

**Isabel Chaves Barros**

**“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto  
- Perspectiva Materna -”**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências de Saúde**



**Ponte de Lima  
2010**



**Isabel Chaves Barros**

**“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto  
- Perspectiva Materna -”**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências de Saúde**



**Ponte de Lima**

**2010**

**Isabel Chaves Barros**

**“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto  
- Perspectiva Materna -”**

**Orientadora Científica:** Enf.<sup>a</sup> Especialista Beatriz Correia

**Atesto a originalidade do trabalho de investigação:**

**Assinatura do Investigador:.**

---

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”.

## SUMÁRIO

A separação do bebé de sua mãe, logo após o nascimento, é uma situação que tem uma carga emocional muito forte nos pais, principalmente na mãe, que vivencia todos os acontecimentos na sua plenitude.

Neste sentido, surge o trabalho de graduação intitulado: **“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”**.

Este estudo reportou-se a uma abordagem qualitativa, do tipo fenomenológico, sendo que a colheita de dados, foi efectuada através de uma entrevista semi-estruturada, em que o investigador teve o auxílio de um guião de entrevista e do gravador áudio. O processo de amostragem utilizado foi o não acidental e intencional, sendo que a amostra respeitou os critérios de exclusão (qualquer mãe que por motivos pessoais rejeita-se o uso do gravador áudio como instrumento de registo magnético de dados) e inclusão (o bebé estar internado numa UCINP e ter sido separado da sua mãe imediatamente após o nascimento). Deste modo, a população, foi constituída por nove mães que corresponde à amostra em estudo. A colheita de dados foi realizada no serviço de Obstetrícia de um Hospital da Região Norte, no período de tempo de 16 de Dezembro de 2009 a 24 de Dezembro de 2009 e do 11 ao 14 de Janeiro de 2010.

Posteriormente à realização da entrevista analisou-se os dados produzidos pelas utentes e fez-se a transcrição dos mesmos para programas informáticos Excel® (dados quantitativos) e Word® (dados qualitativos). Os resultados obtidos, com o presente estudo foram tratados, através da análise de conteúdo, segundo Bardin (2004). Assim, após a colheita de dados, obtiveram-se discursos individuais que deram resposta aos seguintes objectivos:

- Conhecer o impacto da separação, na relação mãe/bebé no período pós-parto, na perspectiva materna;
- Identificar os sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos;

- Verificar se existe apoio por parte do marido/acompanhante, à mulher nesta fase da sua vida e de que forma;
- Conhecer a reacção do marido/acompanhante da mulher, face à situação de separação com o bebé;
- Verificar se a mãe sente apoio, conforto e segurança por parte da Equipe Multidisciplinar e de que forma;
- Verificar se a mãe colabora com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.

Como forma de ressalvar os direitos pessoais das entrevistadas, garantiu-se os seguintes princípios éticos: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Através deste trabalho de graduação, pode-se apurar que os dados obtidos com esta investigação foram: sentimentos maternos, face ao impacto da separação mãe/bebé e aquando a primeira visita ao bebé na UCI Neonatais e Pediátricos, papel do marido/companheiro, sentimentos paternos face à separação com o bebé, relação de ajuda e a participação das mães nos cuidados ao bebé.

**Palavras-Chave:** Separação Mãe/Bebé, Período Pós-Parto e Perspectiva Materna

## SUMMARY

The separation of the baby from his mother, just after being born, is a situation which carries a very strong emotional charge on the parents, mainly in the mother, who lives the whole process from the beginning.

So, this work is called: **“The Impact of the Separation Mother/Baby in the After Birth, Mother’s Perspective”**.

This study reports a qualitative phenomenological approach, in which the collected data came from a semi structured interview where the investigator used an interview guide and an audio recorder. The sampling process was the non accidental one, where the sample respected the excluding criteria (any mother who would, for any personal reason, reject the use of the audio recorder as a magnetic data recorder) and inclusion (the fact that the baby is in a Neonatal and Paediatric Intensive Care Unit and was separated from his mother just after being born). Thus, the population was formed by nine mothers who correspond to the studied sampling. The data were collected in the obstetrics service of a Hospital from the north of Portugal, between December 16, 2009 and December 24, 2009 and also from January 11, 2010 to January 14, 2010.

After the interviews took place, the data produced by the using people were studied and they were recorded in the informatic programs Excel® (quantitative) and Word® (qualitative). The final results of this study were treated, by analyzing its content, as told by Bardin (2004). So, after collecting the data, we had individual speeches which answer to the following subjects:

- To know the impact of the separation in the relation mother/baby, in the after-birth period, on the mother’s perspective;
- Identify the maternal feelings in the first visit to the Neonatal and Paediatric Intensive Care Unit;
- Check if there is any support from the husband/companion to the woman in this part of her life and how it is done;

- To know the reaction of the husband/companion of the woman in the moment of the separation from the baby;
- Check if the mother feels support, comfort and security by the Multidisciplinary Team and how she feels it;
- Check if the mother cooperates with the Nurses in the baby cares and how she does it.

To protect the personal rights of the interviewed mothers, ethical rights were assured: the respect to the interviewed person, beneficence and justice.

With this graduation work, we can conclude that the obtained data were: maternal feelings in the moment of the mother's separation from the baby and in the first visit to the Neonatal and Paediatric Intensive Care Unit, father's behaviour, paternal feelings in the separation with the baby; mother helping relation and participation in baby cares.

**Key words:** Separation from the mother and the baby; after birth period and maternal perspective.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico o **SER ENFERMEIRO...**

... aos meus queridos **PAIS**, pois sem eles  
isto não seria possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Usufruo deste espaço para deixar o meu mais sincero **OBRIGADO...**

Aos meus pais e namorado por me acompanharem em todos os momentos.

À Enfermeira Especialista Beatriz Correia, pela preciosa orientação, a quem eu ficarei grata pela incansável disponibilidade, amizade, paciência, partilha de conhecimentos e pela confiança demonstrada durante todo o percurso de construção deste trabalho.

À Docente de Projecto de Investigação, Mestre Manuela Pontes, pelo empenho e dedicação no acompanhamento e transmissão de saberes nesta área.

A todos os profissionais de saúde da Instituição que permitiram, assim a concretização deste estudo.

Às mães que foram entrevistadas, pois sem a contribuição delas este estudo não seria possível.

Aos que se disponibilizaram à leitura deste manuscrito, possibilitando assim corrigir algo menos perceptível.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa ou indirecta para este trabalho.

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACIU** (Atraso no Crescimento Intrauterino)

**CIPE** (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

**DST** (Doenças Sexualmente Transmissíveis)

**EpS** (Educação para a Saúde)

**OE** (Ordem dos Enfermeiros)

**OMS** (Organização Mundial da Saúde)

**RN** (Recém-nascido)

**RNs** (Recém-nascidos)

**RPM** (Ruptura Prematura das Membranas)

**UCI** (Unidade de Cuidados Intensivos)

**UCIN** (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais)

**UCINP** (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos)

**WHO** (World Health Organization)

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**Cit. in** (Citado em)

**Enf.º** (Enfermeiro)

**Enf.<sup>a</sup>** (Enfermeira)

**Et al.** (Entre outros)

**Et alli.** (Entre outros)

**p.** (Página)

**p. ex** (Por exemplo)

**pp.** (Páginas)

**gr** (Grama(s))

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1. Delimitação e Justificação do Tema.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2. Pergunta de Partida.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3. Questões de Investigação.....</b>	<b>23</b>
<b>1.4. Objectivos de Investigação.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II – QUADRO CONCEPTUAL.....</b>	<b>25</b>
<b>I. A Família, Uma Unidade de Cuidados.....</b>	<b>25</b>
<b>1.1. Definição de Família.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2. Funções da Família.....</b>	<b>29</b>
<b>1.3. Família e Crise.....</b>	<b>30</b>
<b>II. Dinâmica Familiar na Gravidez.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. Adaptação à Maternidade.....</b>	<b>31</b>
<b>i. Aceitação da Gravidez.....</b>	<b>31</b>
<b>ii. Identificação com o Papel de Mãe.....</b>	<b>32</b>
<b>iii. Relação com o Companheiro.....</b>	<b>32</b>

