correlational study, held a non-probability sample of convenience, involving 46 mothers of newborns admitted on neonatology and 11 nurses care providers in that unity. For data collection were used a questionnaire developed for this purpose: for mothers it was consisted of sociodemographic, clinical and professional characterization and the interpersonal relationships Barrett-Lennard (BLRI) inventory (version OS-40); for nurses it contained a sociodemographic and professional characterization and BLRI version MO-40. The interpersonal relationships Barrett-Lennard inventory assesses the aid relationship in four dimensions: level of regard, empathic understanding, congruence and unconditional respect.

Results: The dimensions level of respect and empathic understanding in mothers had higher average scores, followed by unconditional respect and lowest score is in congruence. In nurses sample the empathic understanding and respect level have higher average scores and the unconditional respect a lower score. In the mothers there were globally higher scores in all dimensions except congruence than in nurses.

Conclusions: The perception of the help relationship is influenced by several variables such as educational level and length of stay in the mothers participating in the study, and the age and length of service in nurses. The dimensions level of respect and congruence establish a relationship of dependency between mothers and nurses. The perception of mothers about the performance of nurses can be positive, with elevated level of respect, empathic understanding and unconditional respect and nurses value congruence positively.

Keywords: Help Relationship, Newborn, Family, Nurse, Neonatology

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	17
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
2 – ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA DO CUIDAR HUMANO	23
2.1 – O CUIDAR COMO ESSÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	25
2.2 – CUIDAR EM NEONATOLOGIA	28
2.3 – PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DA PARENTALIDADE.....	32
3 – RELAÇÃO DE AJUDA	37
3.1 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO CUIDATIVO.....	37
3.2 – ESPECIFICIDADES DA RELAÇÃO DE AJUDA.....	41
3.3 – MODELO DE RELAÇÃO DE AJUDA DE BARRETT-LENNARD.....	45
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	51
4 – METODOLOGIA	53
4.1 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	54
4.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/OBJETIVOS	55
4.3 – VARIÁVEIS.....	57
4.4 – POPULAÇÃO /AMOSTRA	58
4.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	59
4.6 – PROCEDIMENTOS	64
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	99
Anexo I – Classificação Portuguesa de Profissões 2010.....	101
Anexo II – Instrumento de recolha de dados Forma OS-40.....	105

Anexo III – Instrumento de recolha de dados Forma MO-40	109
Anexo IV – Documento de reconversão da Escala: Relationship Inventory Scoring Sheet – 40 –item OS & MO forms	113
Anexo V – Autorização para a aplicação dos questionários	115
Anexo VI – Documento de autorização da utilização do BRLI	117

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação da idade dos elementos da amostra participantes no estudo	59
Tabela 2 – Formas OS-40 e MO-40: fatores e números das proposições correspondentes	61
Tabela 3 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para as dimensões de relação de ajuda inseridas no BLRI: Forma OS-40.....	63
Tabela 4 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para as dimensões de relação de ajuda inseridas no BLRI: Forma MO-40	63
Tabela 5 – Caracterização socioprofissional das mães em função da idade.....	68
Tabela 6 – Caracterização socioprofissional das enfermeiras	68
Tabela 7 – Identificação dos anos de serviço das enfermeiras pertencentes à amostra em estudo.....	69
Tabela 8 – Relação entre a idade com as características da gravidez e o número de filhos das mães participantes no estudo	70
Tabela 9 – Identificação do número de filhos referente às mães participantes na amostra	70
Tabela 10 – Identificação dos dias de internamento dos filhos dos elementos da amostra mães....	70
Tabela 11 – Relação entre tempo de internamento dos RN e idade das mães participantes no estudo.....	71
Tabela 12 – Relação entre idade das mães e internamentos anteriores em neonatologia.....	71
Tabela 13 – Estatística descritiva das dimensões de relação de ajuda na amostra populacional mães.....	72
Tabela 14 – Estatística descritiva das dimensões de relação de ajuda na amostra populacional enfermeiras	72
Tabela 15 – Teste de U de Mann-Whitney entre dimensões de relação de ajuda e idade das mães.....	73
Tabela 16 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre dimensões de relação de ajuda e habilitações literárias das mães.....	74
Tabela 17 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre dimensões de relação de ajuda e planeamento/vigilância da gravidez	74
Tabela 18 – Teste de U de <i>Mann-Whitney</i> entre dimensões de relação de ajuda e número de filhos	75
Tabela 19 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre dimensões de relação de ajuda e a duração do internamento	75
Tabela 20 – Teste de U de <i>Mann-Whitney</i> entre dimensões de relação de ajuda e internamentos anteriores	76
Tabela 21 – Teste de U de <i>Mann-Whitney</i> entre dimensões de relação de ajuda e idade das enfermeiras	76
Tabela 22 – Teste de U de <i>Mann-Whitney</i> entre dimensões de relação de ajuda e tempo de serviço das enfermeiras.....	77
Tabela 23 – Teste de U de <i>Mann-Whitney</i> entre dimensões de relação de ajuda e tempo de serviço das enfermeiras na neonatologia.....	77

Tabela 24 – Teste de U de Mann-Whitney entre dimensões de relação de ajuda para mães e enfermeiras.....78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Representação esquemática do desenho de investigação	55
--	----

ABREVIATURAS E SIGLAS

BLRI – Barrett-Lennard Relationship Inventory

CHTMAD- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – citado

EP – Erro Padrão

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

K – Kurtosis

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PT – Pré-termo

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

Séc. – Século

SK – Skewness

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UN – Unidade Neonatal

1 – INTRODUÇÃO

No decurso dos últimos anos a enfermagem registou uma evolução ao nível da respetiva formação académica, da complexidade de técnicas e intervenções, da qualidade e eficácia da prestação de cuidados, bem como da dignificação do seu exercício profissional, sendo imperioso reconhecer, verdadeiramente o valor do papel do enfermeiro no seio da comunidade científica de saúde. Só fundamentando a prática profissional em conhecimentos científicos específicos e identificando o seu próprio campo de ação, é que a enfermagem evolui positivamente na prática e nos cuidados de saúde.

A procura pela clarificação do conhecimento e do sentido dos cuidados de enfermagem é uma responsabilidade de todos os enfermeiros, independentemente da área de intervenção. Para isso é necessário questionarmo-nos acerca dos cuidados prestados e, avaliar se estes evoluem a par da sociedade e das investigações que vão sendo realizadas, considerando a prática de enfermagem como um campo de aplicação do conhecimento científico emergente (Amendoeira, 2000).

Ser prestador de cuidados implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação e respeito pelo outro na sua singularidade e cuidar a pessoa em toda a sua globalidade e complexidade (Hesbeen, 2001). Este caminho pode expandir o nosso pensamento, permitir desenvolver novas ideias e abordagens do significado do ser humano, do ser enfermeiro, do estar doente, do cuidar, do ser cuidado e das interações relacionais. Deste modo, os enfermeiros podem escolher métodos que possibilitem o acesso ao mundo subjetivo e interior dos significados pessoais do próprio e da outra pessoa, optando por estudar o mundo interior das experiências e o mundo íntimo do cuidar, em vez de se concentrarem apenas nas técnicas e comportamento externo.

A partir dos anos cinquenta, verifica-se na enfermagem uma tentativa de tomar um novo rumo. Diversos autores vão buscar contributos às várias ciências, como à psicologia humanista, à fenomenologia e ao existencialismo, que estão na base das novas conceções, orientadas para a pessoa, que emergem na disciplina de enfermagem. Do mesmo modo são vários os autores que sentiram a necessidade de clarificar a relação de ajuda entre enfermeiro e utente, uma vez que a relação de ajuda constitui um complemento útil aos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005).

O exercício da atividade profissional exige uma atitude que permita ao profissional responder, em cada momento, às solicitações, sempre diferentes, que a realidade diária nos

coloca. Os seres humanos sempre precisaram de cuidados e a história dos cuidados está inerente à história da enfermagem. Deste modo, paralelamente aos conhecimentos é necessário equacionar e questionar o objeto das nossas ações e as suas características, bem como reconhecer e compreender as manifestações da necessidade de ajuda e enquadrá-las no respetivo contexto.

Segundo Gomes-Pedro (2005), os cuidados de saúde devem orientar-se numa perspetiva que promova uma abordagem que integra o reconhecimento das atitudes e comportamentos das crianças como sendo vitais para a sua saúde, o reconhecimento dos pais como os principais promotores de cuidados de saúde aos seus filhos e o reconhecimento da importância da promoção da saúde e da prevenção da doença, por todos quanto contactam e cuidam das crianças incluindo o ambiente socioeconómico e político.

A área de atuação da enfermagem neonatal é tão vasta quanto a diversidade das atividades de vida e necessidades dos recém-nascidos (RN)/pais, sendo cuidados por profissionais que centram o seu trabalho, por um lado, na saúde e desenvolvimento da criança e, por outro lado, sobre os problemas e as preocupações dos pais (Brazelton e Cramer, 1992). Um bebé não pode existir sozinho, é parte essencial de uma relação. Existe sempre uma interdependência, pois não é lógico pensarmos unicamente num só indivíduo, descrever um bebé implica descrever os pais (Winnicott, cit. por Brazelton e Cramer, 1992).

A filosofia do cuidar em neonatologia valoriza a presença dos pais e a sua participação nos cuidados a prestar ao seu filho, é um cuidar centrado na família. Segundo Heidelise Als, as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), cada vez mais estão despertas para uma mudança dos procedimentos assente em protocolos de cuidados ao RN com base nos seus relacionamentos e sinais comunicativos, promovendo um funcionamento mais adequado, ou seja, cuidados centrados no desenvolvimento do RN (Santos, 2011).

O internamento na neonatologia provoca sempre nos pais uma crise aguda caracterizada por diversos sentimentos (culpa, tristeza, vergonha, medo, hostilidade, sensação de fracasso) aos quais o enfermeiro não é indiferente. Cabe ao enfermeiro identificar as necessidades e preocupações dos pais, proporcionar apoio e desenvolver estratégias que contribuam para a crescente autonomia, adaptação e desenvolvimento do papel parental. Assim, a relação de ajuda é central neste cuidar. Para Phaneuf (2005) esta relação exige capacidades de escuta, de respeito, de aceitação e empatia.

Neste sentido, emerge a vontade e motivação de investigar a temática “Relação de Ajuda”, uma vez que preservar a indissolubilidade do binómio mãe-filho proporciona o

crescimento, o desenvolvimento e a recuperação do RN de forma satisfatória e promove a participação ativa dos pais no processo de hospitalização.

Na procura em conhecer a percepção de mães e enfermeiras em relação ao fenómeno “Relação de Ajuda” nos cuidados de enfermagem, iniciamos este estudo a partir da questão de investigação, “Como percebem as mães e enfermeiras a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas?”. Surgem, então, outras questões complementares à questão central: “De que modo as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães interferem com as dimensões da relação de ajuda?” e “De que modo as variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras interferem com as dimensões da relação de ajuda?”.

Trata-se de um estudo descritivo no qual pretendemos conhecer a percepção da relação de ajuda das mães dos RN internados na Unidade de Neonatologia (UN) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), E.P.E. - Vila Real e das enfermeiras que integram a equipa de saúde dessa unidade, sobre a relação de ajuda face às suas experiências de relacionamento conjunto. Conforme o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem esta relação terapêutica, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente baseada no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, envolvendo a família e as pessoas que lhe são significativas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Deste modo, uma relação só é significativa ou de ajuda se a pessoa percebe nessa relação as qualidades facilitadoras ou atitudes relacionais enunciadas por Rogers (1985); Chalifour (1989); Lazure (1994); Phaneuf (2005), Cibanal (1991) e que, também estão incutidas na abordagem defendida por Barrett-Lennard (1986; 2003), o qual valoriza quatro dimensões da relação de ajuda: *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*, que são as principais variáveis do nosso estudo.

Para dar resposta às questões de investigação formuladas enunciamos os seguintes objetivos:

- Analisar a percepção das mães quanto ao desempenho da relação de ajuda das enfermeiras que cuidam os seus filhos;
- Conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães na sua percepção de relação de ajuda;
- Analisar a perspetiva das enfermeiras sobre a relação de ajuda que estabelecem com as mães dos RN internados;

- Conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras na sua percepção de relação de ajuda;
- Relacionar a percepção de mães e enfermeiras sobre a relação de ajuda que se estabeleceu no decurso da prestação de cuidados de enfermagem.

Para a recolha da informação aplicamos o Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard (1986). Para o tratamento dos dados recorreremos ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21 e na metodologia para o tratamento de dados utilizamos a análise estatística descritiva inferencial.

A estruturação deste relatório final integra duas partes: a primeira refere-se à fundamentação teórica, onde abordamos o cuidar como essência da prática de enfermagem, com referência à história da profissão e dos cuidados, seguido do cuidar na neonatologia e abordagem do papel do enfermeiro na ajuda para a parentalidade; damos relevo à relação de ajuda no processo cuidativo, características da relação de ajuda e descrição do modelo de relação de ajuda de Barrett-Lennard (1986); na segunda parte do trabalho apresentamos as considerações metodológicas, com a descrição dos objetivos, do tipo de estudo e desenho de investigação (no qual constam as variáveis e os participantes no estudo), do instrumento de recolha de dados e dos procedimentos metodológicos e éticos. Segue-se a apresentação, análise e discussão dos resultados e a conclusão, onde se inserem as implicações do estudo.

Os resultados da pesquisa incidem sobre uma realidade concreta do local escolhido para o estudo, podendo proporcionar contributos essenciais e direcionados para a melhoria de competências relacionais dessa realidade.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 – ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA DO CUIDAR HUMANO

Ao longo dos anos, a procura incessante da identidade profissional e do papel específico dos cuidados de enfermagem no sistema de saúde, bem como o reconhecimento da enfermagem como disciplina e profissão originou a abertura de fronteiras, proporcionou campos de intervenção diferentes e novas oportunidades. Deste modo, pensamos ser oportuno proceder ao enquadramento histórico da profissão de enfermagem e evolução dos cuidados.

Durante décadas, em Portugal, o pessoal hospitalar, que prestava cuidados básicos aos doentes, pertencia, originariamente, a ordens religiosas e militares ou a confrarias e irmandades. A história da enfermagem remonta ao Séc. XII (1120/1132) com o aparecimento dos hospitalários, cuja atividade principal foi, sobretudo, os cuidados aos enfermos. A partir de meados do Séc. XVI a administração dos hospitais passou para as Misericórdias e a enfermagem para as mãos das religiosas.

A enfermagem limitava-se à aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões. São João de Deus teve um papel preponderante como precursor das preocupações com a humanização dos hospitais. Tornou-se o padroeiro dos hospitais em 1886 e posteriormente dos enfermeiros em 1930 (Graça e Henriques, 2004).

Segundo os mesmos autores, após a reforma pombalina da Universidade de Coimbra surgiu a necessidade de melhoria na formação dos enfermeiros, pois a fraca formação do pessoal de enfermagem nos hospitais civis era evidente e agravou-se com a extinção das ordens religiosas, em 1834.

Nos finais do Séc. XIX apareceram os primeiros cursos de formação prática em enfermagem nos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto. Esses cursos deram início às primeiras escolas de enfermagem, fundadas já no início do Séc. XX, por iniciativa dos médicos e das administrações hospitalares (Graça e Henriques, 2004).

Com a reforma da legislação dos Hospitais em 1918, a Escola de Enfermeiros passou a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa e foi-lhe atribuído um estatuto vinculado ao ensino técnico e o reconhecimento da Enfermagem como profissão. A demarcação profissional foi progressiva, originou o aparecimento de legislação, do associativismo e das primeiras publicações profissionais, designadas de “ O Enfermeiro Português” e “Arquivo do Enfermeiro” (OE, 2010).

A enfermeira não podia desenvolver qualquer espírito crítico, curiosidade nem questionamento, a prática era baseada em valores como o dever, a obediência e a caridade. Para Collière (2003), essa formação é designada de desenvolvimento do papel moral da enfermeira que assenta nos valores morais e religiosos.

Desde o princípio do Séc. XX até aos anos 40, período caracterizado pelo desenvolvimento do processo de industrialização, em que nasceram novos hospitais e, conseqüentemente deu-se o aumento das escolas para acompanharem este progresso (Costa, 2011).

A década de 50 ficou marcada pela reestruturação no ensino, o Curso Geral de Enfermagem passou de dois anos para três e as escolas adquiriram autonomia técnica e administrativa, mas havia falta de profissionais devido ao baixo salário e à fraca imagem social (OE, 2010). A partir da década de 60, denotou-se uma preocupação na articulação da teoria com a técnica, na clarificação dos princípios científicos de apoio à prática de enfermagem, bem como na necessidade do trabalho em equipa (Costa, 2011).

Na década de 70 surgiram os Centros de Saúde de 1ª Geração e os cuidados de enfermagem abrangeram atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, ampliando assim os cuidados até ao domicílio. Foi dada valorização financeira e social aos profissionais de enfermagem (OE, 2010). Segundo Costa (2011), em Portugal, este período de ênfase na técnica ocorreu em simultâneo com outras alterações sociopolíticas no país, que proporcionaram fortes críticas à tradicional formação ética/moral. A necessidade de respostas adequadas aos problemas de saúde da população impôs cursos de enfermagem com componente formativa humana, técnica e científica.

Em finais dos anos 80 o ensino de enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional e acentuou-se a preocupação sobre humanização dos cuidados, metodologias pedagógicas ativas nas escolas, autonomia da enfermagem, direitos e deveres dos enfermeiros e utentes (Costa, 2011).

Na década de 90 a complexidade dos cuidados a prestar exigiu reforço na formação, nos valores que orientam a prática de enfermagem, na uniformização de conceitos e procedimentos. Também neste período as Escolas Superiores de Enfermagem foram integradas no Ensino Superior, com definição de nova Carreira da Enfermagem estabelecendo as três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria (OE, 2010).

Em 1996 foi publicado, pelo Decreto-Lei n.º 161/96, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), documento que regulamenta a profissão, clarificando conceitos, intervenções, funções, direitos e deveres dos enfermeiros. Posteriormente foi

criada a Ordem dos Enfermeiros como associação profissional de direito público, através do Decreto-Lei n.º 104/1998 com a finalidade de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem, regulamentar e controlar o exercício da profissão e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, com publicação dos estatutos que consagram o Código Deontológico dos Enfermeiros. Deste modo, estabeleceram-se condições para a consolidação responsável da autonomia da profissão de enfermagem.

Na década de 2000-2009 a OE definiu as Competências do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade em Enfermagem (OE, 2001) e iniciou a alteração no Modelo de Desenvolvimento Profissional. Na sequência da assinatura da Declaração de Bolonha ocorreu a reestruturação de todo o Ensino Superior (OE, 2010). Em 2006 a OE publicou a versão Portuguesa da CIPE 1.0 (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem), instrumento de trabalho que permite uma linguagem científica, comum e uniformizada, dando visibilidade e a melhoria da qualidade aos cuidados de enfermagem. Em 2011 é publicada a nova versão portuguesa CIPE 2. Este instrumento permite clarificar conceitos, identificar diagnósticos, planear intervenções de acordo com as necessidades e avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Atualmente reestrutura-se a carreira profissional, impõe-se o novo modelo de avaliação de desempenho dos enfermeiros e permanece a consciência da importância da formação pessoal e profissional como pilar fundamental no cuidar.

Em suma, a história da enfermagem, ainda que não descrita, exaustivamente, neste documento, é rica em acontecimentos marcantes que suscitam alguma clarificação sobre o cuidar e a caracterização dos cuidados de enfermagem.

2.1 – O CUIDAR COMO ESSÊNCIA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

De acordo com o exposto o desenvolvimento da profissão e dos enfermeiros foi influenciado por processos de aprendizagem ao longo das épocas, incluindo a formação académica e profissional, traduzida numa prática de cuidados diferenciada com percursos diversos. A enfermagem assume-se como ciência, baseada em conhecimentos múltiplos e noutras disciplinas cujo contributo para a promoção da saúde do indivíduo/família/comunidade é inegável (Queirós, 1999).

Vários autores e investigadores (Chinn & Kramer, 1999; Benner, 1984; Bishop & Sudder, 1991; Collière, 1990) atribuem centralidade à prática, consideram a base da enfermagem o saber prático e o seu papel, mas reforçam a sua função primordial na construção e desenvolvimento do corpo de conhecimentos específicos da disciplina

(Lopes, 2006). A enfermagem sofreu influência de correntes teóricas, surgiram diversos modelos que contribuíram para os enfermeiros desenvolverem o domínio dos conhecimentos que orientam a prática de cuidados e servem de guia para a formação, a investigação e a gestão dos cuidados de enfermagem.

Tal como Hesbeen (2000) refere, o processo de cuidar não se inscreve apenas numa teoria nem resulta de um modelo. Na mesma perspetiva, Kérouac et al. (1996) defende que os modelos conceituais refletem a riqueza do pensamento em enfermagem que está em constante evolução e as diferentes escolas dão ênfase a diversos elementos e teorias, permitindo clarificar em que consiste a disciplina de enfermagem, ou seja servem para ajudar à compreensão e à definição do projeto de cuidar.

Na perspetiva de Watson (2002) o cuidar é descrito como o ideal moral, que envolve uma filosofia de compromisso pessoal, social e moral direcionado para a proteção, respeito e preservação da dignidade humana em que o fenómeno saúde/doença exige uma abordagem conceitual ampla. Esta abordagem reside na relação entre duas pessoas, a prestadora de cuidados e a beneficiária desses cuidados, proporcionando como resultado terapêutico o bem-estar.

Collière (2003) remete-nos para a complexidade do processo de cuidar e refere que os cuidados são uma prática inspirada nas mais antigas sabedorias da vida que teceram modos de fazer, costumes que se ritualizaram gerando crenças e tradições. Para a autora os cuidados baseiam-se numa ampla conceção e dimensão não se limitam unicamente a cuidados curativos ou de reparação, mas essencialmente a cuidados indispensáveis à manutenção da vida, a que a autora designa de cuidados quotidianos e habituais.

Segundo Chalifour (1989) o cuidar é prestar atenção à pessoa como um todo em interação com o ambiente. Este autor reconhece que o cuidar não tem sentido sem a presença de um elo significativo entre quem cuida e quem é cuidado e implica abertura mútua. A enfermeira deve possuir habilidades e conhecimentos que lhe garantam desenvolver, concretizar e valorizar o cuidar na estrutura dos cuidados, independentemente do contexto em que a exerce a ação.