<b>2.2. Adaptação à Paternidade.....</b>	<b>33</b>
<b>i. Aceitação da Gravidez.....</b>	<b>33</b>
<b>ii. Identificação com o Papel de Pai.....</b>	<b>34</b>
<b>iii. Relação do Casal.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3. Transição para a Parentalidade, Stress e Mudança.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4. Consulta de Vigilância Pré-Natal.....</b>	<b>37</b>
<b>i. Objectivos da Consulta de Vigilância Pré-Natal.....</b>	<b>37</b>
<b>ii. Papel do Enfermeiro na Consulta de Vigilância Pré-Natal.....</b>	<b>38</b>
<b>iii. Comunicação com os Pais/Família.....</b>	<b>39</b>
<b>III. Gravidez de Risco.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1. Parto Pré-Termo.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2. Prematuridade.....</b>	<b>41</b>
<b>IV. Período Pós-Parto.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Vinculação Pais/Bebé.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2. Interação Precoce Pais/Bebé.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3. Impacto da Separação Mãe/Bebé.....</b>	<b>46</b>
<b>V. Papel de Enfermagem: o Promotor da Vinculação.....</b>	<b>47</b>

<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>48</b>
CAPÍTULO I – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	49
<b>1.1. Tipo de Estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>1.2. População Alvo e Amostra.....</b>	<b>49</b>
<b>1.3. Variáveis em Estudo.....</b>	<b>51</b>
<b>1.4. Método e Instrumento de Colheita de Dados.....</b>	<b>51</b>
<b>1.5. Pré-Teste.....</b>	<b>52</b>
<b>1.6. Tratamento de Dados.....</b>	<b>52</b>
<b>1.7. Aspectos e Considerações Éticas .....</b>	<b>53</b>
<b>PARTE III - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....</b>	<b>55</b>
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	56
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice I: Declaração de Consentimento Informado.....</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice II: Guião da Entrevista.....</b>	<b>99</b>
<b>Apêndice III: Tabelas de Conteúdo.....</b>	<b>104</b>
<b>Apêndice IV: Cronograma de Actividades.....</b>	<b>112</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico n.º1:</b> Distribuição de dados relativamente à idade.....	<b>56</b>
<b>Gráfico n.º2:</b> Distribuição de dados relativamente ao estado civil.....	<b>57</b>
<b>Gráfico n.º3:</b> Distribuição de dados relativamente à escolaridade.....	<b>57</b>
<b>Gráfico n.º 4:</b> Distribuição de dados relativamente à residência.....	<b>58</b>
<b>Gráfico n.º5:</b> Distribuição de dados relativamente ao número de filhos.....	<b>58</b>
<b>Gráfico n.º6:</b> Distribuição de dados relativamente ao planeamento da gravidez.....	<b>59</b>
<b>Gráfico n.º7:</b> Distribuição de dados relativamente ao desejo da gravidez, por ambos os elementos do casal.....	<b>60</b>
<b>Gráfico n.º8:</b> Distribuição de dados relativamente ao número de consultas de vigilância pré-natal.....	<b>60</b>
<b>Gráfico n.º9:</b> Distribuição de dados relativamente à informação recebida na consulta de vigilância pré-natal, sobre o estado de saúde do bebé.....	<b>61</b>
<b>Gráfico n.º10:</b> Distribuição de dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas nas consultas de vigilância pré-natal.....	<b>62</b>
<b>Gráfico n.º11:</b> Distribuição de dados relativamente às circunstâncias em que foi retirado o bebé à mãe.....	<b>62</b>
<b>Gráfico n.º12:</b> Distribuição de dados relativamente ao modo como a informação de internamento do bebé na UCI Neonatais e Pediátricos, foi dada à mãe.....	<b>64</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro n.º1:** Dados referentes ao impacto da separação mãe/bebé no período pós-parto.....65
- Quadro n.º2:** Dados referentes aos sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos.....68
- Quadro n.º3:** Dados referentes à existência de apoio por parte do marido/companheiro, à mulher nesta fase da sua vida e de que forma.....71
- Quadro n.º4:** Dados referentes à relação do marido/companheiro da mulher, face à separação com o bebé.....74
- Quadro n.º5:** Dados referentes ao apoio, conforto e segurança dado por parte da Equipe Multidisciplinar à mãe e de que forma.....77
- Quadro n.º6:** Dados referentes à colaboração da mãe com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.....80

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de graduação é de carácter individual e surge no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde – Unidade de Ponte de Lima, como um dos pré-requisitos para a conclusão da Licenciatura em Enfermagem.

A elaboração deste projecto de investigação baseou-se, por um lado, na motivação da investigadora e, por outro, nos objectivos académicos, os quais se relacionam, essencialmente, com a aplicação de conhecimentos teóricos apreendidos e saberes ao nível da investigação científica. A sua redacção simboliza o fim de um longo, mas magnífico percurso formativo, e o atingir de uma meta há muito desejada.

Conhecedora da importância da humanização dos cuidados na UCINP à mãe, criança e família, considerou-se pertinente abordar a temática **“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”**.

Sendo assim, o objectivo geral deste estudo foi conhecer a percepção das mães que se encontram internadas no serviço de obstetrícia de um Hospital da Região do Alto Minho sobre o impacto da separação mãe/bebé. Tendo por base o objectivo geral, foram delineados os seguintes objectivos específicos: identificar os sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCINP; verificar se existe apoio, por parte do marido/acompanhante, à mulher nesta fase da sua vida; conhecer a reacção do marido/acompanhante da mulher face à separação com o bebé; verificar se a mãe sente apoio, conforto e segurança por parte da Equipe Multidisciplinar; e verificar se a mãe colabora com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.

Para a realização deste estudo, optou-se pela abordagem qualitativa, de forma a poder compreender os fenómenos sem os fragmentar; e para permitir uma abordagem mais profunda dos fenómenos em estudo, decidiu-se pelo estudo do tipo fenomenológico.

Desta forma, seleccionou-se uma amostra através de um processo de amostragem não probabilístico accidental e intencional, correspondente a nove mães que se encontravam internadas no serviço de obstetrícia de um Hospital da Região Norte, as quais se mostraram disponíveis em participar no presente estudo. Assim, recorreu-se à utilização de entrevista semi-estruturada como método de colheita de dados, e ao guião da entrevista e ao gravador de voz como instrumentos de colheita de dados.

Os dados obtidos foram tratados através de análise de conteúdo, sendo identificadas as categorias, unidades de registo e de contexto das mesmas, realizando-se deste modo a interpretação dos dados.

De forma sucinta, os resultados obtidos com este trabalho de investigação foram os seguintes: sentimentos maternos face ao impacto da separação mãe/bebé e aquando da primeira visita ao bebé na UCI Neonatais e Pediátricos; papel do marido/companheiro; sentimentos paternos face à separação com o bebé; relação de ajuda e a participação das mães nos cuidados ao bebé.

Ao longo da elaboração do trabalho de investigação, surgiram, como principais limitações, a inexperiência do investigador, sendo este o primeiro contacto com o mundo da investigação, e a amostra reduzida em que esta derivou devido ao limite temporal estabelecido.

Em termos estruturais, o presente trabalho encontra-se dividido em três partes: o enquadramento conceptual, o enquadramento metodológico e o enquadramento empírico. Posteriormente, no final do trabalho, é apresentada a conclusão, seguida da bibliografia e dos apêndices.

O enquadramento conceptual, encontra-se dividido em dois capítulos, a problemática em estudo e o quadro conceptual. A problemática em estudo é constituída pela delimitação e justificação do tema, pergunta de partida, questões de investigação e objectivos de investigação (objectivo geral e específicos). No quadro conceptual, é onde se faz a revisão bibliográfica.

No enquadramento metodológico, será abordada a metodologia de investigação, que é constituída por: tipo de estudo, população e amostra, definição de variáveis, método e instrumento de colheita de dados, pré-teste, aspectos e considerações éticas e o tratamento de dados.

Na terceira e última parte deste trabalho, encontra-se o enquadramento empírico que se apresenta dividido em dois capítulos, que são: a caracterização da amostra e a apresentação, análise e discussão dos resultados.

**PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Este capítulo corresponde às bases de toda a investigação. Nesta primeira etapa do estudo serão abordados: a pesquisa bibliográfica, que deu origem ao tema em questão, assim como à pergunta de partida e à formulação dos objectivos.

### 1.1. Delimitação e Justificação do Tema

O investigador tem que optar por um tema, sendo a disciplina Materno-Infantil a que despertou mais interesse, mais especificamente, o Impacto da Separação Mãe/Bebé, sendo esta uma área actual e muito pertinente.

A justificação da escolha do tema, segundo Lakatos e Marconi (2007) é: “ (...) o único item do projecto que apresenta respostas à questão, *porquê?* (...) consiste numa exposição sucinta, porém completa, das razões de ordem teórica e dos motivos de ordem prática que tornaram importante a realização da pesquisa (...)”.

Assim, o tema deste trabalho é: **“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”**.

Para justificar a pertinência do tema, de acordo com Venancio & Almeida, 2004, (*cit. in* Pessoa, 2007, p.34), procuram consolidar a ideia de que a separação do bebé de sua família, principalmente de sua mãe, imposta pelas condições clínicas do bebé e por normas da UCINP, pode levar a uma interferência na formação dos laços afectivos, o que pode afectar o posterior desenvolvimento psicoemocional desse bebé. Pois, o contacto íntimo da mãe com o seu bebé prematuro pode interferir positivamente em sua recuperação, além da relação dele com o mundo.

O facto de a separação desencadear sentimentos e sensações prejudiciais ao binómio mãe/filho despertou uma preocupação aos médicos neonatologistas, ao afirmar que cada vez mais os neonatologistas estão-se a preocupar com os efeitos da separação da mãe com a sua criança no período neonatal (Avery, 1999).

## **1.2. Pergunta de Partida**

Após uma longa e aprofundada análise bibliográfica, surge a necessidade de se estabelecer a pergunta de partida do presente estudo.

Na opinião de Gauthier, (2003, p.71), logo que o tema da investigação está escolhido, é preciso saber reter uma questão geral que poderá orientar a sequência do processo de investigação. Assim, a pergunta de partida, que constitui o fio condutor deste trabalho de investigação, apresenta-se estruturada da seguinte forma:

- “Qual é a perspectiva materna sobre o impacto da separação mãe/bebé no período pós-parto?”.

## **1.3. Questões de Investigação**

Para o presente estudo, foram colocadas questões de investigação inerentes à pergunta de partida e para as quais se ambiciona obter resposta, a saber:

- Qual o impacto da separação, na relação mãe/bebé no período pós-parto, na perspectiva materna?
- Quais os sentimentos maternos aquando da primeira visita materna ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos?
- Qual é o apoio do marido/acompanhante à mulher nesta fase da sua vida e de que forma?
- Qual é a reacção do marido/acompanhante da mulher face à separação com o bebé?
- Qual é o apoio, conforto e segurança por parte da Equipe Multidisciplinar e de que forma?

- Qual é a colaboração da mãe com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma ela colabora?

#### **1.4. Objectivos de Investigação**

O presente trabalho é constituído por um objectivo geral e cinco objectivos específicos. Assim, o objectivo geral deste estudo é:

- Conhecer o impacto da separação, na relação mãe/bebé no período pós-parto, na perspectiva materna.

Ao passo que os objectivos específicos do estudo são os seguintes:

- Identificar os sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos;
- Verificar se existe apoio por parte do marido/acompanhante à mulher nesta fase da sua vida e de que forma;
- Conhecer a reacção do marido/acompanhante da mulher face à situação de separação com o bebé;
- Verificar se a mãe sente apoio, conforto e segurança por parte da Equipe Multidisciplinar e de que forma;
- Verificar se a mãe colabora com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.

## CAPÍTULO II – QUADRO CONCEPTUAL

### I. A Família, Uma Unidade de Cuidados

#### 1.1. Definição de Família

Durante este percurso, surgiu a necessidade de se obter um breve esclarecimento do que é aquilo a que se chama de família. Sabe-se hoje que, ao longo dos tempos, este conceito foi várias vezes reformulado, tornando-se assim cada vez mais complexo.

Apesar de as pessoas acharem difícil definir com precisão a família, os membros de uma família podem com facilidade descrever a sua composição (Williams, 1999, p.13).

A partir da década de 80, do século XX, família começou a possuir contornos cada vez mais delicados, o que fez surgir várias definições da mesma. (Nichols, 1991, p.123). Vários elementos como a constituição, estrutura familiar, laços afectivos, funções e direitos da família, começaram a ser, cada vez mais, postos em causa, alterando o conceito de família conhecido até então (Bayle e Martinet, 2008, p.25).

Hockenberry et al., 2006, p.31, refere que “ (...) não existe uma definição universal de família; uma família é o que a pessoa considera que seja.” Já para Isabel Leal (2005, p. 317), a família é a ponte entre o interior e o exterior, é o berço da relação social entre o Eu e o outro.

Um grupo de duas ou mais pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adopção e que residem juntas na mesma casa (*National Center for Health Statistics, 1999 cit. in Stanhope, 1999*).

A Ordem dos Enfermeiros (2006, p.171) afirma que família é “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social

constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”.

Fridman, 1992 (*cit. in* Williams, 1999, p. 12) apresenta uma definição ampla de família, enfatizando a importância do envolvimento emocional como uma característica necessária. Segundo ela, família são “duas ou mais pessoas que estão ligadas entre si por laços de partilha e proximidade emocional e que se identificam como parte da família”.

Apesar de todas as definições de família, existe uma grande dificuldade em encontrar uma definição universal de família. De seguida, faz-se uma breve abordagem aos tipos de família existentes.

#### ▪ **Família Nuclear Tradicional**

Segundo Patrícia Murray (2006, p.35), uma família nuclear tradicional consiste num casal de conjugues e seus filhos biológicos e, se houver irmãos, apenas irmãos e irmãs de sangue.

#### ▪ **Família Nuclear**

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.26) definem este tipo de família como sendo constituída pelos pais e pelas crianças. A família não coabita com as famílias de origem, quer do marido, quer da mulher, e habitualmente é economicamente independente.

A definição de família nuclear, segundo a linguagem CIPE (2006, p.171) consiste numa “família constituída por marido, esposa e um ou mais filhos”.

De acordo com Murray (2006, p.35), a família nuclear é composta de dois progenitores e seus filhos. A relação pai-filho poderá ser biológica, parentesco por

segundo casamento, por adoção ou criação. Este tipo de família foi, muitas vezes, considerada a estrutura familiar ideal (Williams, 1999, p.12).

#### ▪ **Família Mista**

Uma família mista, segundo Hockenberry et al. (2006, p.35), “ (...) apresenta, pelo menos um padrasto ou madrasta, irmã ou irmão por segundo casamento ou meio-irmão/irmã”.

#### ▪ **Família Alargada**

A família alargada inclui a família nuclear e outras pessoas ligadas a ela por laços de sangue. A estas pessoas dá-se o nome de “parentes” e incluem avós, tias, tios e primos (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002, p.27).

Já para Friedman (*cit. in* Williams, 1999, p.12) “a família é um foco central para todos os membros que vivem em conjunto, como um grupo”. A rede familiar providencia diferentes modelos de papéis e o apoio a todos os membros da família alargada.