Numa prática de cuidados, em que se pretende respeitar verdadeiramente a pessoa em qualquer situação, utilizando recursos, competência profissional e intervenções adequadas e capazes de contribuírem para o bem-estar não se pode separar o científico da subtilidade da arte (Hesbeen, 2001). Depreende-se que cuidar centra-se num todo indivisível e coerente, em que se relacionam todas as dimensões da pessoa, cuja expectativa face aos cuidados de enfermagem depende da perceção, vivências, fatores educacionais, culturais e espirituais de cada um (Ferreira, Pontes, Ferreira, 2009).

O cuidar em enfermagem é uma prática que se constrói na interação enfermeiro-utente com a intenção de contribuir para o bem-estar ou diminuir o sofrimento (Basto, 2009). Este cuidar pressupõe ser científico/profissional, orientado para a pessoa como ser único, com a sua história e experiência de vida. Nesta perspectiva o cuidar pode ser descrito como um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada por abertura, compreensão e confiança (Ferreira, et al., 2009)

O processo de cuidar visa a excelência do saber, do fazer e do saber ser próprio, exige a mobilização de conhecimentos e habilidades a realidades concretas, sendo uma construção central do desenvolvimento da enfermagem como ciência humana (Lopes, 2006). Deste modo, conciliar o contributo dos saberes empíricos com os diversos conhecimentos técnicos, científicos e relacionais nas nossas intervenções é um desafio diário.

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica, fundamentarem a interação enfermeiro/utente, indivíduo, família, grupos e comunidade e estabelecerem uma relação de ajuda com o utente (Decreto-Lei n. 161/96). Assim, cuidar terá verdadeiro sentido se o enfermeiro mobilizar todos os conhecimentos não apenas técnicos, mas também no âmbito relacional para que desenvolva com plenitude as suas competências e o seu papel autónomo, em que enfermeiro e utente são parceiros ativos no processo de cuidar.

Cada vez mais estas competências são requisitos essenciais para uma prestação de cuidados com qualidade e uma exigência dos processos de certificação. O papel do enfermeiro, como principal prestador de cuidados da equipa de saúde, destaca-se pelas intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica, a qual permite elaborar protocolos e construir *guidelines* que fundamentam a prática.

O processo cuidativo em enfermagem de saúde infantil e pediatria é centrado no binómio criança/família no qual o enfermeiro promove, apoia e orienta os cuidados de enfermagem, sendo os pais/família os parceiros no cuidar.

Oliveira (2008), num estudo sobre “Respostas de Mães e Enfermeiras a Procedimentos Dolorosos em Pediatria” constata que, para as enfermeiras participantes no estudo, cuidar em pediatria significa muito mais que tratar, é um cuidar centrado na família e em parceria, estabelecendo uma relação de ajuda com a díade, respeitando a cultura, em que prestam cuidados técnicos mas também relacionais por excelência, valorizando a criança como um todo unificado e a presença da família como fulcral, assegurando cuidados de conforto e afeto

Esta perspetiva enquadra-se na nossa conceção do cuidar e no sentido de dar relevo à nossa atividade diária, abordaremos de seguida o cuidar no RN hospitalizado na neonatologia.

2.2 – CUIDAR EM NEONATOLOGIA

O cuidar neonatal requer um papel específico, integra múltiplas intervenções, atos técnicos e uma imensidão de pequenas coisas (palavras, gestos, atitudes) que dão sentido à vida e que fazem toda a diferença na relação do cuidar, pois o enfermeiro centra a sua intervenção nos cuidados ao RN e indissociavelmente nas necessidades e preocupações dos pais, implica sempre díade mãe/filho como centro do cuidar, compreende a inclusão dos pais, envolvimento e parceria nos cuidados.

Com o reconhecimento dos problemas específicos dos RN surge a Neonatologia, área da Pediatria dedicada ao estudo dos RN até aos 28 dias de vida. Em Portugal as primeiras unidades de cuidados especiais datam de 1970 apesar do aparecimento deste conceito já ter surgido nos Estados Unidos da América nos anos 60 (Lopes, 2009).

Os cuidados de enfermagem nas unidades neonatais regem-se pelos princípios da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), baseados numa filosofia própria, reconhecendo a família como uma presença contínua na vida da criança, bem como a diversidade das estruturas e culturas familiares. Tal como refere Mano (2002), a família exerce o papel principal no desenvolvimento da criança, de suporte afetivo e mediadora entre ela e o mundo externo. Por isso, os pais são um elemento fundamental na equipa.

Nos últimos anos a vivência dos pais nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem-se revelado foco de estudo e reforça a importância de valorizar a família nos cuidados de enfermagem e de a ajudar nesse período de crise (Rodrigues, 2010).

O modelo de parceria de cuidados proposto por Anne Casey defende uma abordagem holística do ser humano, que contribui para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, em que os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, por isso, os pais são os melhores cuidadores da criança, pois são quem melhor a conhece (Casey, 1993).

Este modelo implica a existência de uma profunda relação enfermeiro/família que é facilitada pela metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, com partilha de competências entre a família e o enfermeiro através da negociação, que conduz a um plano

de cuidados combinado mutuamente, mas sempre no respeito pela família, suas necessidades e desejos (Ferreira e Costa, 2004).

Rodrigues (2010) realizou um estudo exploratório numa UCIN, no âmbito dos cuidados em parceria e centrados na família, no qual verificou a existência de aspetos positivos, designadamente o elevado sentido de competência dos pais nos cuidados ao RN, o seu elevado nível de satisfação com os cuidados de enfermagem e a reflexão dos enfermeiros sobre as práticas realizadas. Assim, a parceria implica partilha de conhecimento e de recursos para que profissionais de saúde e pais se tornem mais capazes e confiantes, pois a permanência na unidade de cuidados é temporária e mais tarde os pais assumirão todos os cuidados do seu filho em casa.

Este tipo de atuação é reforçada pelo Decreto-Lei n. 161/96, segundo o qual o enfermeiro juntamente com o utente e família desenvolve processos de adaptação eficazes e necessários à continuidade do processo de cuidados de enfermagem, ao planeamento da alta e a otimização das capacidade do utente e família através de ensino, instrução, treino e supervisão do utente e/ou família.

Num estudo de caso descritivo e exploratório realizado por Amaral (2009) sobre “a visão das enfermeiras na parceria de cuidados com os pais de RN prematuros” internados numa UN são descritos pelas enfermeiras fatores motivadores e fatores inibidores para a implementação da parceria. A autora constatou que os pais participaram nos cuidados cuja exigência técnica era menor (*cuidados quotidianos* ou *familiares*), sendo os restantes cuidados, os mais especializados (*cuidados de reparação* ou *de enfermagem*), praticados, na sua maioria, pelas enfermeiras. Realça para a importância do plano de cuidados negociado entre enfermeiros e pais, uma vez que não observou essa negociação neste estudo, para que os pais se sintam parte integrante do processo de cuidar do RN.

Neil (1996), também defende que os pais para além de quererem estar envolvidos nos cuidados aos seus filhos querem decidir sobre a extensão desse envolvimento (Cardoso, 2010). Por esta razão, pensamos que cabe aos enfermeiros a iniciativa de falar sobre os cuidados no ambiente hospitalar, avaliar e respeitar a vontade dos pais na participação.

Os benefícios dos cuidados em parceria, tanto no utente em geral, como na enfermagem neonatal em particular são apontados por vários autores (Batalha, Franco e Matos, 1999; Mano, 2002; Ferreira e Costa, 2007) e são diversos os estudos nesta área, mas alguns resultados ainda demonstram alguma renitência dos enfermeiros em incluir os pais nos cuidados ao recém-nascido pré-termo (RNPT), alegando razões como a instabilidade do RN e a incapacidade e insegurança dos pais (Amaral, 2009).

Nos últimos anos a taxa de mortalidade infantil mantém a tendência decrescente devido aos progressos no diagnóstico, nas técnicas de tratamento e na promoção da qualidade nos serviços existentes (DGS, 2009).

Com o contributo da engenharia à medicina, surge todo um apoio tecnológico, essencial à sobrevivência do RN, nomeadamente a incubadora, a monitorização cardiorespiratória e o apoio ventilatório, entre outros. Esta melhoria conduz a uma preocupação pelo bem-estar presente e futuro do RN, que é um ser ativo, perspetivado como parceiro social, único e competente, capaz de se integrar no meio, assumindo progressivamente comportamentos complexos de integração em interação com o ambiente que o rodeia, possuindo competências e capacidades motoras e perceptivas, nomeadamente, visão, audição, olfato, gosto, tato, atividade motora, expressão facial e o sorriso (Gomes-Pedro, 2005).

“A construção da felicidade passa pelo respeito da individualidade de cada RN, pela necessidade de partilhar com os pais a descoberta das suas diferenças individuais” (Brazelton cit. por Gomes Pedro, 2005, p. 542). Para isso, os pais devem ser capazes de centrar a esperança nos sinais positivos e nos progressos individualizados do seu filho (Brazelton e Cramer, 1992).

O conhecimento sobre a organização neurológica e comportamental do RN, as pistas verbais, os ciclos de atenção/desatenção revelam-se muito úteis para quem os cuida. A prestação de cuidados de enfermagem no contexto neonatal, como já referimos, deve ser complementar aos cuidados prestados pelos pais, ajudando-os a encontrar respostas para as necessidades do filho. Assim, as estratégias educacionais desenvolvidas devem ser adaptadas a cada família, tendo em conta a sua unicidade e património cultural (Gomes-Pedro, 2005).

As Unidades de Neonatologia e UCIN cada vez mais recebem RNPT, onde permanecem durante um longo período de tempo, submetidos a intervenções médicas e de enfermagem, com recurso a altas tecnologias para se assegurar a sua sobrevivência (Amaral, 2009).

A realidade destas unidades influencia o desenvolvimento neurofisiológico, neuropsicológico, psicoemocional e psicossocial. Geralmente não proporcionam cuidados de saúde adaptados ao ritmo circadiano dos RN que são expostos a vários eventos stressantes: ruído, iluminação constante e intensa, manipulação frequente, interrupção do sono, procedimentos invasivos dolorosos, diminuição da interação social, provocando efeitos no cérebro e por vezes alterações no desenvolvimento (Als, 2009, cit. por Santos, 2011).

O RNPT ou doente requer cuidados específicos, efetuados por profissionais experientes da equipa multidisciplinar, e um ambiente adequado. Daí a importância de uma abordagem centrada no cuidar de modo a promover a integridade do desenvolvimento do RN, fomentar a sua estabilização, organização e competência.

No sentido de responder às preocupações do impacto negativo do ambiente das UCIN nos RNPT, Heidelise Als no início dos anos 80, desenvolveu o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que consiste numa abordagem comportamental individualizada para adequar os cuidados com base na informação recebida, promover ambiente tranquilo e centrar os cuidados na família (Santos, 2011).

O NIDCAP defende que o RN é capaz de transmitir através do seu comportamento a informação necessária sobre as suas capacidades, mas compete aos cuidadores adotar as medidas adequadas de modo a facilitar a aquisição das competências neurocomportamentais (Oliveira et al., 2008). Segundo Cole (1995), este programa deriva da Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton e visa avaliar cinco áreas do funcionamento neurocomportamental do bebé: o sistema autónomo, o sistema motor, os estados de consciência, as capacidades de atenção e de interação e as capacidades autorreguladoras (Amaral, 2009).

Este programa inclui diferentes estratégias para modificar o ambiente extrauterino: coordenação, avaliação, redução do ruído e da luminosidade, diminuição das manipulações ao RN, agrupamento de procedimentos, consistência no cuidar, posicionamento adequado, suporte individualizado para a alimentação, contacto pele a pele e conforto para a família (Santos, 2011). Esta abordagem implica envolvimento efetivo de todos os que interagem com o RN e família, modificação a nível do ambiente das unidades, estruturação dos cuidados baseados na individualização de cada RN e na relação de cooperação com RN e família, treino com acompanhamento dos profissionais, redes de comunicação entre equipa multidisciplinar, reflexão constante sobre os cuidados prestados e apoio institucional, estando por isso implementado em poucas unidades nacionais.

Segundo Santos (2011) as evidências não são conclusivas sobre se este é o modelo ideal de cuidados, mas é seguramente vantajoso no funcionamento do RN.

Sintetizando, podemos afirmar que o enfermeiro constitui o elemento principal no estabelecimento de uma relação interpessoal com todos os que estão envolvidos no cuidado ao RN e sua família, tendo como finalidade estabelecer uma relação de ajuda que contribua para o bem-estar, atenuar ou solucionar as dificuldades independentemente da situação clínica do RN. Neste sentido, parece-nos pertinente realçar o papel deste profissional na promoção da parentalidade e dedicarmos o próximo subcapítulo.

2.3 – PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DA PARENTALIDADE

A ESIP valoriza o papel parental, mas cabe ao enfermeiro definir estratégias no sentido de integrar os pais na participação dos cuidados, identificar as suas necessidades de aprendizagem, como facilitar essa aprendizagem, quais as intervenções que podem e/ou querem realizar. Neste contexto, é relevante identificar o tipo de competências a serem desenvolvidas e os fatores que as influenciam.

O nascimento de um filho implica grandes mudanças e tem um enorme impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos. Geralmente é um momento desejado e esperado que desencadeia um processo irreversível que modifica decisivamente a identidade, os papéis e funções dos pais e de toda a família, necessitando de tempo para adaptação, durante o qual o RN ocupa o seu espaço e se redefinem as relações entre os membros da família (Colman e Colman, 1994). Este período de transição para a parentalidade é essencial no ciclo de vida familiar, geralmente integra experiências enriquecedoras e motivadoras, ainda que exija esforço físico e psicológico excessivo (Magalhães, 2011). De acordo com a CIPE, do Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), parentalidade é o assumir responsabilidades de ser mãe e/ou pai através de comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar.

No desejo de serem pais é importante o modo como o casal imaginou o projeto de vida familiar, o significado e a representação da função parental. Cada um dos elementos do casal traz consigo uma dupla definição de parentalidade que corresponde à representação dos modelos maternal e paternal aprendidos e vivenciados em criança, na sua família de origem. Assim, a parentalidade resulta da articulação desses quatro modelos. O nascimento dá aos pais a possibilidade de reviverem a sua própria história, pois cada um posiciona-se no lugar do RN e projeta motivações conscientes e inconscientes. Confrontam o RN real com o RN imaginado e idealizado. O seu aspeto físico, comportamentos, choro, padrão de sono têm que ser aceites e integrados na ideia que constroem sobre aquele filho (Bayle, 2005).

A família e sua funcionalidade são o pilar fundamental para um bom equilíbrio pessoal e social. O RN surge como elemento unificador das gerações, aciona oportunidades para estreitar laços e o envolvimento em objetivos comuns. O apoio prestado pelos avós ou por outros elementos significativos, com relação de proximidade com a família, se concedido adequadamente, de forma sensível em termos de suporte emocional (amor, aceitação, atenção e cuidados) e instrumental (ajuda financeira, conselhos, apoio nas tarefas domésticas ou nos cuidados ao RN) é benéfico, tornando-se um fator positivo na adaptação dos novos pais à parentalidade. Porém, pode ser prejudicial se prestado em excesso,

fornecido sem sensibilidade e de modo intrusivo, resultando em conflito e mal-estar (Sampaio, 2008).

Vários autores defendem que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade, inerentes aos papéis associados a homens e mulheres, as maiores exigências e dificuldades em conciliar os cuidados à criança e as tarefas profissionais são sobretudo maternas, quer nas dimensões das tarefas práticas diárias, quer na sua centralidade emocional e cognitiva (Canavarro e Pedrosa, 2005). Gomez (2005) salienta que uma abordagem comparativa entre homens e mulheres enfraquece o sentido completo e complexo da parentalidade. Moreira (2007), no seu estudo sobre a experiência de cuidar e o género, verificou que os homens estão cada vez mais envolvidos nos cuidados, partilhando, com as mães, responsabilidades e preocupações (Cardoso, 2010).

É neste sentido que os enfermeiros podem ser agentes dinamizadores das aprendizagens indo de encontro às motivações e necessidades individuais e familiares, pois cada família tem necessidades diferentes e por isso tem que ser acompanhada de forma individualizada. Também Kenner (2001) defende que as intervenções com as famílias dos RN devem incidir em fornecer informação, reforçar sistemas de apoio, treinar habilidades na prestação de cuidados ao RN e promover a vinculação.

O RN antes de nascer já existe na cabeça dos pais e no corpo da mãe, iniciando a pré-história da vinculação. A vinculação é um processo gradual de envolvimento afetivo que se estabelece e constrói desde a gravidez, parto e pós-parto, privilegiando os primeiros momentos do nascimento em dependência com determinadas competências interativas do RN, ou seja é a forma como a mãe/pai/bebé vão estabelecer a relação, como vão expressar os laços afetivos (Figueiredo, 2005).

Do mesmo modo, Askin (2011) defende que o vínculo é um processo cumulativo com início antes da concepção, fortalece-se por eventos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contato mãe-filho durante o período neonatal e primeira infância. Nos estudos de Belsky (1999) e Soares (2001) este período traduz a capacidade parental de proporcionar cuidados indutores de segurança, compreender as características individuais do RN e estabelecer interações sólidas, mesmo em contextos adversos (Figueiredo, 2005). Este é o período mais rápido do desenvolvimento humano e o mais vulnerável, pois a criança está totalmente dependente do meio circundante, mas apta para estabelecer as bases do desenvolvimento emocional, cognitivo e social futuro. Este processo não é linear, pois é condicionado por um conjunto de fatores relacionados com condições parentais e situacionais que poderão facilitar ou dificultar o estabelecimento do processo de vinculação (Figueiredo, 2005).

Segundo Brazelton e Cramer (1992) foi Jonh Bowlby que ao desenvolver e elaborar a teoria da vinculação deu um contributo inegável para os estudos até hoje realizados nesta área. A teoria postula a necessidade humana universal dos indivíduos desenvolverem ligações afetivas de proximidade ao longo da vida, de modo a adquirirem segurança, permitindo-lhes explorar com confiança o ego, os outros e o mundo.

O RN apresenta competências vinculativas, como sugar, chorar, agarrar, seguir com o olhar, sorrir, que desencadeiam nos pais ações de interação que reforçam o comportamento do RN, conferindo-lhe confiança e estímulo para desenvolver novas aquisições, desde que as respostas dos pais sejam eficazes e as adequadas aos pedidos de proteção e segurança do RN (Bowlby, cit. por Bayle, 2005).

Alguns estudos revelam que no processo de vinculação materna interferem variáveis sociodemográficas, fatores biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados com a gravidez, parto, pós parto imediato e as condições de saúde relativas ao RN (Figueiredo, 2005).

No estudo de Magalhães (2011), sobre a vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança, verificou-se que a hospitalização da criança foi um evento crítico para os pais, que originou mudanças e alterações nas suas vidas, mas essa adaptação foi feita com sucesso. Durante esse processo contribuiu como fator facilitador a equipa de enfermagem, com quem os pais estabeleceram uma relação de proximidade e confiança, o envolvimento nos cuidados, a aprendizagem de novos conhecimentos e de competências relacionados com a doença do seu filho.

Quando o RN, logo após o nascimento, necessita de cuidados especiais e consequentemente é internado numa UN esta separação física da mãe pode prejudicar a capacidade em assumir os papéis parentais. Este acontecimento pelo facto de ser frequente e recorrente na nossa atividade profissional carece de uma abordagem, ainda que ampla, mas sem descurar a utilização de estratégias de apoio e ajuda aos pais, neste processo de adaptação mútua.

Entrar numa neonatologia pela primeira vez pode ser um choque para os pais, pelo facto do seu filho ser prematuro ou estar doente. Geralmente é um momento marcante, também pelo ambiente estranho, desconhecido e por vezes até assustador, sendo determinante a forma como são acolhidos pela equipa de saúde. O reconhecimento e reforço dos aspetos positivos do comportamento dos pais e as interações com o seu filho devem ser enfatizados pela equipa de saúde de forma a encorajar os pais na aproximação, no contato e na participação dos cuidados ao RN de modo a estabelecerem laços afetivos (Askin, 2011).

Hesbeen (2000) afirma que o enfermeiro não pode separar as necessidades do doente das dos seus familiares, sendo imprescindível estabelecer uma relação de ajuda eficiente ao longo da prestação de cuidados. Os pais querem manter o seu papel, cabe aos enfermeiros serem os impulsionadores deste processo ajudando-os a integrar a informação de forma consistente e em tempo oportuno.

Os enfermeiros possuem um papel privilegiado, identificando, reconhecendo e promovendo as capacidades dos pais para cuidarem do seu filho, abstendo-se de juízos de valor como fundamento para o estabelecer de relação empática e de confiança. Só assim será possível incrementar a presença dos pais junto dos seus filhos o maior tempo possível, durante o internamento na unidade, uma vez que é prática de muitas unidades proporcionar o alojamento conjunto. Reis (2007) e Cardoso (2010), ao explorarem as expectativas dos pais face à hospitalização dos filhos, constataram que os pais manifestam necessidade de sentirem a confiança dos enfermeiros para cuidarem do próprio filho e valorizam a sua presença na dinâmica da prestação de cuidados, o que corrobora a nossa perspetiva de que a ação do enfermeiro, no âmbito da parentalidade, centra-se frequentemente no desenvolvimento de competências e habilidades dos pais, na melhoria do comportamento interativo e das aprendizagens, na promoção da amamentação para que no momento da alta clínica se sintam aptos a cuidar do RN de forma autónoma e responsável.

Os cuidados desenvolvidos são fundamentais para ajudar os pais nesta fase inicial intervindo sempre no reforço da interação com o RN, mobilizando os conhecimentos acerca das competências de ambos, promovendo a otimização dos fatores que potenciam o desenvolvimento e que poderão ser satisfeitos pelos pais, não só a satisfação das necessidades básicas, mas também as relações afetivas contínuas, a proteção física e a segurança (Silva et al., 2006).

Com a utilização de estratégias de comunicação assertiva e disponibilidade da equipa multidisciplinar, apoio e informação, consegue-se a adaptação e colaboração dos pais, incluindo-os sistematicamente na prestação dos cuidados de forma positiva (Magalhães, 2011).

Acreditamos que a ação de informar deve fazer parte da prática quotidiana da enfermagem, pois dessa forma melhora o padrão de atuação dos pais e minimiza a sua ansiedade frente à hospitalização do filho. Quando os pais estão devidamente informados sobre as normas, os procedimentos, o diagnóstico, o prognóstico e integrados nos cuidados ao filho, aumenta a capacidade para superar a experiência do internamento, acompanham de perto o seu filho e são mais abertos na exposição das suas dúvidas. Igualmente, Reis

(2007), na investigação que efetuou identificou a necessidade dos pais estarem informados, quer diretamente pelos profissionais de saúde, quer pela divulgação de folhetos.