#### ▪ **Família Monoparental (pai/mãe solteiros)**

Williams (1999, p. 12), conta que “ (...) a família monoparental está-se a tornar uma estrutura cada vez mais reconhecida na nossa sociedade. Esta família pode resultar da perda de um dos cônjuges por morte, divórcio, separação ou fuga; do nascimento de um filho ilegítimo; ou da adoção de uma criança”.

De acordo com a OE (2006, p.171), a família monoparental é “constituída por uma figura parental única: mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes”.

Nestas famílias, normalmente tende a existir uma vulnerabilidade económica e social. Quando, à volta, existe uma sociedade preocupada, a família pode ter algum

apoio, porém, relativamente ao desenvolvimento de uma criança, pode surgir um ambiente instável e inadequado (Norton e Glick, *cit. in* Williams 1999, p.13).

Todavia, outros vêem a família monoparental, como opção de vida, que providencia o desenvolvimento dos pais e das crianças. Nestas famílias, as tomadas de decisão e a comunicação são vistas como compromissos fortes entre pais e filhos, e a relação pais-filhos é considerada a principal fonte da realização na vida (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002, p.27).

#### ▪ **Família Binuclear**

O termo família binuclear é usado para descrever a situação que permite aos pais continuarem o papel da criação dos filhos embora o casamento tenha terminado. O grau de cooperação varia entre os progenitores e o tempo que o filho passa com cada um (Murray, 2006, p.36).

#### ▪ **Família Comunitária**

Para Murray, 2006, p.36 “ (...) a família comunitária surgiu da desilusão com as muitas escolhas da vida contemporânea”.

Embora as famílias comunitárias possam ter crenças, práticas e organização divergentes, o estímulo básico para a formação tem sido a insatisfação com a estrutura da família nuclear, sistemas sociais e metas da comunidade maior. (...) Existe uma forte confiança nos membros do grupo e interdependência material. Esses grupos dão segurança colectiva aos membros não produtivos, compartilham as tarefas domésticas e de apoio à criança e ajudam a contornar o problema de isolamento interpessoal ou solidão (Murray, 2006, p. 36).

## 1.2. Funções da Família

Apesar de todas as tentativas para se definir família, tem que se ter ainda atenção porque, segundo Papalia, Olds e Feldman, 2001, p.9 “a palavra família pode ter significados distintos em diferentes sociedades”. E como referem Wright e Leahey (*cit. in* Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002, p.26), “a família é quem ela diz ser”.

Bayle (2005, p. 321), diz que a família é o primeiro grupo onde a criança vive e onde vai estruturar a sua personalidade. É a primeira instituição social que vai assegurar protecção, carinho, amor e responder de forma adequada às suas necessidades fundamentais, como a alimentação, o afecto, a protecção e a socialização.

O primeiro grupo onde a criança vive e estrutura a sua personalidade é a família. Sabe-se também que, no passado, a educação dos filhos era encarada como o desafio mais importante da vida dos pais (Papalia, Olds e Feldman, 2001, p.15).

Williams (1999, p.11), considera que a família é “um potente sistema de suporte”. Pois, esta também tem a responsabilidade de transmitir aos elementos mais novos os seus antecedentes culturais e crenças.

Segundo Malpique, 1998, p.27, à mãe são atribuídas funções relacionadas com os cuidados primários da criança e esta representa o vínculo de sobrevivência que a fragilidade de um recém-nascido implica. As funções paternas estão mais direccionadas ao agregado familiar, à transmissão de valores culturais, ao amadurecimento psíquico e permite a inserção do homem na sociedade.

Em, 1978, WHO, (*cit. in* Williams, 1999, p.13), dividiu as funções da família em cinco áreas fundamentais:

- **Funções biológicas** – reprodução, cuidar e educar as crianças, alimentação, manutenção da saúde e lazer;

- **Funções económicas** – recursos económicos para poder executar as outras funções, assegurar a estabilidade financeira dos membros da família;
- **Funções educacionais** – ensino de tarefas, de atitudes e de conhecimentos relacionados com as outras funções;
- **Funções psicológicas** – providenciar um ambiente que promova o desenvolvimento saudável da personalidade;
- **Funções socioculturais** – socialização da criança, transferência de valores,

Abreu (2006, p.17), afirma que pode discordar-se de muita coisa relativamente a este tema, contudo, é “consensual que a família está em crise declarada”.

### 1.3. Família e Crise

De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005), “ (...) o stress familiar pode resultar por vezes em crise, ou seja, numa perturbação do equilíbrio da família”.

Já para Boss, 2002; Vaz Serra, 1999 (*cit. in* Canavarro e Pedrosa, 2005, p. 248), o significado que a família atribui a um acontecimento indutor de stress é também designado por percepção familiar, definição ou avaliação do evento, e é uma variável importante para explicar o facto de, perante a mesma situação, algumas famílias conseguirem encontrar mecanismos de *coping* adequados, enquanto outras descompensam e/ou têm dificuldades em superar a crise.

De facto, e conforme Culp, Applebaum, Osofsky e Levy (*cit. in* Barros, 2001, p.246), o nascimento de risco “ (...) representa uma crise muito difícil para os pais, que está normalmente associada a reacções emocionais intensas, caracterizadas por grande confusão, perturbação e labilidade”.

## **II. Dinâmica Familiar na Gravidez**

### **2.1. Adaptação à Maternidade**

A maternidade, segundo Leal, 1992 *cit. in* (Bayle 2005, p. 327), não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade.

De acordo com Colman e Colman (1994, *cit. in* Canavarro e Pedrosa, 2005, p. 242), a maternidade é uma: acomodação contínua entre expectativas e realidades. Já para Canavarro e Pedrosa (2005, p.242) esta acomodação começa para os pais após o parto, quando se confrontam com o bebé real e o comparam, ainda que implicitamente, com o bebé que fantasiaram.

Tompson et al., (1996 *cit. in* Canavarro e Pedrosa, 2005) referem que algumas mães se apaixonam imediatamente pelos seus bebés, outras demoram mais tempo, sendo ambas reacções normais, bem como será normal sentir ansiedade em relação às responsabilidades trazidas pela maternidade. A mãe por experiência própria vai aprender a desenvolver as capacidades necessárias para cuidar do seu bebé.

#### **i. Aceitação da Gravidez**

Segundo Lederman, 1984 *cit. in* (Williams, 1999, p. 116), o primeiro passo para a adaptação ao papel da mãe é aceitar a ideia da gravidez e assimilar o estado de gravidez no estilo de vida da mulher.

De facto, e conforme Entwistle, Doering, 1981 (*cit. in* Williams, 1999, p. 116), planear uma gravidez não garante, obrigatoriamente, a sua aceitação. Ainda Williams (1999) refere que o grau de aceitação reflecte-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais.

May (1982 *cit. in* Williams, 1999, p.122), “ (...) descobriu que a prontidão dos pais para a gravidez se reflectia em três áreas: (1) sensação de uma relativa segurança

financeira, (2) estabilidade da relação no casal, e (3) o terminus de um período sem filhos”.

Uma vez confirmada a gravidez, segundo Williams, 1999, p. 116), a resposta da mulher pode “ (...) variar entre alegria esfusiante e choque, descrédito e desespero. A reação de muitas mulheres é do tipo “um dia sim, mas não agora”.

## **ii. Identificação com o Papel de Mãe**

De acordo com Williams (1999, p.118), o processo de identificação com o papel de mãe inicia-se muito cedo na vida de cada mulher, nas memórias que ela tem de ser cuidada quando criança.

Muitas mulheres sempre desejaram um bebê, gostaram de crianças e ansiaram por ser mães. Estão altamente motivadas para serem mães, o que interfere na aceitação da gravidez e na eventual adaptação pré-natal e à maternidade (Grossman, Eichler, Winckoff, 1980; Lederman, 1984 *cit. in* Williams, 1999,p.118).

## **iii. Relação com o Companheiro**

Normalmente, a pessoa que assume maior importância, para a grávida, é o pai do seu filho (Richardson, 1983, *cit. in* Williams, 1999, p.118). É cada vez mais evidente que a mulher que é acarinhada pelo seu companheiro, durante a gravidez, apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações durante o trabalho de parto e o parto, e um ajustamento mais fácil no período pós-parto (Grosman et al.,1980; May,1982 *cit. in* Williams, 1999, p. 118).

O nascimento de uma criança altera, para sempre, os laços de união existentes entre dois companheiros (Williams, 1999, p.118). Lederman *cit. in* Williams, 1999, afirma que mulheres e maridos se tornam mais unidos durante a gravidez.

## **2.2. Adaptação à Paternidade**

A importância do pai no processo da paternidade é recente, tendo despertado um maior interesse dos investigadores há aproximadamente duas décadas (Henderson, Brouse *cit. in* Williams, 1999, p.121). Durante uma grande parte da história a única responsabilidade atribuída ao progenitor masculino, no processo de reprodução, de acordo com Eisenberg, Murkoff e Hathaway, (2003, p.59) “era simplesmente a fertilização”.

Todavia, a vivência da paternidade tem-se alterado muito nas últimas décadas, o homem já não é somente considerado como o “provedor” de sustento da família, sem espaço para as emoções e para os cuidados aos filhos. Tem sido cada vez mais dada importância aos homens em todo o processo da gravidez e da parentalidade, o que demonstra a importância da gravidez tanto para as mulheres como para os homens (Correia e Sereno, 2005).

De acordo com Campos (2006), “o homem quando assume o papel de pai, normalmente ainda durante a gravidez da companheira, sofre mudanças psicológicas que serão importantes na paternidade que ele irá exercer”.

O envolvimento emocional do pai com o bebé ainda durante a gestação, tem como consequência uma maior participação do pai na gravidez. Isto faz com que o pai se sinta parte do processo, o que se reflecte na vida do casal, diminuindo os conflitos entre ambos, pois considera-se que os pais mais envolvidos na gravidez se encontram mais predispostos a reagir adequadamente às necessidades de apoio e compreensão das suas companheiras (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge, 2004).

### **i. Aceitação da Gravidez**

Filomena Bayle (2005, p. 327) refere que, ao anúncio da gravidez, o homem pode sentir uma grande alegria, mas também temer a exclusão da relação didáctica entre o bebé e a mãe.

Para se adaptar a gravidez, o homem passa por vários períodos para entender o papel paterno. Assim, Williams (1999, p.123) refere que por vezes a paternidade é algo que assusta o homem. Para que ele se adapte de forma mais rápida e segura à paternidade necessita de:

- **Suporte emocional** – o principal apoio emocional deve vir da companheira;
- **Suporte informativo** – o pai precisa de saber quem está disponível para lhe esclarecer todas as dúvidas;
- **Suporte avaliativo** – o pai necessita de se encontrar com outros pais para obter critérios que lhe permitam avaliar o seu desempenho

Na mesma linha de pensamento, Williams, (1999, p. 122), revela que o reconhecimento do pai do estado de gravidez parece decorrer mais lentamente (...) não experimenta nem sente os sintomas precoces dela decorrentes, não lhe sendo aparentes as pequenas mudanças físicas da sua companheira durante o primeiro trimestre de gravidez”.

Contudo, Corbett (2006, p.250) refere que “ (...) alguns homens vêem a gravidez como uma prova para a sua masculinidade e para o seu papel dominante. Para outros, a gravidez não tem significado em termos de responsabilidade para com a mãe e o bebé. Contudo, para a maioria dos homens, a gravidez pode ser um tempo de intensa preparação, para o futuro papel de pai”.

## **ii. Identificação com o Papel de Pai**

O papel do pai tem vindo a mudar ao longo dos anos, essencialmente durante a gravidez e nascimento do seu filho(a), estando cada vez mais valorizado o seu papel na vivência da gravidez (Correia e Sereno, 2005).

Ainda existem poucos estudos sobre o pai e a importância do seu envolvimento emocional com o bebé. No entanto, pela importância que as questões do relacionamento têm na vida da mulher e na sua adaptação à gravidez, o papel do pai tem vindo a ganhar importância, o que tem levado a incluir cada vez mais os homens na preparação pré-natal, incentivando-os a participar activamente nesta fase fundamental da vida (Buist et al., 2002) e a ter uma participação mais activa nos cuidados aos filhos (Sutter e Bucher-Maluschke, 2008).

Os homens estão a tornar-se cada vez mais conscientes da importância do seu envolvimento no parto e na paternidade e da importante transição que ocorre nas suas vidas. A gravidez não é apenas um simples acontecimento biológico é um período de mudança de identidades e de novos papéis prontos a serem explorados (Colman e Colman, 1994). Por seu lado, Clerget (1989, *cit. in* Gomez, 2005), afirma que “ser pai é ter começado por desejar um filho”.

### **iii. Relação do Casal**

Com o nascimento de um filho, tanto o homem como a mulher têm de desenvolver novos papéis enquanto pai e mãe, nunca esquecendo a relação conjugal (Canavarro, 2001, p.13).

O papel do companheiro durante a gravidez pode ser de apoio, respondendo aos sentimentos de vulnerabilidade da mulher, tanto no aspecto biológico como na relação com a sua própria mãe. O apoio do homem indica à sua companheira o seu envolvimento na gravidez e a sua preparação para se ligar à criança (Lederman, 1984 e Diamond, 1986 *cit. in* Williams, 1999, p. 124).

## **2.3. Transição para a Parentalidade, Stress e Mudança**

O termo “parentalidade” refere-se ao conjunto de acções e funções exercidas pela mãe e pelo pai em relação aos seus filhos. O seu domínio é bastante recente, sendo que os primeiros estudos destinados à procura de uma definição do conceito de parentalidade remontam aos anos setenta. Contudo, o seu significado não parece ser

consensual nos diversos autores, podendo surgir na literatura como sinónimo de paternidade, paternal, patriarcal ou monoparental (Relvas e Vaz, 2002).

Já Bayle (2005, p.322), refere que “ (...) a parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s).

Na gravidez, tanto a mulher como o homem passam a encarar-se como mãe e pai, e ambos vivenciam essa transição com expectativas, anseios e temores (Freitas, Coelho e Silva, 2007). No entanto, Rogan et al., 1997 *cit. in* Manning, 2006, afirma que “para a maioria das mães e seus companheiros, “a transição para a parentalidade é vista como uma oportunidade e não como um período de perigo”.

Assim, de acordo com Conde e Figueiredo (2007), a “ transição para a parentalidade exige mudanças a diversos níveis, em que ambos os membros do casal têm de ajustar-se às grandes transformações, ocorridas não apenas no corpo materno, mas também como resultado da mudança de papéis e da adaptação a situações ocorridas durante a gravidez, parto e pós-parto”.

O grande desafio que se coloca aos casais nesta fase [transição para a parentalidade], consiste em enfrentar as exigências da parentalidade sem negligenciar a relação conjugal. Os estudos efectuados nesta área revelam que os casais, com maior satisfação conjugal antes do nascimento do primeiro filho, têm maior probabilidade de desenvolver uma maior satisfação conjugal após o nascimento deste (Lourenço e Relvas, 2001).

Do mesmo modo, Relvas e Vaz (2002) completam que os casais que durante a gravidez desenvolvem laços fortes de cumplicidade e afecto, tendem a desenvolver um sistema parental mais competente, sem deixar de ser um casal funcional.

## **2.4. Consulta de Vigilância Pré-Natal**

Carvalho (2002, p.3) define consulta de vigilância pré-natal como: “ supervisão médica e de enfermagem atribuída à gestante, desde a concepção até ao início do trabalho de parto.

Segundo, Riley (2004, p.233), a consulta de vigilância pré-natal “ (...) visa otimizar a saúde e bem-estar da mãe e da criança e detectar e tratar qualquer situação anómala que surja durante a gravidez”.