O desenvolvimento do papel parental exige aprendizagem e desenvolvimento de competências, no sentido dos pais se tornarem os principais responsáveis pelos cuidados e bem-estar do seu filho e cabe ao enfermeiro a estratégia de promoção da saúde, a transmissão de conhecimentos e o contributo para o desenvolvimento dessas competências parentais. O papel do enfermeiro, além de mediador e educador, em que apoia, orienta, fornece informações, no sentido de aumentar os conhecimentos dos pais, capacitando-os para o cuidado ao seu filho, como forma de os fazer sentir capazes e competentes também é de parceiro que estabelece com estes pais uma verdadeira relação de ajuda.

Na perspetiva de Watson (2002), a relação de ajuda é a essência, um meio poderoso de intervenção e um elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem, que deu mote ao nosso estudo e que iremos explorar no capítulo seguinte.

3 – RELAÇÃO DE AJUDA

A relação de ajuda, no contexto do cuidar, é um elemento primordial para que o enfermeiro fundamente tanto do ponto de vista científico e técnico como nas dimensões relacional e ética as suas intervenções interdependentes e autónomas. Vários autores consideram que a relação de ajuda é fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes e defendem que a prática do profissional no cuidar seja centrada na relação de ajuda e os cuidados devam encontrar uma base sólida em todas as dimensões da relação de ajuda.

3.1 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO CUIDATIVO

Como vimos ao longo da abordagem do cuidar ao RN/pais como foco do nosso desempenho e prestação de cuidados diários, o processo de cuidar não é linear, exige avaliação e intervenção constantes e em simultâneo, que resultam da atenção global à pessoa e das respostas às situações de saúde que está a vivenciar. Nesta perspetiva, o cuidar pode ser descrito como um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada por abertura, compreensão e confiança (Moniz, 2003 cit. por Ferreira et al., 2009).

Para Gomes-Pedro (2005) é primordial entender o funcionamento humano nas várias vertentes (biológico, psicológico, social, cultural e moral), mas também como um todo feito de harmonia, casualidades e direitos, bem como reconhecer a importância das emoções e dos afetos, da comunicação, dos riscos e frustrações, da diferença, da empatia, das forças e vulnerabilidades, da relação, do ambiente, do caminho para garantir a dignidade merecida a cada RN, criança, jovem e família, proporcionando experiências, oportunidades, cuidados e o amor a que têm direito e assim se poder implementar adequadamente o processo cuidativo.

O exercício profissional da enfermagem é caracterizado pela relação interpessoal, relação humana estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Tanto o enfermeiro, como o destinatário dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual resultante dos diversos fatores e condições em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro deve distinguir-se pela formação e experiência que lhe permite compreender, respeitar e dignificar os outros numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor.

Vários autores referem a relação de ajuda como um método de intervenção terapêutica, baseando-se essencialmente no respeito, na liberdade de escolha e nas capacidades intrínsecas de cada pessoa. Cibanal (1991) define a relação de ajuda como o intercâmbio humano e pessoal entre dois seres humanos, no qual um dos participantes apreende as necessidades do outro ajudando-o a entender a situação que vivencia, a reconhecer, a aceitar, a enfrentar e a descobrir outras opções. Assim, o enfermeiro de neonatologia poderá ajudar com mais certezas e proporcionar aos pais o desenvolvimento de ações mais adaptativas à situação de internamento do filho.

Bremejo (1998) refere que o objetivo do estudo da relação de ajuda é aumentar a competência relacional e, nesta linha de pensamento, defende a utilização eficaz dos diversos elementos constituintes da competência. Ou seja, a utilização de um conjunto de conhecimentos designados de “saber”, a capacidade em utilizar esses conhecimentos na prática através da destreza e habilidades (“saber fazer”) e aplicação de um conjunto de atitudes que permitem estabelecer adequadamente uma relação com aquele que necessita de ajuda (“saber ser”). Para ajudar é necessário essencialmente uma sólida formação teórico-prática mas também a integração do saber, convertendo-o numa aptidão e capacidade inerente à pessoa. “ *La ayuda no es sólo una técnica adquirida, sino también una forma de vivir*” (Cibanal,1991, p. 2). A relação de ajuda entre enfermeiro/utente para este autor deve conter características específicas:

- Ser uma ajuda concreta que se estabelece entre duas pessoas num determinado período de tempo, com a finalidade de potenciar a autonomia;
- Ser uma ajuda assente na liberdade e crescimento pessoal, não punitiva nem reeducativa, pretendendo que o utente encontre os meios para crescer, desenvolver-se e superar as crises;
- Ser uma ajuda eficaz atendendo aos objetivos que o utente definiu e à colaboração do enfermeiro;
- Ser uma ajuda mediada pela escuta e pelo diálogo, baseada na partilha das realidades de vida dos intervenientes do processo.

Para Phaneuf (2005), a relação de ajuda em enfermagem preserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, assente numa filosofia holística em que todas as dimensões da pessoa são valorizadas. O enfermeiro no contacto com a pessoa deve manifestar aceitação e respeito para estabelecer uma relação significativa e calorosa, resultando numa cumplicidade terapêutica, numa procura em proporcionar crescimento, desenvolvimento, maturidade ou seja, melhor capacidade de enfrentar a vida.

Nesta vertente humanista, a relação de ajuda com o outro é primordial, uma vez que a mesma além de contribuir para restabelecer a saúde também é benéfica para a autorrealização da pessoa cuidada. O estabelecimento desta relação caracterizada pela escuta, pela comunicação, pela partilha e pela compreensão contribui para a pessoa cuidada aliviar a ansiedade, libertar as emoções e superar as dificuldades através da serenidade e do amor pelo outro, em que os dois intervenientes reconhecem-se e respeitam-se como seres humanos iguais (Phaneuf, 2005).

Segundo Brammer (1975, cit. por Lazure, 1994), relação de ajuda é uma relação na qual quem ajuda fornece ao outro certas condições necessárias à satisfação das necessidades básicas. É uma relação pessoal, centrada no cidadão e dirigida para a concretização de objetivos, onde se procura que o indivíduo encontre a sua autonomia.

A preocupação de Lazure (1994) não foi desenvolver um modelo de relação de ajuda para a enfermagem, mas, em primeiro lugar, identificar as qualidades no âmbito da ajuda, necessárias para na prática o profissional encontrar a forma de as adquirir e desenvolver através de uma vivência experienciada. Considera que na medida em que o enfermeiro vai desenvolvendo capacidades de escuta, de respeito, de congruência, de empatia e de confrontação consigo próprio é que consegue desenvolvê-las com o outro. Esta autora dá relevo ao processo formativo do enfermeiro, refere que deve contemplar o desenvolvimento pessoal desde a sua formação de base, passando por um processo de autoconhecimento e de desenvolvimento da sua maturidade, de modo a conseguir estabelecer uma relação empática, autêntica e coerente com quem recebe os seus cuidados.

Chalifour (2008) aborda a relação de ajuda no contexto do cuidar em enfermagem numa perspetiva da psicologia holística-humanista sob influência da filosofia personalista. A autora define pessoa como “um sistema aberto que possui características biológicas, cognitivas, emotivas, sociais e espirituais interrelacionadas e em constante interação com o ambiente” (p. 48). A fusão destas características faz de cada pessoa um indivíduo distinto e único, apesar de todos partilharem características e particularidades, determina igualmente o modo de expressar a necessidade de ajuda e as suas expectativas. Deste modo, estabelecer uma verdadeira relação de ajuda implica que o enfermeiro dê atenção à pessoa na sua totalidade, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais, pois quando uma componente da pessoa é perturbada, a totalidade da mesma é afetada (Chalifour, 2008).

Para a autora “o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência” (2008, p. 7). A formação, a aquisição de novos conhecimentos, as experiências de vida, as experiências profissionais e a evolução

do próprio contexto, determinam o modo singular do enfermeiro construir e conceber a relação. Esta intervenção requer, por parte do enfermeiro, um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar (Chalifour, 2008).

A relação de ajuda, geralmente, desenvolve-se em situações específicas, emocionalmente difíceis, carregadas de grande sofrimento ou indecisão. Segundo Rispail (2002) este processo exige ao enfermeiro compromisso enquanto pessoa e enquanto profissional. A adoção de uma atitude reflexiva do conhecimento profundo de si próprio e compreensão das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus receios, permite-lhe tomar consciência dos seus mecanismos de projeção e de defesa, adquirir autenticidade e confiança que lhe possibilita melhorar a qualidade dos cuidados que presta. O enfermeiro que se preocupa com o seu desenvolvimento tem um desejo de se conhecer melhor, de evoluir, de comunicar melhor, de manter e estabelecer as relações mais satisfatórias.

Inserindo-se na corrente da Psicologia Humanista Carl Rogers desenvolveu inúmeros conceitos no decorrer da sua carreira terapêutica, onde se destaca a *Abordagem Centrada na Pessoa* que tem como característica o caráter científico do seu desenvolvimento, que vê o ser humano dotado de liberdade e de poder de escolha. Traz para a psicoterapia uma diferente perspetiva do Homem e, conseqüentemente, uma nova abordagem da relação terapêutica, não-diretiva. Esta abordagem é “encarada não como um dogma ou verdade, mas como um estabelecimento de hipóteses, como um instrumento ao serviço dos progressos do nosso conhecimento, como uma perspetiva aberta e auto crítica” (Rogers, 1985, p. 219).

O mesmo autor define relação de ajuda como uma situação na qual um dos participantes procura promover nele, ou no outro, ou em ambos o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e um melhor funcionamento dos recursos internos latentes no indivíduo através da expressão e apreciação, aumentando a capacidade de enfrentar a vida. Nesta relação o enfoque está na pessoa e não no problema. Neste sentido, a função do profissional não é de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução da situação/problema, consiste antes em ajudar, sem influenciar com a sua opinião, a pessoa, que pede ajuda, a descobrir dentro de si, a resposta ou a solução que naquele momento é a adequada e a coerente com o seu modo de estar e ser. Esta atitude de respeito pela pessoa exige acreditar nas suas capacidades e cabe ao profissional abster-se de sugerir, de orientar, de analisar ou de emitir julgamentos sobre a pessoa, procurando criar um clima ameno, de confiança, permitindo total liberdade de expressão dos sentimentos e vivências pessoais (Nunes, 1999).

Também Phaneuf (2005) defende a importância da não diretividade como qualidade na relação de ajuda, cujo significado é permitir a expressão do outro e a confiança nas suas potencialidades, estabelecer uma relação de liberdade, com respeito pelas diferenças e capacidades, aceitação incondicional e respeito pela sua autonomia, de modo a promover relações interpessoais com qualidade.

Vários autores desenvolveram e publicaram estudos sobre este tema, e são unânimes na defesa da existência de determinadas condições tanto da pessoa que necessita de ajuda, como da pessoa que a facilita, para a identificação deste tipo de relação. As condições essenciais do facilitador da ajuda defendidas por Carl Rogers vão de encontro a outros teóricos, ainda que utilizem diferentes termos. Na perspectiva de Rogers (1985), existem condições essenciais na atitude do terapeuta para o estabelecimento de uma relação de ajuda, nomeadamente a congruência, a atitude positiva e a compreensão empática que passaremos a desenvolver no subcapítulo seguinte e ainda, referenciar outras características defendidas por outros autores.

3.2 – ESPECIFICIDADES DA RELAÇÃO DE AJUDA

As qualidades do facilitador de ajuda propostas por Rogers: *congruência, respeito positivo incondicional e compreensão empática*, englobando, também, alguns aspetos estudados por outros autores, são uma forma organizada, acessível e funcional de classificação da relação de ajuda (Rocha, 2008).

O termo congruente, na perspectiva de Rogers (1985), significa que a consciência sobre qualquer atitude ou sentimento se adequa ao modo como o experiencia. Assim, mostra-se como uma pessoa unificada e integrada na relação, ou seja, expressa os sentimentos e atitudes de forma autêntica, sem ambiguidades proporcionando confiança aos outros. Para o autor, ser congruente implica comunicar as suas perceções e sentimentos com exatidão, proporcionando uma tendência para a compreensão mútua, para a comunicação recíproca, para a melhoria do funcionamento e da adaptação psicológica, conseqüentemente satisfação mútua na relação.

Para Phaneuf (2005), congruência tem raízes na espontaneidade e na segurança interior. Consiste numa coesão entre os comportamentos, pensamentos e ideias, permitindo à pessoa agir coerentemente facilitando uma tomada de consciência na pessoa ajudada ou um evolução da relação estabelecida.

Lazure (1994), também defende a existência de condições primordiais na relação de ajuda, algumas são comuns às de Rogers (1985), mas acrescenta outras designando-as por

distintos termos. Para esta autora a congruência proporciona ao indivíduo a concordância entre o que ele vive interiormente, a consciência que tem dessa vivência e a expressão dessa vivência representada no comportamento.

Numa relação de ajuda a enfermeira deve desenvolver a congruência, ser verdadeiramente genuína, viver e revelar os sentimentos através da comunicação verbal e não-verbal, estar em harmonia com as suas emoções, ideias e comportamentos, ajudando o outro a progredir na relação, constituindo uma forma suplementar de se respeitar e de expressar respeito ao outro.

Um conceito defendido por Lazure (1994) e essencial na abordagem de relação de ajuda é a escuta e a capacidade em a desenvolver na prática quotidiana e profissional. A enfermeira que escuta atentamente diferencia e identifica as comunicações involuntárias que possam traduzir a vivência do cliente. Acreditar, escutar atentamente, abster-se de juízos de valor, compreender a visão do outro são manifestações incondicionais de respeito.

Para esta autora respeitar um ser humano é acreditar que ele é único, possuidor de todo o potencial específico para aprender a viver da maneira que lhe é mais satisfatória, mas também aceitar a realidade da sua unicidade, das suas experiências, sentimentos e potencial, demonstrando contemplação por aquilo que é. Neste sentido, o respeito é uma qualidade, um valor fulcral, uma atitude primária manifestada nos comportamentos e em ações concretas, que se traduz nos gestos, no comportamento e no desempenho da enfermeira (Lazure,1994). Também para Phaneuf (2005), escutar é o pilar da relação, traduz-se na aceitação do outro, no respeito, na compreensão verdadeira dos seus comportamentos e motivações.

Outra condição essencial proposta por Rogers (1985), no estabelecimento de uma relação de ajuda, é a atitude positiva, caracterizada por um sentimento de verdadeira aceitação perante o ajudado, mantida por expressões de afeto, interesse, preocupação, sem existir qualquer favorecimento pessoal nem possessão. Ou seja, é uma atitude incondicional que defende o sentimento de abertura ao outro, ao seu comportamento ou à sua maneira de ser independentemente da sua capacidade em mudar, dos seus valores, caráter, conduta, aspeto físico reconhecendo-lhe dignidade e compromisso em cuidar de forma calorosa e ativa, mantém-se constante independentemente daquilo que o cliente revela sobre si.

Para Phaneuf (2005), a aceitação incondicional constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda, pois ao aceitar os outros implica ter consciência da sua própria fragilidade. Esta autora vê na expressão aceitação incondicional um paradoxo, por um lado aceitar a pessoa sem qualquer condição mas por outro lado pretende-se torná-la mais autónoma, promover o seu crescimento e evolução.

Outro dos requisitos defendidos por Phaneuf (2005) é o respeito caloroso, o qual comporta elementos que fortalecem a pessoa na sua identidade, no seu sentimento de pertença facilitando o reconhecimento das capacidades para assumir as suas escolhas e responsabilidades. A consideração positiva, também condição essencial referida por Phaneuf (2005), manifesta um sentimento de respeito e confiança, demonstrado por quem ajuda em relação à pessoa ajudada para que esta perceba o seu valor, cresça, enfrente e ultrapasse as dificuldades.

Na perspectiva de Rogers (1985) a compreensão empática, como requisito para a atitude de ajuda, baseia-se numa compreensão aguda e empática do mundo do outro como se fosse visto do interior. Ou seja, o mundo particular do outro é captado como se fosse o seu próprio mundo mas sem esquecer, na realidade, a percepção do eu e do outro. Os aspetos que descrevem esta relação baseiam-se na capacidade de compreensão perfeita dos sentimentos do cliente, na capacidade de partilha e de interpretação sem qualquer reserva.

Também Phaneuf (2005) descreve a empatia na mesma perspectiva, baseada num sentimento profundo de compreensão do outro, permitindo à enfermeira colocar-se no lugar da pessoa, ver o mundo em função do seu quadro de referência, percecionando o que o outro vive, como vive mas sem se identificar com esse mundo e sem viver as emoções.

Para Lazure (1994, p. 77), “a empatia é a pedra angular de toda a relação de ajuda”. Esta autora refere igualmente que para se ser empático é necessário abstrair-se do seu próprio quadro de referência, imergir no mundo do outro e compreende-lo como pessoa dotada de significações e vivências, bem como refletir sobre os sentimentos e sobre as mensagens expressas de forma verbal e não-verbal. Para adotar a atitude empática considera-se que é necessário ouvir com mais sensibilidade, compreender os sentimentos subtis que a outra pessoa exprime em palavras, em gestos e em posturas, fazendo ressoar no seu íntimo a significação dessas expressões. Assim, em conformidade com essa perspectiva, a relação de ajuda propícia crescimento e desenvolvimento tanto daquele que ajuda quanto daquele que é ajudado. Este processo de aprendizagem mútuo traduz-se numa abertura à experiência integral, a nível interior e exterior (Rogers, 1985).

O estabelecer eficazmente a relação de ajuda permite ao cliente e família encontrarem ou descobrirem, em momentos difíceis, capacidades e recursos pessoais promotores da sua dignidade. A confiança na pessoa e na experiência do cliente, na sua capacidade em superar os obstáculos, o respeito pelo direito de ser livre nas escolhas, o verdadeiro interesse, compreensão e valorização não são premissas suscetíveis de serem reduzidas a fórmulas prontas a aplicar de forma mecânica e impessoal. A autenticidade do

terapeuta é fundamental numa relação que é sobretudo humana, não se pode contentar em aplicar técnicas de modo automático, pois mais do que as técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se pelas atitudes que transporta para a relação e que constituem o verdadeiro fator impulsionador da mudança (Nunes, 1999).

Phaneuf (2005) é defensora desta autenticidade no decurso da relação que supõe franqueza e honestidade, transmitindo uma expressão natural, aberta e espontânea tanto da pessoa que ajuda como da ajudada, favorecendo o clima de confiança na relação terapêutica. Muitas vezes a autenticidade pode ser confundida com congruência, mas existe realmente uma ligação mútua entre os dois conceitos, pois a pessoa autêntica manifesta um certo grau de congruência entre o que pensa, o que sente e o que exprime, permitindo descrever com verdade as opiniões, revelar os sentimentos experienciados com sinceridade, num clima de liberdade responsável. Na perspetiva de outros autores (Rogers, 1985; Barrett-Lennard, 1986), a qualidade de ser autêntico é denominada de congruência e indica o estado de coerência interna.

Na opinião de Cibanal (1991) o modelo de relação de ajuda de Carkhuff (1977) será o que melhor se adequa na relação enfermeira-utente, uma vez que representa, por um lado, as atitudes facilitadoras defendidas por Rogers (compreensão empática, respeito incondicional, congruência) e por outro lado, acrescenta variáveis designadas de atitudes ativadoras também valorizadas no processo de ajuda, nomeadamente a especificidade ou precisão, a confrontação e o imediatismo. Como já descrito, são vários os autores (Chalifour, 1989; Cibanal, 1991; Lazure, 1994) que acrescentam diversas dimensões na relação de ajuda. Do mesmo modo, Phaneuf (2005) defende a utilização da confrontação que consiste em consciencializar a pessoa sobre os seus procedimentos, na capacidade de manifestar as discordâncias, as diferenças, as contradições entre o seu comportamento verbal e o não-verbal. Igualmente o imediatismo para considerar a atenção prestada ao momento presente, a qualidade da relação que estabeleceram, o grau de confiança, a circulação da informação, a autenticidade do comportamento, as emoções partilhadas mutuamente, a progressão e os resultados da intervenção, bem como a reflexão de ambos sobre o clima da relação e o caminho percorrido. Esta autora associa o humor às condições da relação de ajuda como faculdade particularmente preciosa no alívio do clima de tensão em situações de ansiedade e stresse, através de uma abordagem subtil ajustando o humor à personalidade, ao nível cognitivo e educacional do outro, servindo para desdramatizar os acontecimentos, criar um clima de leveza, de modo a que a pessoa viva de maneira mais tranquila e positiva.

Para Phaneuf (2005) a relação de ajuda não é um processo estático nem fácil de desenvolver, necessita de estratégias de exploração adequadas para aprofundar, validar e

confrontar o que a pessoa exprime. As situações comuns de cuidados, na perspetiva desta autora, não necessitam, geralmente, do estabelecer da relação de ajuda, só surgindo um acontecimento particular ou uma emoção muito forte se torna necessário esta intervenção. Assim, a prática da relação de ajuda exige o desenvolvimento de competências, de habilidades e de atitudes, aumenta as potencialidades em direção à plena maturidade, exige a inspeção do próprio conceito como pessoa e um autoconhecimento como requisitos para ser autêntico, empático e congruente.

3.3 – MODELO DE RELAÇÃO DE AJUDA DE BARRETT-LENNARD

Propomos descrever neste subcapítulo o modelo de relação de ajuda de Barrett-Lennard que influenciado pelo trabalho de Carl Rogers desenvolveu o Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI). Uma relação é significativa na medida em que a pessoa percebe nessa mesma relação as qualidades facilitadoras enunciadas por Rogers (1985), *congruência, compreensão empática e respeito positivo incondicional*. Para Barrett-Lennard (1986) esta última variável por ser de complexa definição subdividiu-a em "nível de respeito" e "respeito incondicional". O BLRI que está a ser usado há cerca de 50 anos pretendendo na prática testar a teoria e medir as condições da relação do terapeuta com o cliente, traduzidas assim em quatro dimensões: o *nível de respeito*, a *incondicionalidade do respeito*, a *compreensão empática*, e a *congruência*, como variáveis facilitadoras do desenvolvimento pessoal (Rocha, 2008). Deste modo, serão expostos os conceitos e as componentes que explicam o seu significado e o processo que está subjacente nestas condições essenciais no processo de relação de ajuda.