Aludindo aos autores supracitados, a consulta de vigilância pré-natal é um assunto de extrema importância, torna-se portanto pertinente abordá-lo e explorá-lo, como afirma Burroughs (1995, p.86) “ (...) o cuidado pré-natal é a melhor “apólice de seguro” em que a mulher pode investir durante a sua gestação”.

### **i. Objectivos da Consulta de Vigilância Pré-Natal**

O atendimento pré-natal precoce e contínuo levará a uma gestação com menos riscos e desconfortos. Burroughs (1995, p.86), aponta os seguintes objectivos para a assistência pré-natal: uma gestação com o mínimo de desconfortos físico e emocional e a máxima gratificação; estabelecimento de bons hábitos de saúde para beneficiar a mãe e o feto; um nascimento que ocorra nas melhores circunstâncias; uma criança normal e saudável e, ainda, preparação precoce para a maternidade; estabelecimento de relacionamentos positivos entre a criança, a mãe e os que lhe estão próximos.

Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2002, p.9) afirma que a consulta pré-natal é preventiva e que esta tem os seguintes objectivos: identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação ou parto; assegurar a boa saúde materna; promover o bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal; preparar o casal para o exercício da maternidade.

Graça (2004, p.123) refere que os objectivos da consulta pré-natal são: informar, aconselhar e apoiar a gestante e os seus familiares; diminuir a sintomatologia inerente ao estado gravídico e ajudar a gestante a adaptar-se às alterações fisiológicas decorrentes na gestação e assegurar um desenvolvimento normal da gestação através de rastreios clínicos e laboratoriais, detectando precocemente possíveis desvios da normalidade.

Assim, o objectivo global da consulta de vigilância pré-natal consiste no nascimento de uma criança saudável, sem danos para a saúde materna.

## **ii. Papel do Enfermeiro na Consulta de Vigilância Pré-Natal**

Braden (2000, p.28), “ (...) a gestação e o nascimento da criança são eventos psicossociais, que afectam profundamente as vidas dos pais e das famílias”. Evidenciando-se desta forma a extrema importância do papel do enfermeiro na ajuda dos pais compreenderem que a gravidez e o nascimento da criança irá modificar as suas vidas irreversivelmente, propondo-lhes assim um compromisso a longo prazo, que será facilitado através da preparação física, intelectual e emocional.

Para garantir o sucesso e continuidade das consultas, é fundamental que o enfermeiro logo no primeiro encontro com a gestante e com a sua família crie uma relação empática, que os receba de uma maneira acolhedora (Barros, 2006, p.56).

Cecílio, Henrique e Ramos (1998) acrescentam que, ao longo das consultas de vigilância pré-natal, os profissionais de enfermagem devem estabelecer uma relação estreita e de confiança com o casal que aguarda um bebé, seja ele o primeiro ou não, de modo a que o casal sinta como necessária essa vigilância e esteja suficientemente à vontade para confessar os seus medos e anseios que podem afectar negativamente a evolução da gravidez.

Graça (1996) reforça a ideia de que a grávida/família podem “ (...) contar com o aconselhamento e apoio, por parte da equipa de enfermagem, onde lhes deve ser dado suporte social e psicológico. De acordo com o papel educativo que os

profissionais de enfermagem devem assumir, estes devem intervir no sentido de esclarecer eventuais ou reais dúvidas da grávida/família e proporcionar um bom suporte informativo de acordo com a idade gestacional da grávida”.

Ainda Barros (2006, p.56) diz-nos que é necessário que o enfermeiro proporcione momentos de escuta à gestante de forma a esta esclarecer as suas dúvidas e transmitir os seus receios, típicos desta fase do ciclo de vida.

### **iii. Comunicação com os Pais/Família**

Braden (2000) refere que é necessário que previamente o enfermeiro “ (...) identifique a informação que a gestante possui, qual o nível de dificuldade desta em aprender e qual o seu estilo de aprendizagem preferido. Posteriormente, a linguagem do enfermeiro deve ser acessível e de acordo com o nível de instrução da gestante, fornecendo informação de forma gradual em todas as consultas, caso contrário muita da informação fornecida a esta durante a consulta não vai ser aprendida nem assimilada o que pode mesmo levar à frustração da gestante relativamente à consulta”.

A comunicação não verbal, que inclui gestos, expressões faciais, postura, olhar, contacto físico tem um papel tão importante quanto a comunicação verbal na relação entre a enfermeira e a gestante. A gestante tem que sentir que o enfermeiro está a ser sincero com ela, que tem disponibilidade para a ouvir. Braden (2000, p.4) defende que a motivação da gestante para assimilar e aplicar as informações novas, cumprindo assim com a sua parte, depende do interesse demonstrado pelo enfermeiro em cuidar dela.

### III. Gravidez de Risco

De acordo com Mattson (1999, p.559), existem muitos factores que podem levar a uma gravidez de alto risco, nomeadamente: pobreza, nutrição inadequada, infecção, doenças sexualmente transmitidas (DST), situações médicas, e uso de substâncias como tabaco, álcool, cocaína e outras drogas, que prejudicam, colocando em risco, todo o processo de gravidez para a mãe, feto/neonato e família.

#### 3.1. Parto Pré-Termo

Andersen e MerKatz, 1990 (*cit. in* Deitra Leonard Lowdermilk, 1999, p.742) referem que “ (...) 50% dos partos pré-termo, a causa não é identificável. Contudo, um terço desses partos ocorre em consequência da ruptura prematura das membranas (RPM). As outras complicações da gravidez associadas com o trabalho de parto pré-termo incluem a gestação gemelar, hidrâmnios, colo incompetente, deslocamento prematuro da placenta e algumas infecções (p.ex., pielonefrites e corioamnionite)”.

De acordo com, Institute of Medicine, 1985; Knuppel e Drukker, 1993; Neal e Bockman, 1992 *cit. in* Lowdermilk, 1999, pp.742 e 745, foram identificados factores de risco para o parto pré-termo e algumas categorias destes factores de risco. Essas categorias incluem:

- **Riscos demográficos** – raça (afro-americana), idade (inferior a 17 e superior a 40), baixo nível sócio económico, solteiro e baixo nível educacional;
- **Riscos médicos** – Parto pré-termo anterior, aborto no segundo trimestre (mais do que dois espontâneos ou electivo), anomalias uterinas, doenças (p.ex., diabetes, hipertensão);
- **Riscos da gravidez actual** – gravidez multifetal, hidrâmnios, baixo aumento de peso, problemas placentares (p.ex., placenta prévia, placenta abrupta), cirurgia abdominal, infecções (p.ex., pielonefrite, infecções urinárias de

repetição), colo incompetente, rotura prematura e espontânea das membranas e anomalias fetais;

- **Riscos comportamentais e ambientais** – nutrição deficiente, tabagismo, abuso de álcool e outras substâncias, exposição ao DES e outros tóxicos e poucos ou nenhuns cuidados pré-natais;
- **Riscos potenciais** – Stress, irritabilidade uterina, factos que desencadeiam as contracções uterinas, mudanças cervicais antes do início do trabalho de parto; expansão inadequada do volume do plasma, deficiência de progesterona e infecções (p.ex., micoplasma, *Chlamydia trachomatis*).

No entanto, segundo Bennett e Botti, 1989; Brustman et al., 1989; Main, 1988 *cit. in* Lowdermilk, 1999, p.743, asseguram que o “impacto destes factores não está claramente compreendido”.

### 3.2. Prematuridade

Até ao início da década de 60, segundo Maria Costa (2000), o peso ao nascer constitui o único critério de classificação de prematuridade, não se considerando a duração da gestação na avaliação da maturidade. Assim, qualquer RN que nascesse com menos de 2500gr era considerado prematuro independentemente da sua idade gestacional.

Para melhor classificar os recém-nascidos em relação à variável peso de nascimento, Lubchenco (1984 *cit. in* Carvalho et al., 2001, p.1) adoptou a seguinte definição: recém-nascido com muito baixo peso (inferior a 1500gr), recém-nascido baixo peso (inferior a 2500gr) e recém-nascido com peso acima de 2500gr. Relativamente, à idade gestacional, o mesmo autor adopta a classificação descrita a seguir: nascimento pré-termo (até a 37ª semana de gestação), nascimento de termo (entre a 38ª semana de gestação e 42ª semana de gestação) e o nascimento pós-termo (após a 42ª semana de gestação).

De seguida e de acordo com Usher (1984 *cit. in* Carvalho et al., 2001,p.1), as crianças que nascem em condições de prematuridade estão ” (...) sujeitas a várias doenças que complicam o período neonatal, como por exemplo: excessiva icterícia, dificuldade respiratória, infecções, doenças metabólicas, danos cerebrais e prejuízo neurológico ou neurosensorial”. Ainda Arlene Burroughs (1995, p.321) refere que “o factor mais comum associado à mortalidade neonatal é a prematuridade”.

Contudo, Knuppel e Drukker (1995, p.342) salientam que “quando o parto foi prematuro, a mulher deve ser informada sobre o risco de isso se repetir em outra gestação. Deve-se de dizer a ela que deve procurar, nas próximas gestações, tratamento médico desde o início, informando ao médico que já teve um parto prematuro, e que também deve de procurar ser atendida num centro com serviços abrangentes [Hospital com Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos]”.

#### **IV. Período Pós-Parto**

Como refere Apóstolo, (1999, p.14) a mãe, no período pós-parto, encontra-se numa situação muito particular com “ (...) uma sensibilidade aumentada, em que se dá uma readaptação, biofisiológica, designada por via hormonal. Paralelamente decorre um ajustamento psicológico na auto-imagem e nas novas relações familiares. É ainda neste período que todo o processo de identificação com o bebé real e de separação psicológica com o bebé imaginário que se devem desenvolver”. Estas súbitas alterações podem provocar na mãe um estado de confusão, letargia, ansiedade, que sendo frequentemente auto-limitadas, podem noutras situações evoluir desfavoravelmente (Apóstolo, 1999,p.14).

Ainda, Apóstolo (1999, p.18), comenta que “ (...) é neste período que se deve de estabelecer uma relação/comunicação de qualidade com a mãe e identificar precocemente os sinais indicadores de perturbação, que fornecem referências suficientes para um trabalho cuidativo de excelência por parte dos enfermeiros”. Assim, e concordando com Arlene Burroughs (1995, p.253) quando diz que os profissionais de saúde “ (...) devem de estar preparados para auxiliar e trabalhar com

os pais de forma que estes se possam adaptar ao filho e participar dos cuidados com o alimentar e o segurar no colo”. Neste contexto, propõem-se analisar de seguida a vinculação pais/bebé e a sua interacção precoce.

#### **4.1. Vinculação Pais/Bebé**

O termo vinculação refere-se à união emocional dos pais em relação ao filho. Assim, Kennell e Klaus (1998 *cit in* Coutinho, 2008, p.26), definem vínculo como a ligação emocional dos pais em relação ao filho. Um vínculo pode ser definido como um relacionamento único entre duas pessoas que é específico e persiste ao longo do tempo.

De acordo com Bowlby (1980 *cit. in* Potter e Perry 2006, p. 566), a ligação é descrita como um comportamento instintivo que leva ao desenvolvimento de laços afectivos entre crianças e o seu principal cuidador. Estes laços estão presentes e activos ao longo do ciclo da vida. O comportamento de ligação assegura a nossa sobrevivência, porque mantém-nos em contacto com as pessoas que nos podem oferecer protecção e apoio. Já Burroughs (1995, p. 212) refere que o vínculo materno é “ (...) um processo crescente que tem início antes da concepção, é fortalecido por eventos significativos durante a gravidez e amadurece através do contacto mãe-filho durante o período neonatal”.

Contudo, segundo alguns estudos previamente publicados, não é só a mãe que estabelece vínculo com o bebé, o pai também é muito importante nessa fase, pois além de oferecer apoio à mãe, pode dispensar cuidados ao RN, como assegura Avery (1999) quando diz que “ (...) recentemente foi dado uma importância maior ao papel do pai e da mãe no cuidado real da criança (...) um pai envolvido emocionalmente como bem-estar da mãe e da criança, e que é competente para auxiliar e cuidar deles, pode ser muito útil na situação de cuidado posterior (...) a mesma análise psicológica do prazer que a mãe obtém por ser eficaz em desencadear resposta ao seu filho, aplica-se ao pai. Também são aplicáveis os prazeres da participação com o bebé nos contactos pele-pele, olho-olho ou sorriso”.

## 4.2. Interação Precoce Pais/Bebé

A interação precoce pais/bebé, tal como o contacto da pele, o toque, o olfacto, o calor físico, a audição e o estímulo verbal vão actuar na promoção do vínculo entre pais/bebé. Esta interação precoce terá assim efeitos positivos na qualidade do relacionamento dos pais com o seu bebé.

Segundo Figueiredo (2005, p. 301), o intercâmbio inicial entre a mãe e o bebé, estabelecido durante o período que se segue ao parto, através da amamentação ou do contacto corpo a corpo, tem, pois, efeitos positivos e duradouros, nomeadamente no envolvimento emocional da mãe e na qualidade dos cuidados que providencia à criança. Isto porque logo a seguir ao parto, existe um período óptimo à ligação afectiva mãe-filho e ocorre “um grande número de interações recíprocas (...) que determinam o futuro desta relação” (Kennell et al., 1975, p.88, *cit. in* Figueiredo, 2005).

Contudo, segundo Lima et al., (2004, p.4), não é só a separação por si só que causa angústia e ansiedade nos pais. Algumas inquietações como o facto de não saberem como ajudar, se o bebé está a sentir dores, se vai sobreviver, se ficará com alguma sequela, como vai ser a sua relação com o bebé agora que ele está internado, tudo isto gera stress e insegurança, dificultando a interação dos pais com seus filhos.

### ▪ Toque

O Toque é um sistema comportamental importantíssimo, que serve para ligar a mãe e o bebé, além do contacto olho-a-olho e da voz materna. As mães exibem uma sequência adequada de comportamentos, após o nascimento de seu filho, enquanto buscam conhecê-los, isto é, conhecê-los através da palavra, do olhar, do toque (Klaus & Kennell, 1993, *cit. in* Pessoa, 2007, p.25).

Ao escrever a sua dissertação de mestrado sobre cuidar de recém-nascidos graves, Santana (2003 *cit. in* Lima et al., 2004, p.5) descreve muito bem a importância do toque na relação mãe-filho ao afirmar que “a comunicação mãe-filho se dá por meio

de toque, que pode ser considerado terapêutico, porque ajuda no restabelecimento da criança. Na ausência do colo, o toque possibilita a interação mãe-filho e liga dois corpos, motivado pelo amor, carinho, pelo aconchego e pela esperança de viver. É no toque que a existência se expressa”.

#### ▪ **Contacto Visual**

O interesse no contacto visual com o bebé tem sido repetidamente demonstrado pelos pais. Algumas mães relembram a primeira vez que os seus filhos olharam para elas e que as fez sentirem-se muito mais próximas. Enquanto os pais passam muito tempo a fazer com que os filhos abram os olhos e olhem para eles (Manning, 2006, p. 527).

#### ▪ **Voz e Emparelhamento**

As respostas dos pais e do recém-nascido às suas próprias vozes são interessantes. Muitas mães sentem-se aliviadas ou ouvirem o primeiro choro do bebé. À medida que ela começa a acalmar o bebé, usa, geralmente, um tom mais alto de voz, que o torna activo e faz com que vire em sua direcção (Burroughs, 1995, p.250). Klaus e Kennell *cit. in* Burroughs, 1995, p.250 “ (...) descobriram que no primeiro e segundo dias após o nascimento, os recém-nascidos movem-se ao ritmo da fala de suas mães, ao qual os autores denominam por “emparelhamento”.