NÍVEL DE RESPEITO

Considerado o respeito uma das dimensões de relação de ajuda, é definido como "o nível global ou tendência da resposta afetiva de uma pessoa para outra" ou "o aspeto afetivo da resposta total de uma pessoa para outra, projetado num contínuo positivo-para-negativo" (Barrett-Lennard, 1986, p. 440). Nível de respeito refere-se a uma esfera e eixo de resposta experienciada numa relação particular e não a uma característica interpessoal generalizada. Os elementos manifestos de experiência na relação são sentimentos "positivos" e atitudes afetivas, e sentimentos e atitudes "negativos", ou seja, o conjunto composto pelas diversas reações de sentimentos de uma pessoa para outra, mas em princípio não engloba todos os aspetos dos sentimentos implícitos na resposta do processo relacional. No sentido positivo, relaciona-se no contexto de sentimentos responsáveis para o outro, como o próprio outro gosta de si mesmo; inclui respeito caloroso, apreciação, afeição. Os sentimentos negativos

incluem desgostar, desaprovação, indiferença expressa, impaciência, desprezo, e a comparação. Segundo o autor, a escala de nível de respeito do Inventário de Relações Interpessoais não atinge sentimentos extremos de zanga, ódio, opressão, medo extremo ou aversão no lado negativo, nem o extremo positivo, como sentimentos de paixão, de amor romântico, filial ou espiritual.

INCONDICIONALIDADE DO RESPEITO

Entende-se por esta dimensão “o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica autoexperiências à primeira” (Barrett-Lennard, 1986, p. 442). Contudo, numa relação casual ou superficial, o conceito não teria significado, uma vez que se não revelado à outra pessoa não seria sentido nem percebido por ela como um sentimento. Em grande parte das relações que são passageiras ou envolvem pouca informação comunicativa, as expectativas dos que respondem incidem sobre como os outros irão responder e estar numa relação “face-a-face”, devendo constituir uma grande parte de respostas no BLRI.

O foco de interesse deve estar centrado em qualidades de perceber a própria relação e o outro. Noutras revisões do BLRI, foi interpretada a quantidade contínua de incondicional/condicional, centrando-se na variação condicional do respeito ou na sua ausência.

Assim é dito que a pessoa respeitada é condicionada à extensão de resposta experienciada, que implica que a pessoa que recebe se sente agradada, merecedora, valorizada, confiante, a gostar ou desgostar se manifestar certos autoatributos em vez de manifestar outros (Barrett-Lennard, 1986, p. 443).

O respeito é condicional à extensão do que é dependente, ou ativado por comportamentos particulares, atitudes, ou qualidades (percebidas) da pessoa respeitada e é experienciado como referente à mesma. O respeito que é fortemente incondicional é estável, no sentido que não é experienciado como variando com, ou dependendo de atributos particulares da pessoa que é respeitada. Barrett-Lennard (2003) complementa que o aspeto da incondicionalidade na sua expressão positiva implica que a atitude ou sentimento da pessoa A para B suporta respeito estável naquilo que B mostra do seu próprio eu e da sua experiência. A atitude de A não tem tendência a estar de acordo com as autorrevelações, reações sentimentais ou outras autoexpressões de B. Ao contrário, a condicionalidade implica que o respeito de A pode variar de acordo com o que B mostra do seu interior, ou com as diferentes qualidades que ele demonstra. Atitude de autojulgamento e rejeição de alguns aspetos do *self*, mesmo nas maiores áreas conflituais da sua

experiência interior, é essencial para o cliente encontrar um terapeuta empático e não crítico permitindo um eu total para a tomada de consciência.

COMPREENSÃO EMPÁTICA

A empatia é reconhecida como um eixo central na relação, mas não constitui só por si uma condição relacional suficiente na relação de ajuda. A sua contribuição é essencial neste processo em que níveis de empatia mais altos tendem a acompanhar altos níveis de respeito e congruência, estando raramente associados com baixa incondicionalidade. Desde o início do desenvolvimento do Inventário de Relações Interpessoais que esta visão mantém consistência pela quantidade de evidência teórica encontrada.

A compreensão empática é entendida como o processo ativo que envolve o desejo de estar altamente comprometido com o outro, conhecer a sua experiência e ser capaz de receber o seu sentimento de comunicação e respetivo significado (Barrett-Lennard, 1986). A visão do conceito de empatia assenta numa forma básica de conhecimento que exige uma auto abertura disciplinada aos sentimentos vividos e significados do outro. O autor descreve-a qualitativamente como um processo multi-graduado:

... (A1) um processo ativo do desejo de conhecer (B1) percepção e tomada de conhecimento no presente e a mudança na outra pessoa, e (A2) de conseguir receber (B2) a comunicação e significado do outro. Isto envolve (C1) a interpretação das suas palavras e sinais em experiência com significado que (C2) adequa aspetos da sua consciência que lhe são relevantes no momento. Em suma, (D) é o experienciar da consciência subjacente na comunicação externa do outro, mas (E) com a percepção contínua do que esta consciência está a originar no outro (Barrett-Lennard, 1986, pp. 441-442).

Os elementos A1 e A2 referem que a empatia é reconhecida como um compromisso, um envolvimento intencional e ativo com o outro. B1 e B2 inferem que o foco deste compromisso assenta na comunicação, na experiência e no (significado) sentido pelo outro. Como indica em C1 e C2, o compromisso vai de encontro àquele que requer uma compreensão experienciada correta, sobre o que é primordial ou fundamental para a tomada de consciência do outro. O elemento D indica que a comunicação visível é uma expressão, pois o processo pode ir além de uma "compreensão experienciada" para um tipo de co-experiência dos aspetos da tomada de consciência interior do outro.

Marques-Teixeira (1994, p. 59) refere que «estar empático» significa “estar sintonizado com o processo interno do cliente, imerso na experiência do outro”. Contudo, clarifica que a “compreensão empática nunca conduz a um conhecimento direto do mundo

fenomenológico do outro, no qual o conhecimento é sempre inferencial, daí o processo empático é um processo de comparação e de sintonização”.

CONGRUÊNCIA

Esta dimensão de relação de ajuda é considerada por Barrett-Lennard como “o grau em que uma pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência e a sua comunicação externa” (Barrett-Lennard, 1986, p. 444). Esta variável é considerada fundamental, uma vez que qualquer uma das outras depende dela parcialmente. Segundo o autor a condição para que exista efetivamente congruência reside na consistência entre a experiência total e a tomada de conhecimento.

Partindo da anterior definição, o termo "experiência" inclui todas as maneiras em que a pessoa está atenta e ativa, num momento em particular, em que a sua qualidade humana está apta para registrar e integrar a tomada de conhecimento. A ideia de que a pessoa pode estar mais ou menos "aberta à experiência" num determinado momento, inerente a uma função que pode ser atribuída a determinantes situacionais bem como à própria personalidade está subjacente neste conceito. Nesta perspetiva, a experiência, quando ainda não foi interiorizada, não está disponível fazendo com que a pessoa que a vivência não seja ainda capaz de a expressar conscientemente, no entanto, pode ser expressa indiretamente de uma forma verbal ou não verbal. Uma outra pessoa em interação pode ter a percepção ou ser surpreendida por gestos de uma experiência que desconhece, tanto acrescentando ou contradizendo as mensagens exteriores da primeira pessoa. Por outro lado, o mesmo tipo de processo inferencial não está à disposição da pessoa que experiência, que obviamente não pode ter recuo em relação à tomada de conhecimento e ver a discrepância entre essa consciência e a funcionalidade de outros aspetos que ainda desconhece. Assim, não é possível uma pessoa detetar a incongruência enquanto mantiver a sua própria incongruência. A pessoa pode tomar conhecimento de si própria retrospectivamente, ou no momento de mudança.

Em terapia, qualidades percebidas pelo terapeuta como genuinidade, transparência e honestidade consigo próprio e com o cliente, são de relevância vital, “(...) o indivíduo altamente congruente é completamente honesto, direto, e sincero com aquilo que conduz, mas não sente nenhuma compulsão em comunicar as suas percepções, ou qualquer necessidade em negar as suas razões emocionais auto-protetoras” (Barrett-Lennard, 2003, p. 97).

Segundo Rocha (2008) no seu estudo “A relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem”, no qual aplicou três formas do Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard seguindo orientações específicas cedidas pelo próprio autor, refere que este manifesta interesse em aplicar o BLRI ao estudo de outras relações que não a relação terapeuta-cliente, salientando que, por isso, os itens das respectivas escalas nunca mencionaram especificamente o terapeuta e que estas aplicações começaram quase logo a par com o seu forte desenvolvimento em 1960. Apresenta exemplos de formas do BLRI desenvolvidas e complementares para aspetos específicos, bem como resultados obtidos por vários investigadores (Thornton 1960; Hollenbeck, 1965; Grifo, 1967/68; DeMers, 1971; VanderVeen & Novak, 1971; Quick & Jacob, 1973; Lietaer, 1974; Luber & Wells, 1977; Epstein & Jackson, 1978; Wampler & Sprengle, 1980; Gomes, 1981; Schumm, Bollman & Jurich, 1981; Carter, 1981/82; VanSteenwegen, 1982; Clark & colegas (em meados dos anos 60); Cooper, 1969; Marques-Teixeira e outros, 1996; Cramer, 1994). O autor não refere nenhum estudo particular em relações enfermeira-utente, mas expressa surpresa com a investigação efetuada baseada no BLRI, com ênfase principalmente na empatia da enfermeira experienciada pelos clientes. Refere que o BLRI tem inúmeras aplicações nas sociedades contemporâneas multiculturais, com a finalidade de iluminar e melhorar as relações interpessoais nas várias áreas. Assim, aplicamos o Instrumento de recolha de dados BLRI às mães dos RN internados na UN e às enfermeiras que ali desempenham funções de forma a testar e medir a percepção das participantes no estudo das condições essenciais à relação interpessoal.

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

4 – METODOLOGIA

Vários autores abordam a metodologia científica e são unânimes na defesa da sua importância para a investigação, contribuindo para o desenvolvimento e validação do conhecimento.

O estudo de investigação insere um processo ordenado, que leva o investigador a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados (Fortin, 2003). Também Gil (2006) entende que o propósito da metodologia científica é o de proporcionar um plano que possibilite seguir pelo melhor caminho adotando uma série de procedimentos intelectuais e técnicos que permitam atingir o conhecimento. Pocinho (2012) acrescenta que o caminho correto garante a possibilidade de confirmação ou infirmação das nossas observações.

Deste modo, esta pesquisa enriquece o corpo de conhecimentos de Enfermagem, permitindo ao enfermeiro adequar os seus conhecimentos à situação particular que se lhe apresenta.

Neste estudo, em contexto neonatal, pensamos ser pertinente descrever um pouco da realidade da Unidade. A UN embora faça parte do Serviço de Pediatria tem estrutura física, equipamento e equipa de enfermagem próprias. A equipa médica pertence ao quadro clínico do Serviço de Pediatria mas os médicos que exercem atividade nesta unidade têm também outras funções no Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, nomeadamente no Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Urgência de Pediatria, Serviço de Internamento de Pediatria Geral e Consulta Externa Pediátrica. É considerada uma Unidade de Apoio Perinatal que recebe RN a partir de 32 semanas de gestação. Presta também cuidados de suporte ventilatório intensivo imediato a qualquer RN. Após estabilização e se o RN mantiver necessidade de ventilação mecânica procede-se à sua transferência via transporte intra-hospitalar para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de referência.

A UN presta, assim, cuidados a todos os RN em idade neonatal (RN até aos 28 dias de vida) com necessidade de internamento. Daí a importância em clarificar e conhecer a perceção sobre relação de ajuda, uma vez que o cuidar em neonatologia traduz-se, tanto numa prestação de cuidados ao RN como no estabelecer de relações interpessoais com os pais, contribuindo para sistematizar as intervenções aos RN/pais, baseadas na relação de ajuda e parceria para promoção do vínculo afetivo.

Nas próximas páginas será apresentada a metodologia que foi utilizada para a realização deste estudo.

4.1 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A decisão de optar por um estudo de natureza quantitativa ou qualitativa depende da orientação do investigador, das suas crenças, da sua preferência e sobretudo da questão colocada (Fortin, 2009).

Conscientes que ambos os métodos apresentam pontos fortes e fracos optamos pelo método quantitativo, pois integra um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, envolve uma colheita de informação numérica, num determinado momento ou período compatível com o estudo que pretendemos desenvolver e recorre a procedimentos estatísticos para análise da informação (Fortin, 2003).

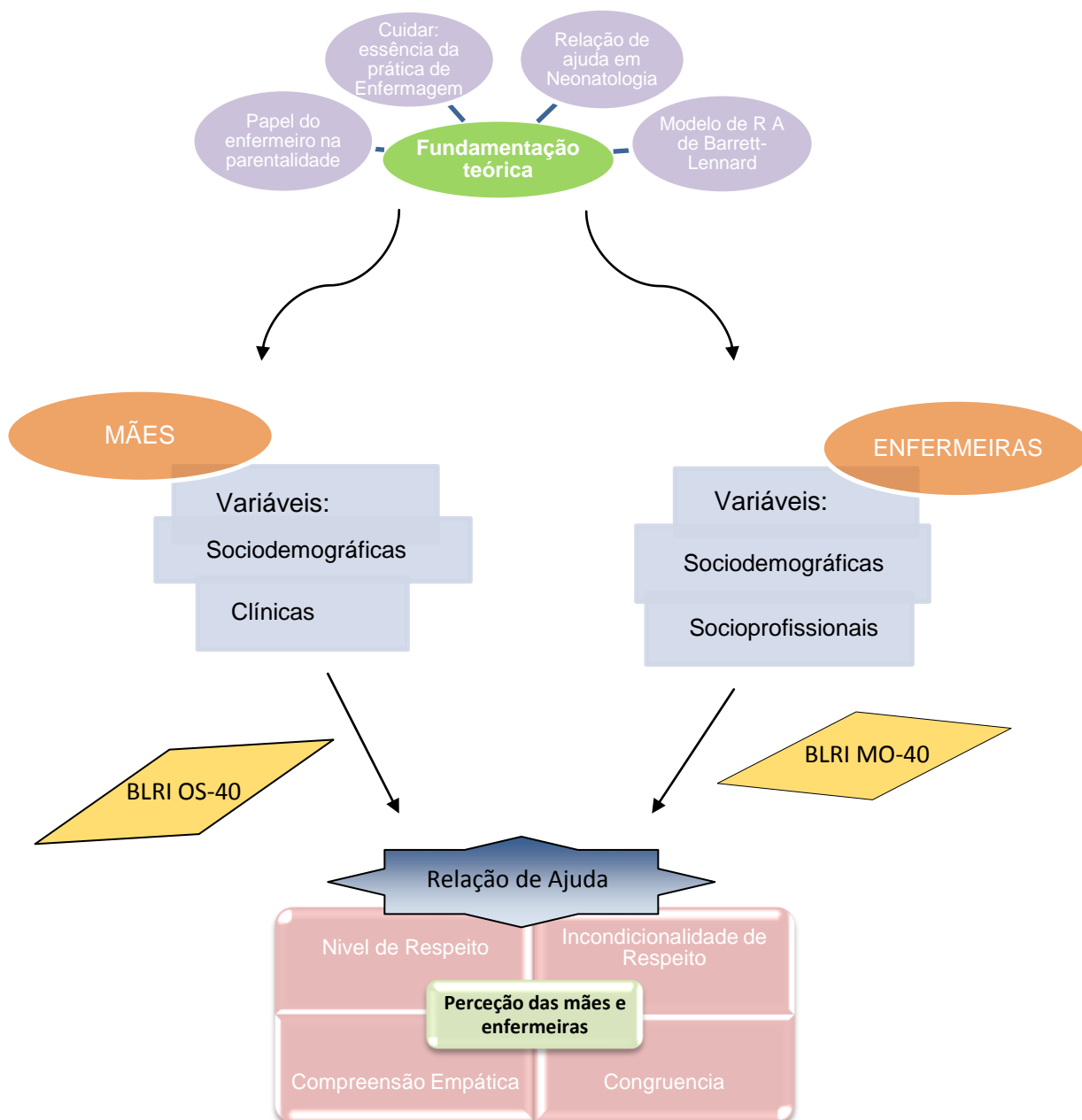
O nosso estudo é de natureza quantitativa, descritivo correlacional, transversal, realizado numa amostra não probabilística, intencional por conveniência. Pretendemos caracterizar as variáveis sócio demográficas dos participantes e a sua perceção sobre o “fenómeno” da relação de ajuda, analisando a respetiva relação, de modo a perceber esta realidade durante um determinado período de internamento. Este estudo visa interpretar a perceção das mães e enfermeiras de neonatologia sobre relação de ajuda face às experiências de relacionamento conjunto.

Segundo Fortin (2003), neste tipo de estudo o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, visando fatores ligados a um fenómeno.

Para Gil (2006), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, mas muitas pesquisas ultrapassam esta identificação da existência de relações pretendendo determinar, especificamente, a natureza dessa relação através da utilização de técnicas padronizadas de colheita de dados.

Desenho de investigação

Figura 1- Representação esquemática do desenho de investigação



4.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/OBJETIVOS

O início de uma investigação emerge de uma incerteza sobre um facto ou fenómeno que provoca no investigador inquietação, preocupação ou curiosidade. Segundo Gil (2006), problema é qualquer questão não resolvida tornando-se objeto de debate em qualquer domínio do conhecimento. O problema de investigação brota da necessidade de esclarecer uma lacuna no conhecimento, estudar um fenómeno novo, analisar as relações entre

variáveis (causa-efeito) e ainda, testar programas, metodologias, técnicas e terapêuticas (Pocinho, 2012).

Como descrito no enquadramento teórico, integrar a relação de ajuda nos cuidados é uma competência inerente ao enfermeiro e um valioso contributo no estabelecer de relações interpessoais. Nesta perspetiva surgem três questões de investigação como premissas sobre as quais se apoiam os resultados desta investigação:

- Como percebem as mães e enfermeiras a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas?
- De que modo as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães interferem com as dimensões da relação de ajuda?
- De que modo as variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras interferem com as dimensões da relação de ajuda?

Os objetivos de um estudo são enunciados declarativos que, especificando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, visam definir com maior profundidade o estudo que se pretende realizar.

No sentido de contribuímos para a melhoria dos cuidados de enfermagem na Unidade de Neonatologia, através do estabelecimento de adequadas inter-relações de ajuda, delineamos os seguintes objetivos para este estudo:

- Analisar a perceção das mães quanto ao desempenho da relação de ajuda das enfermeiras que cuidam os seus filhos;
- Conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães na sua perceção de relação de ajuda;
- Analisar a perspetiva das enfermeiras sobre a relação de ajuda que estabelecem com as mães dos RN internados;
- Conhecer a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras na sua perceção de relação de ajuda;
- Validar o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma OS-40 para as mães dos RN internados que recebem cuidados das enfermeiras da UN do CHTMAD, E.P.E - Unidade Vila Real
- Validar o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma MO-40 para as enfermeiras da Unidade Neonatologia do CHTMAD, E.P.E - Vila Real
- Relacionar a perceção de mães e enfermeiras sobre a relação de ajuda que se estabeleceu no decurso da prestação de cuidados de enfermagem.

4.3 – VARIÁVEIS

As variáveis são qualidades, propriedades ou características suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis podem ser medidas, manipuladas ou controladas (Fortin, 2003). Cientificamente variável é definida como o aspeto discernível de um objeto de estudo, ou seja são aspetos particulares que podem assumir valores distintos e serem medidos para testar a relação enunciada por uma proposição. As variáveis são as componentes testáveis da pesquisa, os acontecimentos e mudanças que nelas ocorrem. Serão a base das análises que demonstram a aplicabilidade da hipótese (Pocinho, 2012).

Nesta investigação considerámos uma variável central e variáveis de caracterização. A **variável central** é relação de ajuda. Para a sua medição consideramos a metodologia preconizada por Barrett-Lennard (1986) que classifica a relação de ajuda em 4 dimensões – *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*, consideradas como subescalas dos mesmos e inseridas nos Inventários de Relações Interpessoais (BLRI). Estas dimensões foram medidas quantitativamente através da utilização do BLRI e analisadas através de categorias de análise predeterminadas para cada uma das dimensões.

As variáveis de caracterização permitem conhecer a amostra populacional, relativamente à respetiva situação sociodemográfica, socioprofissional e clínica. Na amostra das **mães** pretendemos caracterizar a situação sociodemográfica: idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação laboral e a obtenção de dados clínicos: relativos à gravidez, à existência de outros filhos, tempo de internamento do RN e internamentos anteriores.

As variáveis sócio profissionais comportam as habilitações literárias que estão identificadas em três escalões: até ao 3º ciclo (9º ano), Ensino Secundário (12º ano) e Ensino Superior (Licenciatura e Mestrado), correspondendo o mestrado apenas a uma mãe.

No estado civil dividimos o grupo de mães em solteira e casada/união de facto, incluindo neste último grupo o estado de viúva, correspondente a uma mãe.

Na variável profissão, devido à dispersão de profissões identificadas adotamos a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 do INE (2011) (Anexo I), reunidas pelos diversos grupos: Grupo 2*- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, Grupo 3*- Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, Grupo 4*- Pessoal Administrativo, Grupo 5*- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores, Grupo 7*- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices e Grupo 9*- Trabalhadores Não Qualificados.

Quanto à situação laboral catalogamos o grupo de mães em empregada e desempregada.

Relativamente às **enfermeiras** pretendemos caracterizá-las sob aspetos sociodemográficos: idade e habilitações académicas, e sob a situação profissional: categoria profissional, tempo de serviço como enfermeira, tempo de serviço na Neonatologia.

4.4 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população compreende todos os elementos (indivíduos ou objetos) que possuem características comuns, as quais são definidas pelos critérios de inclusão, visando um determinado estudo (Fortin, 2009). A mesma autora define amostra como sendo a fração da população que constitui o objeto do estudo, correspondendo em menor dimensão à população.

Qualquer investigação exige uma participação voluntária das pessoas, desde que devidamente informadas sobre as condições da sua participação e a natureza do estudo. O local do estudo por vezes é conveniente para o investigador pela existência de contactos já estabelecidos nesse local. Deste modo justifica-se o facto do estudo se realizar no local onde o investigador exerce a sua atividade profissional, pois facilita o acesso ao campo e aos participantes.

A população deste estudo comporta as enfermeiras da unidade neonatologia e as mães dos RN internados nesse serviço do CHTMAD, E.P.E - Unidade de Vila Real. A amostra comporta 46 mães e 11 enfermeiras.

Para a constituição da amostra das mães tivemos como critério de elegibilidade os seguintes requisitos:

- Ter tido alta clínica do serviço de obstetrícia;
- Durante o internamento do RN na UN a mãe estar em permanência no mínimo 8 horas diárias ou estar em regime de alojamento conjunto (dia e noite);
- Disponibilidade para cooperar no preenchimento do questionário.

Em relação à constituição da amostra das enfermeiras tivemos como critérios de elegibilidade os seguintes requisitos: a aplicação do questionário a todas as enfermeiras prestadoras de cuidados aos RN internados na Neonatologia, com exceção da enfermeira investigadora deste estudo e a aceitação em participarem no estudo, após devidamente informadas.

A recolha de dados decorreu de 20 novembro de 2012 a 28 de fevereiro de 2013, após autorização prévia da Instituição. Determinamos este período de tempo (100 dias) de modo a obter uma amostra aceitável e simultaneamente ser possível o tratamento e análise dos dados, dentro do prazo oficial concedido pela Escola Superior de Saúde de Viseu para a realização deste estudo.

Caraterização da amostra

A idade das mães dos RN internados na UN está compreendida entre os 18 e 40 anos, cuja média 30,24 anos com um desvio padrão de 5,1.

Em relação às enfermeiras pertencentes à amostra a idade situa-se entre os 27 e os 56 anos, com média de 42,09 anos e desvio padrão de 9,513.

Os coeficientes de variação revelam a existência de dispersões médias em torno do valor médio (> 15% e <30,0%).

Tabela1 – Identificação da idade dos elementos da amostra participantes no estudo

Idade	Min.	Max.	Média	DP	CV	SK/erro	K/erro	SW
Mães (N=46)	18	40	30,24	5,1	16,85	-1,35	-0,18	0,372
Enfermeiras (N=11)	27	56	42,09	9,513	22,60	-0,160	-0,761	0,423

4.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados de uma população assume um papel primordial na elaboração de um trabalho de investigação, sendo necessário aplicar um instrumento de colheita de dados segundo um plano pré estabelecido e que vá de encontro aos objetivos inicialmente delineados (Fortin, 2003). Neste estudo, optamos pela aplicação de questionários estruturados limitando os participantes às questões formuladas. Gil (2006) define questionário como técnica de investigação composta por um número significativo de questões apresentadas por escrito aos participantes, com o objetivo de conhecer opiniões, interesses, crenças, expetativas, sentimentos, situações vivenciadas, etc. Este instrumento ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados, de modo a que as informações solicitadas possam ser colhidas de forma rigorosa, permitindo algum controlo dos enviesamentos (Fortin, 2003).

O instrumento de colheita de dados que utilizamos foi o BLRI ou Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard (1986), Forma OS-40 traduzida para português e

validada por Loureiro (2012) e a Forma MO-40 traduzida para Português e validada por Paula (2012). Este instrumento construído inicialmente para ser aplicado no âmbito da psicoterapia, mas tem vindo a ser utilizado na abordagem ao estudo das relações interpessoais em geral e de relações terapêuticas ou de ajuda em particular, designadamente na área da educação e na prática de enfermagem. BLRI, instrumento em forma de questionário pode ser aplicado em dois sentidos: na Forma OS (*other to self*), no nosso estudo aplicado às mães dos RN internados na Unidade de Neonatologia e cuja finalidade é estudarmos a perceção destas sobre o desempenho da relação de ajuda da enfermeira que cuida do seu filho ou na Forma MO (*myself to the other*), utilizado por nós na amostra enfermeiras, de modo a conhecermos como cada uma percebe a relação de ajuda para com a mãe do RN a quem presta cuidados. Deste modo, este estudo foi composto por dois questionários, um aplicado às mães e outro aplicado às enfermeiras. Cada um era constituído pela folha de rosto onde sumariamente é explicada a pertinência do estudo a realizar, enfatizados os objetivos, solicitada a colaboração, salientando-se a garantia da confidencialidade das respostas e o anonimato. O questionário aplicado às mães dos RN internados na neonatologia comporta duas partes, sendo a primeira parte constituída por ficha de caracterização e os dados relativos ao internamento do RN, composta por perguntas abertas e fechadas. A segunda parte é constituída pelo Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard: Forma OS-40 (*other to self*), composta por quarenta itens, acompanhado da respetiva explicação na forma de preenchimento, que será descrito à posterior.

O questionário aplicado às enfermeiras da UN contém duas partes, sendo a primeira parte constituída por ficha de caracterização, composta por perguntas abertas e fechadas. Estas questões dizem respeito às variáveis idade, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de serviço como enfermeira e tempo de serviço na neonatologia. A segunda parte é constituída pelo Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard: Forma MO-40 (*myself to the other*), que comporta quarenta itens e também com a respetiva informação sobre o preenchimento. O Inventário de Relações Interpessoais de Barret-Lennard (BLRI) constituído por as 40 declarações de experiências na relação conjunta entre mãe do RN/enfermeira que presta cuidados ao RN, nas Formas OS-40 (Anexo II) e MO-40 (Anexo III), no qual são distinguidas as 4 dimensões da relação de ajuda: *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade de respeito e congruência* e que constituem as variáveis de resposta interpessoal concebidas como fulcrais numa relação de ajuda, respondida numa escala composta por um contínuo de seis níveis, diferenciados por respostas positivas (SIM) que variam do nível +3 correspondendo a uma forte concordância ao +1 (menor concordância) e de respostas negativas (NÃO) que oscilam entre -3

correspondendo a uma forte discordância até ao nível -1 que significa menor discordância. Cada participante situa-se num ponto dos seis níveis apresentados, relativamente a cada uma das declarações de modo a se medir o *nível de respeito, compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*, em relação às variáveis. O inventário proporciona uma amostra das percepções mútuas sentidas por ambos os participantes focando-se na resposta de um em relação ao outro relativamente às referidas dimensões. Estas quatro dimensões são medidas quantitativamente através da utilização do *Relationship Inventory Scoring Sheet-40-item OS e MO forms*, que é composto por um conjunto de dez itens para cada uma das quatro variáveis nas Formas OS-40 e MO-40 e dá-nos a percepção na amostra sobre as qualidades que estão presentes nas respostas obtidas, através da cotação atribuída a cada item (Anexo IV). Por outro lado, para avaliar a intensidade de atitudes ou sentimentos em relação ao fenómeno em estudo, "percepção da relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas", as afirmações organizadas nestes conjuntos de itens em ambas as formas englobam afirmações referenciadas como "positivas" e "negativas" (Tabela 2), apresentadas de forma dispersa no questionário, constituído por um total de quarenta afirmações, cuja ordem foi mantida na sua apresentação.

Tabela 2 – Formas OS-40 e MO-40: fatores e números das proposições correspondentes

Fatores	Afirmações Positivas	Afirmações Negativas
Nível de Respeito	1, 5, 13, 21, 29, 37	9, 17, 25, 33
Compreensão Empática	2, 10, 18, 26, 34	6, 14, 22, 30, 38
Incondicionalidade de respeito	7, 15, 27, 39	3, 11, 19, 23, 31, 35
Congruência	8, 12, 20, 24, 32	4, 16, 28, 36, 40

Relativamente ao BLRI, segundo as orientações de Barrett-Lennard e bibliografia, os dados foram organizados de acordo com as 10 questões referentes a cada subescala (dimensão de relação de ajuda) – Formas 40 itens - e às respetivas afirmações ditas “positivas” e “negativas”, obtendo-se duas somas: a soma dos itens positivos que funciona como subtotal 1 e a soma dos itens negativos (subtotal 1’) que foi multiplicada por (-1) no sentido de inverter o seu sinal, por ter um significado direcional oposto às afirmações formuladas positivamente, para funcionar como subtotal 2. A adição dos subtotais 1 e 2 constitui a pontuação ou score de cada subescala. Em relação aos eventuais resultados, o autor referencia que é comum o subtotal 1 ser numericamente positivo para os itens formulados positivamente, na medida em que as respostas envolvem geralmente algum grau de *sim* e o oposto tende a ser verdade para os itens negativos.

O score de cada subescala pode variar entre -30 (-3x10) e 30 (3x10) para ambas as Formas (OS-40 e MO-40) em que quanto maior for o score obtido, mais elevada é a importância atribuída à dimensão da relação de ajuda.

Caraterísticas psicométricas da escala

O modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de uma variável relevante (variável independente) com informação sobre a margem de erro das previsões designa-se de regressão linear simples (Pestana e Gageiro, 2005). Para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens) uma das medidas mais usadas é o Alpha de Cronbach, o qual se pode definir como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Ou seja, o Alpha de Cronbach permite-nos avaliar como diversos itens pertencentes a uma escala se correlacionam com os restantes. Segundo Pestana e Gageiro (2005) para a classificação do Alpha de Chronbach consideram a consistência interna como:

- Muito boa (Alpha superior a 0,9),
- Boa (Alpha entre 0,8 e 0,9)
- Razoável (Alpha entre 0,7 e 0,8)
- Fraca (Alpha entre 0,6 e 0,7)
- Inadmissível (Alpha inferior a 0,6).

Assim, utilizamos Alpha de Cronbach para determinar a fiabilidade deste instrumento de medida e verificamos ter uma consistência interna Razoável tanto na Forma OS-40 ($\alpha = 0,773$) aplicada ao grupo das mães como na da Forma MO-40 ($\alpha = 0,786$) aplicada ao grupo de enfermeiras. Outros estudos efetuados com este instrumento também utilizaram Alpha de Cronbach para verificarem a consistência interna das dimensões, na Forma OS-40, Loureiro (2012) no estudo da relação de ajuda no cuidar: percepção dos adolescentes obteve $\alpha = 0,786$ (consistência interna Razoável) e na Forma MO-40, Paula (2012) no estudo da percepção dos enfermeiros de pediatria sobre o seu desempenho na relação de ajuda obteve $\alpha = 0,841$ (consistência interna Boa).

De modo a determinar a fidelidade deste instrumento de medida aplicado a esta amostra populacional, verificamos a consistência interna das dimensões que constituem a escala através da correlação de *Pearson* no sentido de estabelecer como as diferentes dimensões se correlacionam entre si. Essa consistência interna dos fatores é a proporção da variabilidade das respostas dos inquiridos. Os resultados da matriz de correlação de *Pearson* podem-se observar nas tabelas 3 e 4.

De acordo com Fortin (2003), os coeficientes de correlação podem variar de 0.00 para ausência de correlação, a 1.00 para uma correlação perfeita. A matriz para a Forma OS-40 indica que as correlações são positivas e significativas, com exceção da *congruência* com a *incondicionalidade de respeito* que é ínfima (0,069). Nota-se também, que com a *compreensão empática* e o *respeito* a associação é alta, 0,729 e com a *incondicionalidade de respeito* e o *respeito* é fraco, 0,390. Obtivemos correlações positivas em todas as dimensões, significando que o aumento de uma dimensão implica o aumento da outra ou vice-versa.

Tabela 3 – Matriz de correlação de *Pearson* para as dimensões de relação de ajuda inseridas no BLRI: Forma OS-40

Dimensões da Relação de Ajuda	Nível de Respeito	Compreensão Empática	Incondicionalidade de respeito
Compreensão Empática	0,729***	-----	-----
Incondicionalidade de respeito	0,390*	0,500**	-----
Congruência	0,504**	0,415**	0,069 n.s

** A correlação é significante no nível 0,01

Na Forma MO-40 a matriz indica que a subescala *nível de respeito* estabelece correlações fracas e não significativas com a *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito*. Verifica-se uma correlação fraca negativa e não significativa entre *congruência* e *nível de respeito* o que leva a afirmar que quando aumenta o *respeito* diminuiu a *congruência* ou vice-versa. Entre a *incondicionalidade de respeito* e *compreensão empática*, bem como entre *congruência* e *incondicionalidade de respeito* as correlações são fracas. Por outro lado, entre a *congruência* e a *compreensão empática* a correlação é estatisticamente significativa.

Tabela 4 – Matriz de correlação de *Pearson* para as dimensões de relação de ajuda inseridas no BLRI: Forma MO-40

Dimensões da Relação de Ajuda	Nível de Respeito	Compreensão Empática	Incondicionalidade de respeito
Compreensão Empática	0,015 n.s	-----	-----
Incondicionalidade de respeito	0,073 n.s	0,462**	-----
Congruência	- 0,004 n.s	0,658**	0,366*

** A correlação é significante no nível 0,01

4.6 – PROCEDIMENTOS

A escolha do local para este estudo derivou do interesse do investigador em aumentar o campo do conhecimento sobre relação de ajuda, da facilidade de acesso aos participantes e da expectativa no contributo que os resultados obtidos proporcionem à prática e ao desempenho diário.

Em julho de 2012 foi realizado o pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD, E.P.E. - Unidade de Vila Real. Foi acompanhado de uma explicação sobre a finalidade do estudo, a forma de preenchimento, as partes constituintes do instrumento de colheita de dados, a utilização dos dados obtidos e o contributo para o estudo. Assim, o estudo foi efetuado na UN deste CHMAD, E.P.E., após o deferimento do pedido de autorização para a sua realização (Anexo V).

Com prévia autorização formal do autor à orientadora deste estudo (Anexo VI) aplicamos a Forma OS-40 às mães dos RN internados na UN e a Forma MO-40 às enfermeiras dessa unidade, a fim de se conhecer a perceção sobre a relação de ajuda que se estabeleceu no decurso da prestação de cuidados de enfermagem e de vivências relacionais mútuas.

A recolha de dados decorreu por um período de 100 dias, de 20 novembro de 2012 a 28 de fevereiro de 2013, de modo a obtermos uma amostra aceitável para o cumprimento da finalidade do estudo e dos objetivos propostos. Como refere Fortin (2003), a ética da investigação realizada com seres humanos revela-se fundamental para garantir o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente. Deste modo, o instrumento de recolha de dados/questionário enquadra uma explicação sobre a finalidade do estudo, o modo de preenchimento e as partes constituintes do mesmo, de forma clara e acessível, garantindo também a confidencialidade e anonimato das informações. Como investigador tivemos presente a importância do respeito individual dos participantes no estudo e procedemos sempre ao contato direto com os participantes para as respetivas explicações sobre o preenchimento do questionário. Desta forma obtivemos a garantia do consentimento informado pelo preenchimento voluntário do questionário.

Em relação aos procedimentos estatísticos, terminada a fase de colheita de dados, efetuamos a análise aos questionários, excluímos os que se encontravam mal preenchidos ou incompletos, que foram dois, efetuamos o processo de codificação e inserção na base de dados para seguirmos com o tratamento estatístico.

Para o tratamento dos dados recorremos ao programa informático SPSS, versão 21. Na metodologia para o tratamento de dados utilizamos a análise estatística descritiva

inferencial. Os dados são apresentados em tabelas facilitando a interpretação e análise dos resultados.

Quanto à estatística descritiva utilizamos como medidas estatísticas as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de assimetria e achatamento segundo o valor de Skewness (SK) e Kurtose (K) e o coeficiente de Apha de Cronbach, de acordo com as variáveis em estudo. O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis e os resultados obtidos podem ser interpretados da seguinte forma, de acordo com (Pestana e Gageiro, 2005):

- $CV \leq 15\%$ significa dispersão fraca
- $15\% < CV \leq 30\%$ dispersão média
- $CV > 30\%$ dispersão elevada

Foram aplicados, conforme o recomendado, a todas as variáveis de natureza quantitativa os testes de normalidade de *Kolmogorov-Sminorv*, *Skewness* e *Kurtose* (K). Para Pestana e Gageiro (2005) a medida de assimetria *Skewness* (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP) e são descritos por:

- SK/EP oscila entre -2 e 2, a distribuição é simétrica;
- SK/EP inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita;
- SK/EP superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda.

Para as medidas de achatamento K o resultado também se obtém através do quociente com o EP. Os autores supracitados caracterizam desta forma:

- K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica;
- K/EP inferior a -2, a distribuição é platicúrtica;
- K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica.

Também utilizamos o coeficiente da correlação de *Pearson*, teste que mede o grau de relação linear entre 2 variáveis quantitativas e varia entre -1 e +1. Segundo Pestana e Gageiro (2005) é caracterizado do seguinte modo:

- $r < 0,2$ associação muito baixa;
- $0,2 \geq r \leq 0,39$ associação baixa;
- $0,4 \geq r \leq 0,69$ associação moderada;
- $0,7 \geq r \leq 0,89$ associação alta;
- $0,9 \geq r \leq 1$ associação muito alta.

Em relação à estatística inferencial recorreremos a técnicas paramétricas e não paramétricas para comparar ordenações médias, designadamente o Teste U *Mann-Whitney* e Teste de *Kruskal-Wallis*. O teste de *Mann-Whitney* é um teste paramétrico que serve para determinar a diferença entre as médias de duas populações relativamente a uma variável aleatória contínua (Fortin, 2009). É um teste alternativo ao teste T para duas amostras independentes e utilizado preferencialmente quando as amostras são pequenas. Consiste em comparar o centro de localização das duas amostras como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes. Baseia-se nas ordenações da variável.

O teste de *Kruskal-Wallis* é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização, permitindo ver se existem diferenças nos pós teste entre três ou mais condições experimentais (Pestana e Gajero, 2005).

No estudo da relação entre as variáveis utilizamos, de acordo com os autores referenciados anteriormente, os seguintes níveis de significância:

- $p > 0.05$ diferenças estatísticas não significativas;
- $p < 0.05$ diferenças estatísticas significativas;
- $p < 0.01$ diferenças estatísticas bastante significativas;
- $p < 0.001$ diferenças estatísticas altamente significativas.

Terminadas as considerações metodológicas, procedemos à apresentação e análise dos resultados no capítulo seguinte.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Pretendemos, através da análise descritiva, caracterizar os *scores* obtidos com os dados resultantes dos participantes da amostra, para as variáveis em estudo e analisar a associação entre variáveis, tendo como referência os objetivos desta investigação. A apresentação dos resultados engloba tabelas com os dados mais relevantes do estudo.

Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo

➤ *Mães*

Para a caracterização da idade, separamos as mães em 2 grupos em função da mediana de idades encontrada, grupo com idade inferior ou igual a 30 anos e grupo com idade superior ou igual a 31 anos.

Das 46 mães que constituem a amostra, as habilitações literárias predominantes são o ensino secundário em ambas as faixas etárias com 19,6% e 32,6%. Com habilitações literárias até ao 3º ciclo as percentagens são semelhantes em ambas as faixas etárias com 10,9% e 8,7%, respetivamente. De realçar que na faixa etária inferior ou igual a 30 anos, 17,4% das mães apresentam formação superior e com idade superior ou igual a 31 anos apenas 10,9%. Apenas uma mãe possui o mestrado.

O estado civil predominante em ambos os grupos de idade das mães é casada/união de facto com 37% e 50%. Das mães com idade inferior ou igual a 30 anos, 10,9% são solteiras, o que acontece em apenas 2,2% das mães com idade superior ou igual a 31 anos. Uma mãe encontra-se no estado de viúva.

Quanto à profissão em ambos os grupos predomina o grupo 5 (Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores) com 21,7% e 23,9%. O grupo 2 (Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas) das profissões apresenta total de 10,9% das mães, sem grandes diferenças percentuais em relação à idade. Nas mães com idade inferior ou igual a 30 anos, o grupo 4 das profissões referente a Pessoal Administrativo apresenta 0% e nas mães com idade superior ou igual a 31 anos os grupos das profissões que apresentam 0% são grupo 3 (Técnicos e Profissões de Nível Intermédio) e grupo 7 (Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices). Do total da amostra de mães 32,6% pertence ao grupo 9 (Trabalhadores Não Qualificados), com percentagens semelhantes quanto ao grupo de idade.

Na situação laboral verificamos que nas mães com idade inferior ou igual a 30 anos 26,1% têm emprego e 21,7% estão desempregadas. Nas mães com idade superior ou igual a 31anos a percentagem é igual para empregadas e desempregadas, 26,1%.

Tabela 5 – Caraterização socioprofissional das mães em função da idade

Idade		<=30anos		>=31anos		Total	
Variáveis Socio Profissionais		N	%	N	%	N	%
Habilitações literárias	Até 3º ciclo	5	10,9%	4	8,7%	9	19,6%
	Ensino Secundário	9	19,6%	15	32,6%	24	52,2%
	Ensino Superior	8	17,4%	5	10,9%	13	28,3%
Estado civil	Solteira	5	10,9%	1	2,2%	6	13%
	Casada/União de Facto	17	37,0%	23	50,0%	40	87%
Profissão	Grupo 2*	2	4,3%	3	6,5%	5	10,9%
	Grupo 3*	1	2,2%	0	0,0%	1	2,2%
	Grupo 4*	0	0,0%	2	4,3%	2	4,3%
	Grupo 5*	10	21,7%	11	23,9%	21	45,7%
	Grupo 7*	2	4,3%	0	0,0%	2	4,3%
	Grupo 9*	7	15,2%	8	17,4%	15	32,6%
Situação Laboral	Empregada	12	26,1%	12	26,1%	24	52,2%
	Desempregada	10	21,7%	12	26,1%	22	47,8%

► Enfermeiras

Verificamos que, como habilitações académicas, as onze enfermeiras da amostra são licenciadas, das quais seis enfermeiras (54,5%) apresentam apenas esta classificação académica, quatro das profissionais (36,4%) possuem pós-graduação de cuidados intensivos neonatais. Uma enfermeira possui mestrado de saúde infantil e pediatria (9,1%).

Em relação à categoria profissional duas enfermeiras são de nível 1 (18,2%), seis profissionais são graduadas (54,5%) e três são especialistas (27,3%) na área da pediatria.

Verificamos que duas das enfermeiras são solteiras e restantes são casadas ou vivem em união de facto.

Tabela 6 – Caraterização socioprofissional das enfermeiras

Variáveis socioprofissionais	N	%	
Habilitações Literárias	Licenciatura	6	54,5%
	Licenciatura/ Pós-Graduação	4	36,4%
	Mestrado	1	9,1%
Categoria Profissional	Enfermeira Nível 1	2	18,2%
	Enfermeira Graduada	6	54,5%
	Enfermeira Especialista	3	27,3%
Estado civil	Solteira	2	18,2 %
	Casada/União de Facto	9	81,8%

Os anos de serviço das enfermeiras pertencentes à amostra situam-se entre os 4 e os 35 anos, com média de 19,18 anos e desvio padrão de 9,958.

Verificamos que o tempo de atividade profissional como enfermeiras na neonatologia apresenta mínimo de um 1 ano e máximo de 25 anos, com média de 12,18 anos e desvio padrão de 9,009. Os coeficientes de variação revelam a existência de dispersões elevadas em torno do valor médio (> 30,0%).

Tabela 7 – Identificação dos anos de serviço das enfermeiras pertencentes à amostra em estudo

Tempo de serviço (Anos)	Min.	Max.	Média	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Totalidade	4	35	19,18	9,958	51,91	-0,089	-0,369	0,426
Neonatologia	1	25	12,182	9,0091	73,95	0,361	-1,346	0,175

➤ Caracterização clínica das Mães

Para a caracterização clínica separamos as mães em 2 grupos em função da mediana de idades encontrada, grupo com idade inferior ou igual a 30 anos e grupo com idade superior ou igual a 31 anos. Nas 46 mães participantes no estudo os dados obtidos realçam que na faixa etária inferior ou igual a 30 anos, 30,4% planearam e tiveram acompanhamento clínico durante a gravidez, 15,2% não planearam a gravidez mas tiveram acompanhamento clínico e apenas 2,2%, correspondente a uma progenitora, não planeou nem vigiou a gravidez. Na faixa etária superior ou igual a 31 anos 32,6% planeou e participou em consultas de vigilância da gravidez, 13% não fez planeamento da gravidez mas teve acompanhamento clínico e 6,5% nem planeou nem teve vigilância durante a gravidez. Constatamos que 63% da amostra total planeou e teve acompanhamento clínico na gravidez, 28,2%, apesar de não ter programado a gravidez, fez a sua vigilância e 8,7% não planearam nem tiveram acompanhamento clínico durante a gravidez.

Em relação às mães com apenas um filho a diferença entre os grupos etários é menos visível (30,4% e 26,1%), sendo mais realçada para as mães com dois ou mais filhos. Das mães em idade inferior ou igual a 30 anos 17,4% têm dois ou mais filhos e as mães com idade superior ou igual a 31 anos correspondem a 26,1%. Da amostra total 56,5% são primogénitas e 43,5% têm dois ou mais filhos.

Tabela 8 – Relação entre a idade com as características da gravidez e o número de filhos das mães participantes no estudo

Caraterísticas	Idade	<=30anos		>=31anos		Total	
		N	%	N	%	N	%
Gravidez	Planeada/Vigiada	14	30,4%	15	32,6%	29	63%
	Não Planeada mas Vigiada	7	15,2%	6	13%	13	28,2%
	Não Planeada/Não Vigiada	1	2,2%	3	6,5%	4	8,7%
Número de filhos	Um filho	14	30,4%	12	26,1%	26	56,5%
	Dois ou mais filhos	8	17,4%	12	26,1%	20	43,5%

O número mínimo de filhos nesta amostra de 46 mães é de um, sendo o número máximo quatro filhos, correspondendo apenas a uma mãe. Cinco das mães da amostra têm três filhos. A média de filhos é de 1,59 e o desvio padrão 0,777. O coeficiente de variação apresenta existência de dispersão elevada (> 30,0%).

Tabela 9 – Identificação do número de filhos referente às mães participantes na amostra

Nº de Filhos	Min.	Max.	Média	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Total	1	4	1,59	0,777	48,86	3,382	1,145	0,000

Relativamente aos dias de internamento na unidade de neonatologia os RN das mães participantes do estudo têm um mínimo de 1 dia e máximo de 33 dias, apresentando como valor médio 7,80 dias, com uma dispersão elevada (>30,0%) que se pode constatar através do coeficiente de variação.

Tabela 10 – Identificação dos dias de internamento dos filhos dos elementos da amostra mães

Dias de internamento	Min.	Max.	Média	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Total	1	33	7,80	6,728	86,25	5,211	5,646	0,000

Denotam-se algumas diferenças entre as faixas etárias das mães e o tempo de internamento: relativamente às mães com idade inferior ou igual a 30 anos, o maior tempo de internamento situa-se em inferior ou igual a 3 dias (19,6%) e na faixa etária superior ou igual a 31 anos 19,6% têm internamento superior ou igual a 10 dias. Mas constatamos que, na amostra total, o tempo de internamento igual ou inferior a 3 dias é de 34,8% e 32,6% correspondem aos restantes períodos de internamento.

Tabela 11 – Relação entre tempo de internamento dos RN e idade das mães participantes no estudo

Tempo de Internamento	Idade <=30anos		Idade >=31anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 3 dias	9	19,6%	7	15,2%	16	34,8%
4-9 dias	7	15,2%	8	17,4%	15	32,6%
>= 10 dias	6	13,0%	9	19,6%	15	32,6%
Total	22	47,8%	24	52,2%	46	100%

Em relação a experiências anteriores de internamentos em Neonatologia apenas 8,7% do total da amostra viveu essa experiência recentemente e referente ao filho/a que estava internado no período da aplicação deste estudo, correspondendo a mães de RN prematuros que vieram transferidos de outra Instituição para a área de residência, a fim de seguimento dos cuidados clínicos.

Tabela 12 – Relação entre idade das mães e internamentos anteriores em neonatologia

Int. Anteriores	Idade <=30anos		Idade >=31anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	0	0,0%	4	8,7%	4	8,7%
Não	22	47,8%	20	43,5%	42	91,3%

➤ Relação de Ajuda – Mães

O resultado para cada dimensão de relação de ajuda vivenciada pelas mães participantes do nosso estudo revelam scores mínimos negativos em todas as dimensões. Em relação à dimensão *nível de respeito* obtivemos score mínimo -7 e máximo de 30, com média de 18,06 e desvio padrão 7,39. Na dimensão *compreensão empática* obtivemos score médio de 17,19, com mínimo -3 e máximo 27, desvio padrão de 6,44. Relativamente à *incondicionalidade de respeito* verificamos o score mínimo de -7 e máximo de 21, a média centra-se em 7,69 e desvio padrão 6,78. Na *congruência* o score mínimo obtido é -7 e máximo de 16, correspondentes a média de 4,67 e desvio padrão 4,46. Os coeficientes de variação revelaram dispersão elevada para todos os domínios da relação de ajuda. Os valores de assimetria indicam curvas de distribuição simétrica e os valores de K sugerem uma curva leptocúrtica e enviesada à direita no *nível de respeito* e curvas normocúrticas na *compreensão empática, incondicionalidade do respeito e congruência*.

Analisadas as dimensões na respetiva aderência à normalidade, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificamos que apenas o *nível de respeito* não tem distribuição normal.

Tabela 13 – Estatística descritiva das dimensões de relação de ajuda na amostra populacional mães

Dimensões da relação de ajuda	Min.	Max.	Média	DP	SK/erro	K/erro	CV	KS
Nível de respeito	-7	30	18,06	7,39	-2,951	2,457	40,91	0,014
Compreensão empática	-3	27	17,19	6,44	-1,997	0,959	37,46	0,085
Incondicionalidade de respeito	-7	21	7,69	6,78	-0,868	-0,744	88,16	0,367
Congruência	-7	16	4,67	4,46	-0,82	0,728	95,50	0,378

➤ Relação de ajuda - Enfermeiras

Os resultados para cada dimensão de relação de ajuda vivenciada pelas enfermeiras participantes do nosso estudo revelam *scores* mínimos negativos (-10) na dimensão *incondicionalidade de respeito* e (-2) na *congruência*. O *nível de respeito* obteve *score* mínimo de 4 e máximo de 20, média de 12,0 e desvio padrão 4,24. Na *compreensão empática* o *score* mínimo obtido é 7 e máximo de 26, correspondentes a média de 15,90 e desvio padrão 6,15. Relativamente à *incondicionalidade de respeito* verificamos o *score* mínimo de -10 e máximo de 20, a média centra-se em 4,07 e desvio padrão 7,70. Na dimensão *congruência* obtivemos *score* médio de 9,90, com mínimo -2 e máximo 19, desvio padrão de 6,12. Os coeficientes de variação mostram dispersões elevadas para todas as dimensões, com especial relevo para a dimensão *incondicionalidade do respeito*. Os valores de assimetria e K indicam curvas de distribuição simétrica e mesocúrtica comprovado pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabela 14 – Estatística descritiva das dimensões de relação de ajuda na amostra populacional enfermeiras

Dimensões da relação de ajuda	Min.	Max.	Média	Dp	SK/erro	K/erro	CV	KS
Nível de respeito	4	20	12,0	4,24	-0,145	0,771	35,33	0,872
Compreensão empática	7	26	15,90	6,15	-0,242	-0,618	38,67	0,419
Incondicionalidade de respeito	-10	20	4,07	7,70	0,275	1,045	163,13	0,770
Congruência	-2	19	9,90	6,12	-0,517	-0,014	61,81	0,907

Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva das variáveis inseridas no instrumento de colheita de dados iremos proceder à análise inferencial como forma de resposta às questões de investigação. Nomeadamente:

- De que modo as variáveis sociodemográficas e clínicas das mães interferem com as dimensões da relação de ajuda?
- De que modo as variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras interferem com as dimensões da relação de ajuda?
- Como percebem as mães e enfermeiras a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas?

A análise inferencial ajuda-nos a **perceber em que medida as dimensões de relação de ajuda demonstradas por as mães se relacionam com as variáveis sociodemográficas e clínicas** para darmos resposta à primeira questão de investigação.

Procurando identificar se a idade das mães influenciou a importância dada a cada dimensão da relação de ajuda realizou-se o teste de U de *Mann-Whitney* (tabela 15). Dos resultados obtidos ressalta que as mães com idade superior ou igual a 31 anos apresentem mais *nível de respeito*, *compreensão empática* e menos *incondicionalidade de respeito* e *congruência*, mas as diferenças não são estatisticamente significativas, o que nos permite afirmar que a idade não influencia a relação de ajuda.

Tabela 15 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e idade das mães

Dimensões de relação de ajuda	Idade		UMW	Z	P
	<= 30anos (N=22)	>= 31anos (N=24)			
Nível de respeito	Ordenação Média 22,02	Ordenação Média 24,85	231,500	-0,716	0,474
Compreensão empática	23,20	23,77	257,500	-0,143	0,886
Incondicionalidade de respeito	23,80	23,23	257,500	-0,143	0,886
Congruência	24,39	22,69	244,500	-0,431	0,667

Aplicamos o teste *Kruskal-Wallis* (tabela 16), entre as dimensões de relação de ajuda e as habilitações literárias das mães, distribuídas por três grupos. Verificamos que as mães que possuem o ensino superior apresentam mais *nível de respeito*, *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* e menos *congruência*, que é valorizada pelas mães com escolaridade ensino secundário. O grupo de escolaridade até 3º ciclo pontua menos nas dimensões *compreensão empática*, *incondicionalidade de respeito* e *congruência*. Os resultados apresentam diferenças estatísticas significativas na dimensão *incondicionalidade de respeito*, com $p=0,037$. Podemos afirmar que a escolaridade estabelece relação de dependência com essa dimensão de ajuda.

Tabela 16 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre dimensões de relação de ajuda e habilitações literárias das mães

Habilitações Literárias	Até 3ºciclo (N= 9)	Secundário (N=24)	Superior (N=13)	Qui Quadrado	P
Dimensões de relação de ajuda	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Nível de respeito	23,33	21,67	27	1,339	0,512
Compreensão empática	19,28	24,31	24,92	1,129	0,569
Incondicionalidade de respeito	13,56	24,88	27,85	6,584	0,037
Congruência	21,67	24,83	22,31	0,512	0,774

Através da tabela 17, procuramos saber em que medida o planeamento e vigilância da gravidez justificava a importância dada a cada uma das dimensões da relação de ajuda. Realizamos o teste de *Kruskal-Wallis* e indica-nos que o grupo de mães que fez planeamento e vigilância da gravidez apresentam mais nível *de respeito* e incondicionalidade *de respeito*. O grupo de mães que não planeou mas teve vigilância durante a gravidez possui ordenações médias menores nas dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática*. O grupo de mães que não planeou nem teve vigilância clínica da gravidez apresenta elevada *compreensão empática* e *congruência* e baixa *incondicionalidade de respeito*.

Constatamos que as diferenças não são estatisticamente significativas, ou seja as variáveis são independentes.

Tabela 17 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre dimensões de relação de ajuda e planeamento/vigilância da gravidez

Gravidez	Planeada e Viglada (N= 29)	Não Planeada mas Vigliada (N=13)	Não Planeada e Não Viglada (N=4)	Qui Quadrado	P
Dimensões de relação de ajuda	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Nível de respeito	26,21	17,19	24,38	4,085	0,130
Compreensão empática	25,48	17,96	27,13	3,149	0,207
Incondicionalidade de respeito	25,47	21,23	16,63	2,052	0,358
Congruência	23,78	20,88	30,00	1,457	0,483

Analisamos os resultados do teste U de *Mann-Whitney* relativos ao número de filhos (tabela18). Inferimos que as mães com dois ou mais filhos mostram maior *nível de respeito*, *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* e menor *congruência*. Pelo contrário, o grupo de mães com um filho tem maior *congruência* e menor *nível de respeito* e *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito*, mas não há diferenças estatísticas significativas, isto é a dimensão de ajuda não é explicativa do número de filhos.

Tabela 18 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e número de filhos

Dimensões de relação de ajuda	Nº de Filhos		UMW	Z	P
	Um Filho (N= 26) Ordenação Média	Dois ou Mais Filhos (N= 20) Ordenação Média			
Nível de respeito	23,10	24,03	249,500	-0,233	0,816
Compreensão empática	22,04	25,40	222,000	-0,844	0,399
Incondicionalidade de respeito	22,06	25,38	222,500	-0,833	0,405
Congruência	24,13	22,68	243,500	-0,367	0,713

Em relação à duração do internamento, no teste *Kruskal-Wallis* (tabela 19), os resultados indicam-nos que o grupo de mães cujo internamento foi inferior a 3 dias apresenta elevada *compreensão empática*, *incondicionalidade de respeito* e baixa *congruência*. Contrariamente, as dimensões *nível de respeito* e *congruência* obtêm ordenações mais elevadas no grupo de mães com internamento superior a 10 dias. O grupo de mães com internamento entre 4-9 dias mostra mais *congruência* e baixas ordenações para as restantes dimensões. Verificamos que existe significância marginal na *compreensão empática* e não significativa nas restantes.

Tabela 19 – Teste de *Kruskal-Wallis* entre dimensões de relação de ajuda e a duração do Internamento

Dimensões de relação de ajuda	T.Internamento			Qui Quadrado	P
	<= 3 dias (N= 16) Ordenação Média	4-9 dias (N=15) Ordenação Média	>= 10dias(N=15) Ordenação Média		
Nível de respeito	25	17,67	27,73	4,545	0,103
Compreensão empática	27,38	16,57	26,30	6,010	0,050
Incondicionalidade de respeito	27,56	17,23	25,43	5,069	0,079
Congruência	21,66	22,33	26,63	1,243	0,537

Com o intuito de compreender se existe, ou não, uma relação entre a existência de internamentos anteriores e as dimensões de relação de ajuda, realizamos o teste U de *Mann-Whitney* (tabela 20). Observamos pelas ordenações médias que são superiores nas mães que tiveram internamentos anteriores noutras unidades de Neonatologia, nas dimensões *nível de respeito* e *incondicionalidade de respeito*. Em relação às mães sem experiência de internamentos anteriores possuem ordenações médias mais elevadas para *compreensão empática* e *congruência*, mas as diferenças não são estatisticamente significativas, ou seja as variáveis são independentes.

Tabela 20 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e internamentos anteriores

Int. Anteriores	Sim (N= 4)		Não (N= 42)		UMW	Z	P
	Ordenação Média		Ordenação Média				
Nível de respeito	26,50		23,21		72,000	-0,469	0,639
Compreensão empática	18,50		23,98		64,000	-0,781	0,435
Incondicionalidade de respeito	23,75		23,48		83,000	-0,039	0,969
Congruência	20,13		23,82		70,500	-0,529	0,597

Com a segunda questão de investigação **procuramos indagar de que modo as variáveis sociodemográficas e profissionais das enfermeiras interferem com as dimensões da relação de ajuda.**

Procuramos identificar se a idade das enfermeiras influencia as dimensões de relação de ajuda, utilizamos para o efeito o teste U de *Mann-Whitney* (tabela 21). Separamos a amostra das enfermeiras em dois grupos etários, de acordo com a mediana: inferior a 39 anos e superior ou igual a 39 anos. O grupo etário com idade inferior a 39 anos apresenta maior *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* e baixo *nível de respeito* e *congruência*. Contrariamente, o grupo etário superior ou igual a 39 anos tem elevado *nível de respeito* e *congruência*. Registamos diferenças estatísticas significativas entre a idade e o *nível de respeito*, ou seja, a idade estabelece relação de dependência com esta variável.

Tabela 21 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e idade das enfermeiras

Idade	<39anos (N=4)		≥ 39anos (N=7)		UMW	Z	P
	Ordenação Média		Ordenação Média				
Nível de respeito	3,38		7,50		3,500	-1,993	0,046
Compreensão empática	7,00		5,43		10,000	-0,761	0,447
Incondicionalidade de respeito	6,25		5,86		13,000	-0,189	0,850
Congruência	5,00		6,57		10,000	-0,758	0,449

Através do teste U de *Mann-Whitney* (tabela 22) procuramos saber em que medida o tempo de atividade profissional das enfermeiras influenciou a importância dada a cada uma das dimensões da relação de ajuda. Dos resultados obtidos ressalta que o grupo de enfermeiras com tempo de serviço inferior ou igual a 17anos exibe valores mais elevados para *compreensão empática*, *incondicionalidade de respeito* e *congruência* e menor *nível de respeito*. No entanto, o grupo com tempo de serviço superior ou igual a 18 anos apresenta maior *nível de respeito* e ordenações médias baixas nas restantes dimensões. Constatamos

diferença estatística significativa na dimensão *compreensão empática* ($p=0,035$), o que nos leva a afirmar que a variável em causa é dependente.

Tabela 22 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e tempo de serviço das enfermeiras

T. Serviço	<=17anos (N=6)		>= 18 anos (N=5)		UMW	Z	P
	Ordenação Média		Ordenação Média				
Nível de respeito	4,67		7,60		7,000	-1,467	0,142
Compreensão empática	7,92		3,70		3,500	-2,114	0,035
Incondicionalidade de respeito	6,33		5,60		13,000	-0,366	0,714
Congruência	6,83		5,00		10,000	-0,915	0,360

Analizamos a relação das dimensões de relação de ajuda com o tempo de serviço exercido pelas enfermeiras na Neonatologia pelo teste U de *Mann-Whitney* (tabela 23). As ordenações mais elevadas para as dimensões *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* pertencem ao grupo de enfermeiras com tempo de atividade na neonatologia inferior ou igual a 8 anos. A dimensão *congruência* apresenta ordenação média igual para os dois grupos de enfermeiras. A dimensão *nível de respeito* pontua mais no grupo de enfermeiras com tempo de atividade superior a 8 anos, o que nos indica diferenças estatísticas significativas no *nível de respeito*, com $p=0,035$, sendo explicativa esta variável.

Tabela 23 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda e tempo de serviço das enfermeiras na Neonatologia

T. Neonatologia	<=8 anos (N=6)		>8 anos (N=5)		UMW	Z	P
	Ordenação Média		Ordenação Média				
Nível de respeito	4,08		8,30		3,500	-2,109	0,035
Compreensão empática	7,17		4,60		8,000	-1,287	0,198
Incondicionalidade de respeito	7,00		4,80		9,000	-1,098	0,272
Congruência	6,00		6,00		15,000	0,000	1,000

Pretendendo saber **como percecionam as mães e enfermeiras a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas** aplicamos o teste U de *Mann-Whitney*. Observamos ordenações médias elevadas no *nível de respeito*, *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* e menor *congruência* nas mães. Pelo contrário, as enfermeiras apresentam elevada *congruência*. Tais diferenças são estatisticamente significativas de acordo com os resultados apresentados na tabela 24, com valor de $p=0,003$ para a dimensão *nível de respeito* e $p=0,007$ para *congruência*. Face ao resultado, inferimos

que há uma relação de dependência entre os dois grupos e as dimensões *nível de respeito e congruência*.

Tabela 24 – Teste de U de *Mann-Whitney* entre dimensões de relação de ajuda para mães e enfermeiras

Dimensões de relação de ajuda	Grupos		UMW	Z	P
	Mães (N= 46)	Enfermeiras (N=11)			
	Ordenação Média	Ordenação Média			
Nível de respeito	32,15	15,82	108,000	-2,936	0,003
Compreensão empática	29,75	25,86	218,500	-0,699	0,485
Incondicionalidade de respeito	30,48	22,82	185,000	-1,378	0,168
Congruência	26,12	41,05	120,500	-2,690	0,007

Terminada esta fase de apresentação e análise dos resultados obtidos prosseguimos com a discussão como forma de compreendermos quais os fatores que influenciam a percepção da relação de ajuda.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão incide sobre a análise e reflexão dos resultados relativos ao tratamento estatístico possibilitando o fornecimento de respostas ao problema proposto neste estudo. Os resultados obtidos são interpretados de acordo com a realidade da UN do CHTMAD, E.P.E. e comparados com outros estudos publicados e geradores de conhecimento acerca da temática em estudo.

A amostra deste estudo engloba 46 mães de RN internados e 11 enfermeiras prestadoras de cuidados aos RN hospitalizados na UN do CHTMAD, E.P.E.. A colheita de dados foi realizada através de questionário das Relações Interpessoais de Barrett-Lennard, na Forma OS-40 para as mães e na Forma MO-40 para as enfermeiras. Na população estudada os questionários revelaram características psicométricas de fiabilidade com consistência interna razoável.

Alguns estudos efetuados por enfermeiros revelam que a perceção dos profissionais de enfermagem acerca das suas próprias competências são reduzidas em componentes da relação de ajuda, nomeadamente a comunicação, a escuta, o silêncio, o olhar e o toque mas atribuem importância à formação no âmbito da relação de ajuda (Vilaça, 2004). Os princípios de relação de ajuda apesar de aceites como uma ferramenta terapêutica imprescindível no quotidiano dos enfermeiros são desvalorizados devido a ações de rotina, ao excesso e complexidade do trabalho. Por outro lado, os modelos de gestão assentes na produtividade valorizam as tarefas, as técnicas e os procedimentos como cuidados fundamentais em prol dos cuidados relacionais, pressionando os enfermeiros a não desenvolverem as competências nas relações interpessoais (Rocha, 2008).

Segundo Melo (2008), a relação de ajuda é a vertente dos cuidados de enfermagem cada vez mais valorizada. Daí a necessidade da realização de estudos para conhecermos a perceção dos utentes em relação aos prestadores de cuidados de enfermagem e vice-versa.

Neste estudo **pretendemos saber como percecionam as mães e enfermeiras a relação de ajuda face a vivências relacionais mútuas**. Dos resultados globais obtidos na amostra populacional de **mães** nas dimensões da relação de ajuda verificamos médias mais elevadas nas dimensões *nível de respeito* e *compreensão empática*. Para Barrett- Lennard (1986) *nível de respeito* refere-se a uma esfera e eixo de resposta experienciada numa relação particular. A pontuação máxima é atingida, sendo referido pelo autor como acontecendo muito raramente (Rocha, 2008). A empatia é considerada por vários autores

como fundamental na relação enfermeiro/utente, sendo uma característica que traduz um sentimento de reconhecimento da pessoa (Frade, 1999), neste caso as mães percebem um elevado grau de compromisso, compreensão da comunicação e dos significados por parte das enfermeiras, ou seja um bom desempenho das enfermeiras.

Contatamos que a relação de ajuda poderá estar deficitária na dimensão *congruência* com a média mais baixa, sugerindo que as mães duvidam da sinceridade, genuinidade e transparência das enfermeiras. Os resultados obtidos com o BLRI aplicado às mães vão de encontro aos resultados obtidos por Rocha (2008), num estudo realizado entre professores e alunos, Almeida (2012) num estudo sobre a perspectiva dos pais na relação de ajuda e por Loureiro (2012), num estudo sobre a percepção do adolescente no cuidar em enfermagem.

Sintetizando, as mães têm uma percepção elevada sobre os cuidadores de enfermagem em relação ao *nível e respeito e compreensão empática*. Por outro lado, a percepção sobre a *congruência* é baixa, impondo às enfermeiras a necessidade de demonstrarem autenticidade, coerência e harmonia entre sentimentos e comportamento, que lhes possibilite melhorar a qualidade dos cuidados que prestam e obter a confiança das mães.

Dos resultados globais obtidos na amostra **enfermeiras** para as dimensões da relação de ajuda verificamos médias mais elevadas nas dimensões *compreensão empática* seguida de *nível de respeito*. Esta dimensão da relação de ajuda pode ser vista como um processo que envolve o desejo de estar altamente comprometido com o outro, conhecer a sua experiência e ser capaz de receber o seu sentimento, requer auto abertura aos sentimentos vividos e significados do outro (Barrett-Lennard, 1986). No nosso estudo mostra-nos um elevado grau de compromisso, compreensão da comunicação, já que o *score* mínimo é positivo e o *score* máximo relativamente perto do máximo esperado. Também Paula (2012), num estudo sobre relação de ajuda na perspectiva do enfermeiro, aferiu que os enfermeiros reconhecem a empatia como fundamental na relação de ajuda.

A dimensão *incondicionalidade de respeito* tem a média mais baixa (4,0729), sendo definida como o grau de constância de sentimento de respeito de uma pessoa para outra que comunica autoexperiências à primeira; sugere-nos alguma instabilidade na consideração positiva que as enfermeiras têm para com as mães, já que o *score* médio é bastante mais baixo que nas restantes dimensões de relação de ajuda. Barrett-Lennard (1986) considera que na maioria das relações passageiras, as expectativas dos que respondem às questões da *incondicionalidade* recaem na forma como os outros responderiam e estariam numa relação frontal e constituem uma grande parte de respostas a esta subescala. Por outro lado, o conceito de *incondicionalidade de respeito* poderia ser

tão discreto que não seria percebido pelo outro como sentimento (Rocha, 2008). Ponderamos na possibilidade de que as enfermeiras se tenham centrado em situações relacionais de curta duração, característico da maioria de vivências profissionais em Enfermagem.

Consideramos que a *congruência* foi percebida positivamente pelas enfermeiras; sendo definida como “o grau em que uma pessoa está funcionalmente integrada no contexto da sua relação com o outro, tal que há ausência de conflito ou inconsistência entre a sua experiência total, a sua consciência e a sua comunicação externa” (Barrett-Lennard, 1986, p. 444), ou seja refere-se à totalidade, integridade, consciência interna do indivíduo, que é direto e sincero com o que diz e faz. Estes resultados vão de encontro ao referido por Basto e Portilheiro (2003), que os enfermeiros portugueses identificam-se com uma prática de cuidados ainda indefinida, prevalecendo os cuidados centrados nas ações, coexistindo com uma pequena parte de profissionais que centram os cuidados na pessoa, correndo o risco de alguma incongruência, percebida pelas mães.

Como temos duas amostras de população iremos manter a mesma sequência da apresentação dos resultados e procedermos à **discussão dos resultados obtidos nas mães**:

A idade não influencia a percepção da relação de ajuda das mães, uma vez que não encontramos diferenças estatísticas significativas. As dimensões mais valorizadas no grupo de mães, com idade superior ou igual a 31 anos, foram *nível de respeito* e *compreensão empática*. Contrariamente, a *congruência* pontuou mais no grupo com idade inferior ou igual a 30 anos. Os resultados por nós obtidos confirmam os resultados de Rocha (2008), num estudo realizado entre professores e alunos, no qual constata existir nos docentes uma tendência para ao aumentar a idade aumentar o *nível de respeito* e diminuir as outras dimensões. Pelo contrário existem outros estudos efetuados por Almeida (2012) num estudo sobre a perspetiva dos pais na relação de ajuda e Loureiro (2012), num estudo sobre a percepção do adolescente no cuidar em enfermagem, cujas ordenações médias mais baixas, para o nível de respeito, foram obtidas no grupo de idade mais elevada.

Relativamente às habilitações literárias, obtivemos ordenações médias superiores na dimensão *nível de respeito*, *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* no grupo de mães que possuem ensino superior com exceção da *congruência* que pontua mais no grupo de mães que têm escolaridade o ensino secundário. A existência de diferenças estatísticas significativas leva-nos a afirmar que a variável estabelece relação de dependência com a dimensão *incondicionalidade de respeito*. Comparando com os resultados obtidos por Almeida (2012) num estudo realizado a pais das crianças/adolescentes em que obteve ordenações médias superiores na dimensão *nível de*

respeito, independentemente das habilitações literárias detidas pelos participantes e registou significâncias estatísticas entre as habilitações literárias e a *compreensão empática*, no nosso estudo não se confirma desta forma.

No que diz respeito ao planeamento/vigilância da gravidez, não há diferenças estatísticas significativas nas dimensões de relação de ajuda. No entanto, o grupo de mães que planeou e vigiou a gravidez apresenta mais *nível de respeito* e *incondicionalidade de respeito*. Pelo contrário, as mães que não tiveram qualquer vigilância da gravidez valorizam a *compreensão empática* e a *congruência*. De igual modo, um estudo qualitativo, efetuado por Soares (2008), acerca da adaptação e exercício da parentalidade, constatou que os pais que planejaram a gravidez, que receberam preparação e informação, logo mais conhecimentos, demonstram sentimentos e emoções mais positivas.

As mães que têm dois ou mais filhos possuem ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões com exceção da *congruência* que tem ordenação mais elevada nas mães com um filho, contudo, sem diferenças estatísticas significativas.

Quanto à duração do internamento apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão *compreensão empática*, ou seja estabelece relação de dependência, sendo contrário ao estudo de Almeida (2012), sem diferenças estatísticas significativas na associação entre o tempo de internamento e as dimensões da relação de ajuda. Mas apresenta similaridades com o nosso estudo num aspeto, em que obtivemos ordenações médias superiores nas dimensões *nível de respeito* e *congruência* no internamento prolongado e no internamento inferior a 3 dias pontuou mais a dimensão *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito*.

Para os internamentos anteriores, noutras unidades de Neonatologia, aferimos a não existência de diferenças estatísticas significativas nas dimensões de relação de ajuda.

Sequentemente procedemos **à discussão dos resultados obtidos nas enfermeiras:**

No que concerne à existência de relação entre idade das enfermeiras e dimensões da relação de ajuda existem diferenças estatísticas significativas no *nível de respeito*, podendo significar reconhecimento e valorização da relação de confiança e segurança entre profissionais e mães.

O grupo com idade superior a 39 anos obtém ordenações elevadas no *nível de respeito* e *congruência*. Este resultado, cuja ordenação é elevada na dimensão *nível de respeito*, vai de encontro ao obtido nas mães, prevalecendo nos grupos etários com mais idade. Não comprovamos a premissa de que o nível de respeito diminui com a idade conforme resultados obtidos noutros estudos de relação de ajuda, por Rocha (2008), no

estudo realizado entre professores e alunos, em que estudantes mais jovens apresentam mais nível de respeito, Almeida (2012) num estudo realizado com pais de crianças internadas, Loureiro (2012) num estudo efetuado com adolescentes e Paula (2012) num estudo com enfermeiros, cujos resultados revelam nível de respeito com ordenações elevadas nos grupos etários com menos idade. Mas verificamos ordenações médias elevadas na dimensão congruência no grupo etário com mais idade na amostra enfermeiras, mas sem significância estatística, o que confirma os resultados obtidos por Rocha (2008) nos docentes e no estudo de Paula (2012).

Constatamos diferença estatística significativa estabelecendo relação de dependência entre tempo de serviço e *compreensão empática*. Barrett-Lennard (1986) refere que níveis elevados de empatia tendem a acompanhar níveis relativamente elevados de respeito e congruência e raramente se associam a fraca incondicionalidade, o que corrobora com os nossos resultados no grupo de enfermeiras com menos tempo de serviço (inferior ou igual a 17 anos). Apresentam ordenações elevadas para todas as dimensões, mas relativamente elevado o *nível de respeito*. Igualmente Paula (2012), no seu estudo com enfermeiros, obteve a mesma relação de dependência entre estas variáveis, mas as ordenações elevadas em todas as dimensões foram no grupo com mais anos de serviço. Phaneuf (2005) descreve a empatia baseada num sentimento profundo de compreensão do outro, permitindo à enfermeira colocar-se no lugar da pessoa, ver o mundo em função do seu quadro de referência, percecionando o que o outro vive, sendo um pilar fundamental na relação interpessoal. Podemos referir que esta compreensão permite estabelecer eficazmente a relação de ajuda.

Relativamente ao tempo de serviço na Neonatologia e as dimensões da relação de ajuda obtivemos diferenças estatísticas significativas no *nível de respeito*, o que nos permite afirmar que as variáveis em estudo são dependentes. O grupo de enfermeiras com mais anos de serviço (superior a 8 anos) exhibe valor elevado no *nível de respeito*, contrariamente, *compreensão empática* e *incondicionalidade de respeito* pontua mais no grupo com tempo de serviço na Neonatologia inferior ou igual a 8 anos. A *congruência* apresenta igual ordenação nos dois grupos. A percepção que as enfermeiras têm da sua *congruência* para com as mães pode-se considerar como positiva, refere-se à totalidade, integridade, consciência interna, o indivíduo que é altamente congruente é completamente honesto, direto e sincero com o que diz e faz.

Para compreendermos como é que **as mães dos RN internados na Neonatologia e as enfermeiras prestadoras de cuidados percecionam as dimensões da relação de ajuda** face a vivências conjuntas, analisamos as ordenações obtidas. Inferimos que há uma relação de dependência entre os dois grupos e as dimensões *nível de respeito* e

congruência. Assim, a relação de ajuda deverá ser progressiva, estabelece-se pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolver da empatia, segurança e confiança (Oliveira et al., 2008).

Da enfermeira espera-se um comportamento responsável, equitativo e sério, ou seja um comportamento congruente, para que as mães se sintam confiantes, nutram respeito e credibilizem a nossa intervenção profissional.

Constatamos ordenações globais mais elevadas nas mães do que nas enfermeiras, estando de acordo com os resultados obtidos por Almeida (2012) em que obteve ordenações médias mais elevadas para todas as dimensões da relação de ajuda na unidade de Neonatologia.

Mas contrariamente aos nossos resultados, em que as mães pontuam ordenações superiores em todas as dimensões, exceto a *congruência*, no estudo de Rocha (2008) são os docentes que apresentam valores mais elevados em todas as dimensões de ajuda do que os estudantes.

As enfermeiras revelam ordenação elevada (41,05) na *congruência*, estando em conformidade com Rocha (2008), em que os docentes valorizam a dimensão *congruência* muito positivamente. A obtenção deste resultado impõe uma indagação, uma vez que na percepção das mães, existe falta de congruência nas relações das enfermeiras para com elas. Perspetivar ser congruente é não revelar conflito entre o que se pensa, o que se sente e o que se comunica. Assim, a congruência poderá ser perspetivada de forma diferente para mães e enfermeiras no nosso estudo e estudantes e docentes no estudo de Rocha (2008), mas devido a não termos dados para definir o que motiva estas diferenças poderemos apenas refletir no contexto real destes resultados. Na nossa visão, a perspetiva da enfermeira supõe uma constância das suas atitudes, partindo do princípio de que o seu desempenho no cuidar integra sempre um relacionamento interpessoal de ajuda e as características inerentes a competências relacionais de modo adequado e eficaz. Mas nem todos os profissionais desempenham eficazmente e adequadamente o seu papel, pois podem responder diferente do que estão a sentir, omitir coisas importantes ou negar razões emocionais, por vezes sem tomarem consciência dessa situação, sendo aspetos negativos da congruência que devem ser objeto de reflexão e modificação por parte das enfermeiras para que se promovam cuidados de saúde de qualidade.

Rocha et al. (2011), num estudo sobre a perspetiva das mães de RN internados numa UCIN, partindo do pressuposto que a hospitalização provoca experiências stressantes aos pais, envolvendo uma profunda adaptação, obteve resultados positivos para o desempenho dos enfermeiros. Concluíram que o trabalho dos enfermeiros foi classificado

como bom, a média de satisfação das mães foi superior para estes profissionais e a comunicação com os enfermeiros foi extremamente valorizada, indo de encontro aos nossos resultados em que as mães valorizaram as dimensões de relação de ajuda, reconhecendo nestes profissionais a importância do seu papel na ajuda do desenvolvimento de recursos para lidar com a situação de doença e internamento.

CONCLUSÕES

Atualmente existe uma real consciencialização da necessidade de se proceder a mudanças estruturais em termos políticos, económicos e culturais, no sentido de uma crescente valorização e acessibilidade à assistência aos cuidados de saúde.

A identificação de fatores de risco de forma a disponibilizar os recursos humanos e materiais necessários sem descurar a constante valorização da vinculação e afetividade no desenvolvimento de cada criança, bem como o reforço no envolvimento direto dos pais, é um imperativo para os profissionais e para os serviços de saúde. Do profissional de enfermagem espera-se competência teórica, prática e relacional aos desafios profissionais diários e conseqüentemente investimento na formação para se intervir de forma eficaz e com qualidade nos cuidados a prestar.

O planeamento dos cuidados de saúde envolve não apenas a prestação de novos serviços à criança e sua família, mas também a promoção da qualidade nos serviços existentes. Os enfermeiros de saúde infantil e pediatria sendo entendidos como peritos na conceção, gestão e prestação de cuidados à criança e família têm por missão serem os principais promotores da relação de ajuda no processo cuidativo.

Nesta etapa, surge a necessidade de efetuarmos uma análise reflexiva dos resultados que motivaram algumas questões, do trajeto percorrido e qual a contribuição para os cuidados na nossa prática diária.

Não pretendemos obter resultados generalizáveis, mas sim perceber em que contexto essa ação se desenrolava, numa tentativa de sensibilizar para a importância deste tema na melhoria dos cuidados prestados na unidade de Neonatologia do CHTMAD, E.P.E. – Unidade de Vila Real. Assim, a análise dos resultados do estudo, tendo como referência os objetivos de investigação, permite-nos destacar algumas conclusões que poderão servir como ponto de partida para reflexão e investigação mais aprofundada sobre o desenvolvimento da relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, condição fulcral à prestação de cuidados de enfermagem que engloba todas as dimensões do ser humano.

Para percebermos em que medida as dimensões de relação de ajuda demonstradas por as participantes se relacionam com as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e variáveis clínicas das mães utilizamos análise inferencial.

Dos resultados obtidos pelas mães consideramos:

- A idade das mães situa-se entre os 18 e os 40 anos, com média 30,24 anos e desvio padrão de 5,1;
- Quanto às habilitações literárias 19,6% possuem o 3º ciclo, o ensino secundário possuem 52,2%, seguido do ensino superior com 28,3%;
- As mães que possuem o ensino superior são maioritariamente de idade inferior ou igual a 30 anos enquanto as que possuem o ensino secundário são de idade superior ou igual a 31 anos;
- O estado civil, casada/união de facto é 87%;
- 52,2% têm emprego e 47,8% estão desempregadas onde se incluem 13% domésticas e 4,3% estudantes;
- 63% da amostra total planeou e teve acompanhamento clínico na gravidez, 28,2% apesar de não ter programado a gravidez fez a sua vigilância e 8,7% não planearam nem tiveram acompanhamento clínico durante a gravidez;
- 56,5% das mães têm um filho e 43,5% têm dois ou mais filhos;
- O número mínimo de filhos é de um e o máximo quatro filhos, a média de filhos é de 1,59 e desvio padrão 0,777;
- O tempo de internamento varia entre 1 dia e 33 dias, média 7,80 dias e desvio padrão 6,728;
- 34,8% teve tempo de internamento inferior ou igual a 3 dias, entre 4-9 dias de internamento 32,6% e internamento superior ou igual a 10 dias 32,6%;
- Quanto a internamentos anteriores 91,3% das mães não tiveram experiências anteriores e 8,7% viveu essa experiência recentemente;
- A dimensão de relação de ajuda com média mais elevada é o *nível de respeito*, com o score máximo alcançado de 30, seguida de *compreensão empática* e o score médio mais baixo é a *congruência*;
- A dimensão *nível de respeito* apresenta diferenças estatisticamente significativas, leva-nos a inferir que as mães percecionam um bom desempenho das enfermeiras.
- A idade das mães não influencia a relação de ajuda, apesar de observarmos ordenações médias superiores no *nível de respeito* e *compreensão empática*, nas mães com idade superior ou igual a 31 anos;
- Quanto às habilitações literárias obtivemos ordenações elevadas em todas as dimensões de relação de ajuda no grupo que possui ensino superior, com exceção da *congruência* que obteve ordenação superior no grupo de mães com ensino secundário. Esta variável estabelece relação de dependência com a dimensão

incondicionalidade de respeito, cuja diferença estatística se situa entre 3º ciclo e ensino superior;

- No planeamento e vigilância da gravidez não encontramos diferenças estatísticas significativas, bem como em relação ao número de filhos;
- Na duração do internamento observamos diferenças estatísticas significativas na dimensão *compreensão empática*, que apresenta ordenações superiores no grupo de mães cujo internamento é inferior ou igual a 3 dias, seguida do grupo com internamento superior ou igual a 10 dias, com a diferença situada no grupo com internamento entre 4-9 dias;
- Relativamente à existência ou não de internamentos anteriores não encontramos diferenças estatísticas significativas.

Dos resultados obtidos pelas enfermeiras inferimos:

- As enfermeiras apresentam idades compreendidas entre os 27 e 56 anos, média 42,09 e desvio padrão 9,513;
- 36,4% das enfermeiras apresentam idade inferior a 39 anos e 63,6% superior ou igual;
- Como habilitações literárias todas são detentoras da licenciatura, 36,4% também possuem uma pós-graduação e 9,1% o mestrado;
- Na categoria profissional 54,5% são enfermeiras graduadas, 18,2% de nível 1 e 27,3% especialistas na área da Pediatria;
- Verificamos que duas das enfermeiras são solteiras e restantes são casadas ou vivem em união de facto;
- O tempo máximo de atividade profissional é 35 anos e o mínimo 4 anos, média 19,18 anos;
- O tempo de atividade profissional na Neonatologia apresenta um máximo de 25 anos e mínimo 1 ano;
- Em relação às dimensões e relação de ajuda verificamos que a média mais elevada recai na *compreensão empática* e a menor média na *incondicionalidade de respeito*;
- A idade das enfermeiras estabelece relação de dependência com a dimensão *nível de respeito*, obtemos ordenações superiores no grupo com idade superior ou igual a 39 anos nas dimensões *nível de respeito* e *congruência*;
- As enfermeiras com tempo serviço inferior ou igual a 17 anos exibem ordenações superiores em todas as dimensões de relação de ajuda, exceto *nível de respeito* que auferiu ordenação superior no grupo com tempo de serviço maior ou igual a 18 anos. Apresenta diferenças estatísticas significativas, existindo relação de dependência

com a *compreensão empática* que apresenta baixa ordenação no grupo com mais anos de serviço;

- Quanto ao tempo de serviço na Neonatologia estabelece relação de dependência com a dimensão *nível de respeito*, com ordenação média elevada no grupo com mais anos de serviço (superior ou igual a 8 anos).

A percepção das mães quanto ao desempenho das enfermeiras pode ser considerada positiva, com valores elevados de *nível de respeito*, *compreensão empática* e *incondicionalidade* de respeito e as enfermeiras valorizam a *congruência*. As dimensões *nível de respeito* e *congruência* estabelecem relação de dependência com o grupo de mães e de enfermeiras.

Considerando os resultados é válido afirmarmos que a percepção da relação de ajuda é influenciada por variáveis como as habilitações literárias e tempo de internamento nas participantes do estudo mães e, as variáveis idade e tempo de serviço nas participantes enfermeiras.

O desempenho da enfermeira centra-se no respeito, numa conduta congruente na prestação dos cuidados ao RN/pais, na procura de estratégias para estabelecer relações de empatia, demonstrando empenho e disponibilidade.

Pensamos, deste modo, ter respondido com sucesso às nossas questões de investigação e aos objetivos propostos.

Limitações ao Estudo

Embora reconhecendo algumas limitações no estudo, nomeadamente a escassez de bibliografia, na área de Neonatologia, para fundamentar a discussão dos resultados obtidos e a dificuldade cognitiva sentida por algumas mães participantes no estudo, no preenchimento do inventário de relações interpessoais de Barrett-Lennard, podemos afirmar que os objetivos do nosso estudo foram atingidos.

Os resultados obtidos podem constituir uma base de trabalho para futuras investigações e desenvolvimento desta temática, alargando a amostra para outras realidades pediátricas.

Implicações Práticas

A construção do cuidado em Neonatologia exige uma interação constante entre enfermeiras e pais. As enfermeiras têm o papel de mediadoras entre o RN/mães e os

cuidados a prestar, cabendo a estas os esclarecimentos necessários e adequados, o ensino de estratégias que facilitem a vivência da experiência de doença /internamento, contribuindo para a diminuição dos níveis de ansiedade e promoção do vínculo afetivo. Por outro lado, cabe a cada uma de nós fomentar a vontade de procura constante do crescimento e enriquecimento pessoal e profissional como forma de resposta aos desafios diários, ao nosso contributo na equipa de saúde e à satisfação das próprias expetativas. Assim, devemos:

- Melhorar a comunicação com os pais, pois pais bem informados sobre o estado de saúde do seu filho, sobre as normas e regras do serviço, os procedimentos e integrados nos cuidados aos filhos, apresentam maior capacidade para superar a experiência da hospitalização;
- Promover a reflexão em equipa é aprender a se conhecer, a reconhecer as emoções, as manifestações, a descrever o que intimida, é certamente progredir no autoconhecimento e no autodomínio;
- Potencializar a relação de ajuda como forma de humanizar os cuidados;
- Sugerir como projeto de investigação, na área da relação de ajuda no serviço, a realização de estudo de carácter qualitativo, permitindo aos pais a livre expressão da opinião e sentimentos;
- Integrar formação na área da relação de ajuda na equipa de enfermagem.

Com o término deste relatório final, integrado na etapa formativa do 2º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria realçamos a importância da relação de ajuda no cuidar neonatal, de promover as competências relacionais no processo de prestação de cuidados e de as integrar como evidência científica do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E.M.M.S. (2012). *Relação de ajuda em pediatria: Perspectiva dos pais*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Amaral, N.M.F. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de RN prematuros internados: A visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de enfermagem: Intenção ou acção: O que pensam os estudantes? *Nursing*, 12 (146), 8-14.
- Askin, D.F. (2011). Problemas de saúde dos recém-nascidos. In M.J. Hockenberry (Ed.), *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed., Cap. 9, pp. 249-330). Rio de Janeiro: Mosby.
- Barrett-Lennard, G.T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method, and use. In *The psychotherapy process: A research handbook* (pp. 439-475). New York: Guilford.
- Barrett-Lennard, G.T. (2003). Measuring experienced relationship: Na odyssey (1975-2003). In *Steps on a mindful journey: Persons-centred expressions* (pp. 93-112). Ross-on Wye: UK: PCCS Books.
- Basto, M. L., & Portilheiro, C. (2003). Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, (7), 42-51.
- Basto, M.L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2, 2º Semestre), 11-18.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 12, pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bermejo, J.C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. Madrid: Editorial Sal Terrae.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (1992). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Canavarro, M.C., & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 9, pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.

- Cardoso, A.C.A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Gasper, & A. Tucher (Eds.), *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmieres: Une perspective holistique humaniste*. Boucherville: Gáetan Morion Éditeur.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermaría com el paciente*. Barcelona: Doyma.
- Cole, J. (1995). Intervenção precoce em bebé prematuro de alto risco. In J. Gomes-Pedro, *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 237-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de enfermagem*. Lisboa: OE.
- Costa, M.L.G.P. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na realidade de cuidados*. Tese de Mestrado, Universidade Losófona de Humanidades e Tecnologias, Instituto de Educação, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 104/98*, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o regulamento aprova o respetivo Estatuto. Diário da República, 93, Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 161/96*, de 04 de setembro. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, 205, Série I-A.
- DGS. (2009). *Natalidade, mortalidade infantil, fetal e peri-natal*. Lisboa: Autor.
- Ferreira, M.A.G., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem: Percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*, (6), 358-366.
- Ferreira, M.M.C., & Costa, M.G.F.A. (2004). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé. *Millelium: Revista do ISPV*, (30), 51-58.

- Figueiredo, B. (2005). *Boding pais-bebé*. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 11, pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Frade, J.M.F.V. (1999). *Relação de ajuda em enfermagem: Perspectiva sobre a prática e a formação*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Gil, A.C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In J. Gomes-Pedro, J.K. Nugent, J.G. Young, & T.B. Brazelton (Eds.), *A criança e a família no século XXI* (Cap. 1, pp.23-48). Lisboa: Dinalivro.
- Gomez, R.M. (2005). O pai: Paternidade em transição. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap. 10, pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Graça, L., & Henriques, A.I. (2004). *Protohistória da enfermagem em Portugal. I Parte [History of the Portuguese Nursing. Part One*. Recuperado em 25 de janeiro, de <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos64.html>.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- INE. (2011). *Classificação Internacional das Profissões 2010*. Lisboa: Autor.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.
- Kérouac, S., Pepen, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lopes, A.M.C. (2009). Remodelação da neonatologia. *HDSInforma*, (27), 4-5.
- Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Loureiro, H.M.C.L. (2012). *Cuidar em enfermagem: Percepção do adolescente*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

- Magalhães, S.C.R.S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, (8), 53-61.
- Marques-Teixeira, J. (1994). Grupos Balint: Características gerais e métodos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 11 (1), 54-65.
- Melo, R.C.C. P. (2008). *A Relação de ajuda: Contextos e práticas de enfermagem*. *Servir*. (2), 67-73.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda: A pessoa como centro. *Revista de Estudos Rogerianos*, (3), 59-64.
- OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- OE. (2010). *A profissão*. Lisboa: Autor.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das especialidades em Enfermagem. Acedido em 22 de Abril de 2013 em [http:// www.ordemenfermeiros.pt/](http://www.ordemenfermeiros.pt/)>.
- Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A., & Machado, M.C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: Intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *ESSFISIONLINE*, 4 (2), 44-61.
- Oliveira, C.F.P. (2008). *Procedimentos de enfermagem dolorosos: Respostas de mães e enfermeiras numa unidade de pediatria*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Paula, T.M.F.L.C. (2012). *Relação de ajuda: Perspetiva do enfermeiro de pediatria*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.
- Queirós, A.M.C.A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto.

- Reis, G. (2007). Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Rocha, A.P. (2008). *Cuidar em enfermagem: Percepção do adolescente*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rocha, G., Candeias, L., Ramos, M., Maia, T., Guimarães, H., & Viana, V. (2011). Stress e satisfação das mães em cuidados intensivos neonatais. *Acta Med Port*, 24 (S2), 157-166.
- Rodrigues, S.P.F. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: Pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Tese de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Sampaio, D. (2008). *A razão dos avós*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, A. (2011). Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31.
- Silva, L. R., Christoffel, M. M., Fernández, A. M. & Santos, I. M. (2006). A importância da interação mãe-bebé no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. *Revista de enfermagem UERI*, 14 (4), 606-612.
- Soares, H. (2008). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Vilaça, I. C. R. (2004). Relação de ajuda no âmbito do cuidar em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 8 (1).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Classificação Portuguesa de Profissões 2010

Classificação Portuguesa das Profissões 2010 - Grandes Grupos e Sub-Grandes Grupos | 25

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
0		PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS
	01	Oficiais das Forças Armadas
	02	Sargentos das Forças Armadas
	03	Outro Pessoal das Forças Armadas
1		REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS
	11	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas
	12	Directores de serviços administrativos e comerciais
	13	Directores de produção e de serviços especializados
	14	Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços
2		ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS
	21	Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins
	22	Profissionais de saúde
	23	Professores
	24	Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais
	25	Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC)
	26	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais
3		TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO
	31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio
	32	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde
	33	Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios
	34	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares
	35	Técnicos das tecnologias de informação e comunicação

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
4		PESSOAL ADMINISTRATIVO
	41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados
	42	Pessoal de apoio directo a clientes
	43	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo
	44	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo
5		TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES
	51	Trabalhadores dos serviços pessoais
	52	Vendedores
	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares
	54	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
6		AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA
	61	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado
	62	Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado
	63	Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência
7		TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES
	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista
	72	Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares
	73	Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
	74	Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica
	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
8		OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM
	81	Operadores de instalações fixas e máquinas
	82	Trabalhadores da montagem
	83	Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis
9		TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS
	91	Trabalhadores de limpeza
	92	Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta
	93	Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes
	94	Assistentes na preparação de refeições
	95	Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua
	96	Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares

ANEXO II

Instrumento de recolha de dados Forma Os-40



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

QUESTIONÁRIO

Estou a realizar um estudo sobre a **“Relação de Ajuda em Neonatologia: Perceção das mães e das enfermeiras”**.

Pretendo conhecer a sua opinião em relação a condições relacionais estabelecidas com a enfermeira que presta ou prestou cuidados ao seu filho(a) durante este internamento na unidade de neonatologia.

Peço a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo a sua participação voluntária.

Se decidiu participar, por favor responda expressando a sua opinião sincera, não deixando nenhuma questão por assinalar.

Muito obrigada

Cristina Maria Cardoso Gonçalves

Viseu, 2012

1ª PARTE- Caracterização sócio-demográfica

1-IDADE _____ Anos

2- HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (concluídas):

1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo

Secundário Licenciatura Outro _____

3- ESTADO CIVIL: Solteira Casada União de facto Outro _____

4- PROFISSÃO: _____

5- SITUAÇÃO LABORAL: Empregada Desempregada

6- GRAVIDEZ : Planeada Não planeada Viglada não viglada

7- NÚMERO DE FILHOS: _____

8- TEMPO DE INTERNAMENTO: _____ (Dias)

9- INTERNAMENTOS ANTERIORES EM NEONATOLOGIA: SIM NÃO

Observações _____

2ª PARTE - Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard

As afirmações que se seguem descrevem reações ou comportamentos que uma pessoa pode ter em relação a outra.

Comece por eleger a enfermeira, que acompanha/(ou) processo de cuidados ao seu filho e que de alguma forma a marcou significativamente pela positiva ou negativa no aspeto relacional.

Responda aos itens de acordo com a relação estabelecida com essa enfermeira, adicionando mentalmente o nome da enfermeira no espaço que contém o traço. Exemplo: imagine o nome (_____) em conjunto com a respetiva afirmação.

Assinale a sua resposta na coluna do lado direito.

Identifique cada afirmação de verdadeiro de forma a mostrar o quanto realmente sente que é verdadeiro ou falso. Para isso escreva um número positivo (+3, +2, ou +1), para estabelecer respostas "Sim", e um número negativo (-1, -2, ou -3) para estabelecer respostas "Não" de acordo com a tabela:

Respostas afirmativas	+3	SIM - Realmente sinto que é verdade
	+2	Sim - Sinto que é verdade
	+1	Sim - Penso que isso possa ser verdade (mais verdadeiro que falso)
Respostas negativas	- 1	Não - Penso que é provavelmente falso (mais falso que verdadeiro)
	- 2	Não - Sinto que isso não é verdade (ou não dessa forma)
	-3	NÃO - Sinto realmente que isso não é verdade.

Por favor, certifique-se de que todas as questões foram assinaladas.

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma OS-40	RESPOSTAS
1. _____ respeita-me.	
2. _____ normalmente quer saber o que penso e compreende-me.	
3. O interesse da _____ por mim, depende das minhas palavras ou ações.	
4. Eu sinto que a _____ assume um papel genuíno e fala abertamente comigo.	
5. _____ gosta verdadeiramente de mim.	
6. _____ reage às minhas palavras e ao que eu faço mas não percebe como me sinto.	
7. A atitude de _____ para comigo não altera, independentemente do meu humor.	
8. _____ é sincera acerca do que pensa e do que sente.	
9. _____ sente desinteresse por mim, sou apenas mais uma mãe com o filho internado.	
10. _____ compreende exatamente o que eu quero dizer e como me sinto.	
11. _____ tem melhor (ou pior) opinião sobre mim dependendo do meu comportamento.	
12. Eu sinto que _____ não é autêntica comigo.	
13. Sinto que sou valorizada e apreciada por _____.	
14. _____ vê as coisas do seu ponto de vista, nunca através do meu.	
15. Independentemente do que eu diga sobre mim própria, _____ gosta (ou não gosta) de mim de igual modo.	
16. _____ atua em parceria comigo.	
17. _____ acha-me desinteressada e pouco “ empenhada”.	
18. _____ compreende o que quer dizer mesmo quando tenho dificuldades em dizê-lo.	
19. _____ gostaria que eu fosse uma pessoa especial.	
20. _____ transparece o que pensa sobre mim.	
21. _____ preocupa-se comigo como pessoa singular.	
22. _____ não me ouve, nem dá importância ao que eu penso ou sinto.	
23. _____ não muda ou quer mudar a sua opinião sobre mim.	

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma OS-40	RESPOSTAS
24. _____ é sincera e autentica na nossa relação.	
25. Eu sinto que _____ não aprova a minha maneira de ser e mostra superioridade.	
26. _____ compreende verdadeiramente tudo o que eu quero dizer.	
27. A atitude da _____ para comigo, não modifica mesmo que eu diga algo desagradável.	
28. Por vezes _____ sente-se desconfortável, mas não o refere.	
29. _____ é simpática comigo e afável.	
30. _____ não me compreende.	
31. Sinto que _____ aprova algumas coisas em mim e manifestamente desaprova outras.	
32. _____ mostra facilmente o que pensa e sente.	
33. _____ tolera-me ou "atura-me" (sente que tem que ser).	
34. _____ escuta-me e aprecia com exatidão o que sinto em relação à minha vida.	
35. Umas vezes sou valorizada por _____, outras vezes não.	
36. Por vezes sinto que a resposta exterior da _____ em relação a mim é bastante diferente do que sente no seu interior.	
37. _____ sente afeto por mim, responde-me calorosamente.	
38. _____ reage automaticamente em relação a mim, sem ouvir ou pensar sobre o assunto.	
39. Posso ser honesta com a _____ que não modifica a sua atitude para comigo: não preciso de ser cautelosa.	
40. _____ nem sempre demonstra os sentimentos.	

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO III

Instrumento de recolha de dados Forma MO-40



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

QUESTIONÁRIO

Exma Colega:

Estou a realizar um estudo para elaboração de uma tese de mestrado sobre a:
“Relação de Ajuda em Neonatologia: Perceção das mães e das enfermeiras”.

Pretendo conhecer a sua opinião em relação à sua perceção sobre a relação de ajuda que estabelece com a mãe do recém nascido a quem presta cuidados.

Peço a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

O questionário é anónimo e confidencial.

Por favor responda expressando a sua opinião sincera, não omitindo nenhuma questão.

Muito obrigada

Cristina Maria Cardoso Gonçalves

Viseu,2012

1ª PARTE- Caracterização sócio-demográfica

1-IDADE _____ Anos

2- SEXO : Feminino Masculino

3- HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

Licenciatura Pós-Graduação Mestrado

Outro _____

4- CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

5- TEMPO DE SERVIÇO COMO ENFERMEIRA _____ (Anos) _____ (Meses)

6- TEMPO DE SERVIÇO NA NEONATOLOGIA _____ (Anos) _____ (Meses)

2ª PARTE- Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard

As afirmações descrevem reações ou comportamentos que uma pessoa pode ter no relacionamento interpessoal.

Considere cada uma das afirmações como estando relacionada consigo e com a mãe do recém-nascido a quem presta ou prestou cuidados, adicionando mentalmente o nome da mãe no espaço fornecido. Exemplo _____ (imagine o nome) em conjunto com a respetiva afirmação. Responda aos itens de acordo com a relação estabelecida com essa mãe. Assinale a sua resposta na coluna do lado direito.

Identifique cada afirmação de verdadeiro de forma a mostrar o quanto realmente sente que é verdadeiro ou não verdadeiro. Escreva um número positivo (+3, +2, ou +1), para estabelecer respostas "Sim", e um número negativo (-1, -2, ou -3) para estabelecer respostas "Não" de acordo com a tabela:

Respostas afirmativas	+3	SIM - Realmente sinto que é verdade
	+2	Sim - Sinto que é verdade
	+1	Sim - Penso que isso possa ser verdade (mais verdadeiro que falso)
Respostas negativas	- 1	Não - Penso que é provavelmente falso (mais falso que verdadeiro)
	- 2	Não - Sinto que isso não é verdade (ou não dessa forma)
	-3	NÃO - Sinto realmente que isso não é verdade.

Por favor, certifique-se de que todas as questões foram assinaladas.

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma MO-40	RESPOSTAS
1. Eu respeito _____ como pessoa individual.	
2. Costumo sentir ou perceber como _____ se sente.	
3. O interesse que sinto pela _____ depende das suas palavras e comportamento.	
4. Sinto que sou sincera e autêntica na presença da _____.	
5. Nem sempre tenho paciência para com _____.	
6. Eu escuto as palavras da _____ mas não sei como se sente realmente.	
7. Mesmo que _____ se sinta feliz ou triste consigo própria, não mudo de atitude para com ela.	
8. Não partilho os meus sentimentos interiores com _____ e evito demonstrar as minhas impressões.	
9. Sinto-me indiferente em relação a _____.	
10. Habitualmente entendo o que _____ me está a dizer e como se sente.	
11. Por vezes tenho melhor ou pior opinião sobre _____, dependendo do comportamento.	
12. Sinto que sou autêntica com _____.	
13. Sinto empatia e admiro _____ como pessoa.	
14. Por vezes falta-me sensibilidade para compreender o ponto de vista da _____.	
15. Gostar ou não gostar da _____, não altera de acordo com algo que diga ou mostre de si própria.	
16. Não mostro os meus sentimentos a _____ e tento não me envolver.	
17. Penso que _____ é uma pessoa pouco interessada e “empenhada”.	
18. Percebo o que quer _____ dizer, mesmo quando está a ter dificuldade em se expressar.	
19. Tenho uma ideia definida acerca do tipo de pessoa na qual desejo que _____ venha a ser.	
20. Estou disposta a dizer o que penso à _____, inclusive acerca dos cuidados ao seu filho e da nossa relação.	
21. Sinto que me preocupo e cuido da _____.	
22. Imponho limites, ignoro alguns sentimentos e formas de pensar da _____.	

Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard: Forma MO-40	RESPOSTAS
23. A maneira como me sinto face a _____ não muda em relação ao seu sucesso.	
24. Eu consigo ser autêntica e aberta na relação com _____.	
25. Nem sempre estou em concordância com _____ e afasto-me.	
26. Normalmente sintonizo e compreendo todos os significados do que _____ diz.	
27. Se _____ me diz algo desagradável, isso não afeta a minha atitude ou o meu sentir para com ela.	
28. Por vezes sinto-me desconfortável com _____, mas sigo em frente esperando que ignore isso.	
29. Sinto que sou simpática e afável com _____.	
30. A _____ confunde-me: realmente não a compreendo.	
31. O comportamento da _____ por vezes agrada-me, outras vezes desaponta-me.	
32. Sou "transparente". Geralmente mostro o que penso e sinto em relação a _____.	
33. Sou tolerante para com _____.	
34. Dou valor às experiências de vida da _____ e ao que significam para ela.	
35. Por vezes _____ agrada-me e parece digna de valor e noutras vezes desaponta-me.	
36. A minha responsabilidade profissional quanto a _____ pode ser diferente, dependendo da forma como me sinto interiormente.	
37. Sinto afeição por _____ e um vínculo que ultrapassa a relação profissional.	
38. Respondo a _____ muitas vezes de forma automática, nem sempre tenho em consideração o que pensa ou sente.	
39. _____ pode ser sincera comigo (honesto): isso, não altera a minha atitude para com ela.	
40. Oculto os meus sentimentos e desejos à _____. Sinto que há coisas das quais não falamos que podem causar dificuldades na nossa relação.	

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO IV

Documento de reconversão da Escala: Relationship Inventory Scoring Sheet – 40 –item OS & MO forms

Relationship Inventory Scoring Sheet – 40-item OS & MO forms (ver. 2)

Name/code:..... Date answered:..... Form: OS or MO (circle one)

Class of relationship..... Position of respondent.....

Note if other RI data on same relationship:.....

Enter the answer for each item in its space, below, reversing the sign (from + to -, or - to +) if the item number is shown in bold, as you go along. (The bold items are worded 'negatively'.)


Level of Regard (R)		Empathy (E)		Unconditionality (U)		Congruence (C)	
Item No.	Answer	Item No.	Answer	Item No.	Answer	Item No.	Answer
1		2		3	Sign reversed	4	Sign reversed
5		6	Sign reversed	7		8	
9	Sign reversed	10		11	Sign reversed	12	
13		14	Sign reversed	15		16	Sign reversed
17	Sign reversed	18		19	Sign reversed	20	
21		22	Sign reversed	23	Sign reversed	24	
25	Sign reversed	26		27		28	Sign reversed
29		30	Sign reversed	31	Sign reversed	32	
33	Sign reversed	34		35	Sign reversed	36	Sign reversed
37		38	Sign reversed	39		40	Sign reversed
R Scale		E Scale		U Scale		C Scale	
Score->		Score->		Score->		Score->	

Add the ten item answer values in each column to obtain the score for that scale, which might be a positive or negative number. The possible range of a scale score is -30 (or -3x10) to +30 (+3x10). (If avoidance of negative values is necessary, add a constant of +30 to each obtained scale score, to yield 'converted scores' with a possible range of 0 to 60.)

© Godfrey T. Barrett-Lennard, Ph. D.

ANEXO V

Autorização para a aplicação dos questionários


Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA

Exmº Senhor
Cristina Maria Cardoso Gonçalves
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
6500-843 Viseu

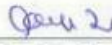
ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/09/2012, o Conselho de Administração em 16/10/2012, decidiu aprovar o pedido para a realização de um estudo, sobre o tema "Relação de Ajuda em Neonatologia: Perceção das Mães e das Enfermeiras".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 19 de Outubro de 2012


O Presidente do Conselho de Administração


Carlos Vaz

/HV

ANEXO VI

Documento de autorização da utilização do BRLI

Godfrey T. Barrett-Lennard  Ph.D.
6 Dover Crescent, Wembley Downs, WA. Australia 6019
8th May, 2004

Amarflis Pereira Rocha
Quinta do Sendão,
3460-451 S. Miguel do Outeiro
Portugal

Dear Amarflis

This letter confers my formal permission for you 1) to prepare in Portuguese language version one or more of the forms provided of the Barrett-Lennard Relationship Inventory, and 2) to use the instrument in research and professional education, *in accord with the conditions mentioned below.*

1. (a) As for the translation, this needs to be conducted or supervised by yourself or someone else familiar with the underlying theory. It should be noted on the bottom of the first or last page of any translated form that it is prepared by (translator's name), with my permission.

(b) This permission also covers your own subsequent uses (including uses by collaborating colleagues or students working under your supervision) of the translated instrument *in research and training-educational contexts* – but *not* in private fee-paying practice for diagnostic or similar purposes.

2. Associated conditions are that you send me a copy for my file records of each translated RI form as soon as you consider it ready for research application, *and* that you later send me the reference details of any thesis report or publication that includes results from your use of the translated RI, including any report on the translation itself.

3. If you wish to include the Inventory in any *unpublished* report of your work it is *essential to clearly note that this inclusion has my consent* – which this letter hereby provides in advance. This present consent does not extend to actually *publishing* any form of the RI in a printed journal article or book. However if it develops that you wish to publish any complete form in translation I would be willing to consider this. (A fresh agreement would be required.)

I am interested in your work on and with the Relationship Inventory and look forward to knowing of further developments.

Sincerely,



Email: G.Barrett-Lennard@murdochedu.au Telephone: International +61 8 9245 1700
FAX International +61 8 9245 5875