#### ▪ **Odor**

Outro sentimento compartilhado pelos pais e o recém-nascido, de acordo com Arlene Burroughs (1995,p.250) “ é a resposta aos seus próprios odores. Ele aprende, rapidamente, a distinguir o odor do leite de sua mãe. As mães comentam que identificam o odor que seus filhos tinham ao nascerem”.

Ainda, Manning (2006, p.527) relata que as mães também “ (...) fazem comentários ao cheiro dos seus filhos desde o nascimento do primeiro e relatam que cada um deles tem um cheiro particular”.

### 4.3. Impacto da Separação Mãe/Bebé

Estudos de René Spitz, na década de 40, referenciados por, Guedney (2004), incidem sobre os efeitos da separação de mães dos seus bebês de meses, introduzindo a noção de “depressão anaclítica”, traduzindo-se nas etapas de protesto, luta e desespero, podendo levar a morte do nascituro. Os resultados destas observações foram tão surpreendentes que muitos consideraram que desde aí, não foi mais possível olhar a Saúde Infantil e Mental da mesma forma, achando que as crianças eram capazes de sentir esse tipo de repercussão desde as idades mais precoces (Guedney, 2004).

No entanto, convém assinalar que alguns estudos, segundo (Renfrew, Lang e Woolridge, 2000 *cit. in* Figueiredo, 2001, p.302) “ (...) não encontram nenhum benefício do contacto precoce adicional da mãe com o recém-nascido, nem na duração do aleitamento materno”.

Contudo, foi desenvolvido por, Bowlby e Spitz (*cit. in* Portugal, 1998) o fenómeno de hospitalismo, ou seja, a separação da criança de sua mãe em situação hospitalar. Os autores pretendiam, assim, “anunciar a desvinculação do bebé em relação à mãe. O comportamento do nascituro torna-se agitado, acompanhado por choro frequente e rejeição alimentar. De igual forma, as características psicológicas e fisiológicas da mãe, tais como: depressão, comportamento de rejeição, podem provocar situações adversas na criança como alterações endócrinas ou fisiológicas”.

Ainda Bowlby (1951) considerou ser essencial para a Saúde Mental da criança que: “ (...) ela experiencie uma relação calorosa, próxima, íntima e de continuidade com a mãe, na qual ambas possam vivenciar prazer e obter satisfação. Neste sentido, ao estudar o impacto negativo da separação materna, o autor sugeriu que as bases da futura Saúde Mental da criança se estabelecem durante os seus primeiros anos de vida. Salienta que, para um desenvolvimento saudável, é necessário que a mãe providencie um apoio caloroso afectivo, consistente e continuado durante a infância”.

## **V. Papel de Enfermagem: o promotor da vinculação**

A UCINP é o local onde se promove o desenvolvimento parental. A promoção do desenvolvimento parental prende-se com o facto de, face à situação de internamento do bebé na UCINP, os pais sentirem receios e medos em prestar cuidados aos seus filhos.

O internamento de um filho recém-nascido numa UCI Neonatais e Pediátricos representa, sem dúvida, uma situação de crise importante para os pais, que adquire com frequência características absolutamente devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar, e para a sua capacidade em assumir o papel parental (Affeck e Tennen, 1991 *cit. in* Canavarro, 2001).

De acordo com Barros (2001, p.305), a intervenção com os pais na UCIN e Pediátricos reveste várias formas, e é responsabilidade de todos os profissionais, agir em conjunto, complementando intervenções mais gerais que visam o acolhimento, com outras mais técnicas que visam dar informação sobre o prognóstico e o tratamento, modelar atitudes concretas de consolo e estimulação do bebé, ou ainda de facilitar a expressão emocional.

Perante isto, Klaus e Kenell (1993, *cit. in* Pessoa, 2007, p.38) comentam que muitas mães conformam-se em deixar a enfermeira cuidar do seu filho. As mães, ao deixar os cuidados maternos para a figura da enfermeira, pensam que elas podem oferecer um melhor atendimento materno aos seus filhos, e com esses sentimentos são acompanhadas de um sentimento de inferioridade.

Smith e Conant Rees, 2000 *cit. in* (Hockenberry et al., 2006, p. 652) asseguram que “ (...) uma das metas principais de enfermagem é prevenir a separação, particularmente no caso de crianças menores de 5 anos de idade”. De acordo com, Burroughs (1995, p. 212), “ (...) para reduzir os efeitos de uma separação física, as mães devem juntar-se aos seus bebés o mais cedo possível”.

**PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## CAPÍTULO I – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

No presente capítulo, apresenta-se o modo como se elaborou a parte prática deste estudo, de modo a dar vida ao corpo final que é o trabalho de investigação, assim sendo espelha-se no presente capítulo todas as linhas orientadoras do corrente trabalho.

### 1.1. Tipo de Estudo

Tendo em atenção as características deste estudo, optou-se pela metodologia qualitativa do tipo fenomenológico visto ser a mais apropriada.

A investigação qualitativa tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais (...) é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto face a face com o indivíduo, com o grupo, ou a observação do comportamento (...) o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2007,p.65). A vertente a adoptar no estudo qualitativo foi a fenomenologia que se centra no estudo dos fenómenos, traduz a percepção da experiência humana, sendo considerada um “ (...) método rigoroso, crítico e sistemático de investigação (...) adequada aos fenómenos importantes para a Enfermagem” (Streubert, Carpenter, 2002, p.49).

### 1.2. População Alvo e Amostra

Numa investigação, um dos pontos fundamentais é a definição da população em estudo. Hulley et al., (2008, p. 46) definem população como “ (...) um conjunto completo de pessoas que apresentam determinadas características em comum (...) ”.

Desta forma, a população do estudo correspondem ao total de nove mães, que se encontravam internadas no serviço de Obstetrícia de um Hospital da Região Norte, no período de tempo de 16 de Dezembro de 2009 a 24 de Dezembro de 2009 e do 11 ao 14 de Janeiro de 2010.

Na verdade, estudar toda a população seria uma condição bastante complexa, uma vez que o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar os dados. Para Almeida e Freire (2007), podemos falar em população, significando esta o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno (...) o conceito de amostra, ou seja, o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraídos de uma população.

A amostra, de acordo com Almeida e Freire (2007, p.114), é definida através de um processo de amostragem, que deve garantir a validade dos dados, assim como permitir a sua generalização. Desta forma, a amostra foi também constituída por nove participantes.

Relativamente ao presente estudo, utilizou-se um processo de amostragem não probabilística, intencional e acidental. Não probabilística, uma vez que, “ (...) cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (...) ” (Fortin, 2003, p.208). Considerou-se intencional, uma vez que “o pesquisador está interessado na opinião (acção, intenção, entre outros) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (Lakatos e Marconi, 2007, p.52).

Deste modo, delineou-se critérios de inclusão, que se traduzem da seguinte forma: o bebé estar internado numa UCINP e ter sido separado da sua mãe imediatamente após o nascimento. Os de exclusão, que se manifestam quando qualquer mãe, por motivos pessoais, rejeitou o uso do gravador áudio como instrumento de registo magnético de dados.

Concordando com Polgar *cit. in* Ribeiro (2007, p.45) “não há um número mágico de participantes que possa ser considerado número óptimo” e “atendendo ao objectivo do estudo que é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido” (Morse, *cit. in* Fortin, 2003, p.211). Perante isto, a amostra é constituída por nove participantes, que de acordo com os critérios de inclusão, se encontravam internadas num Hospital da Região Norte, de 16 de Dezembro de 2009 a 24 de

Dezembro de 2009 e do 11 ao 14 de Janeiro de 2010, das 10 horas às 14 horas ou das 14 horas às 17 horas.

### **1.3. Variáveis em Estudo**

Na opinião de Ribeiro (2007, p.36), variável em investigação é definida como “ (...) uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos (...)”.

Perante o tema de investigação e o tipo de estudo referido, definiu-se características próprias da população, que se traduzem em variáveis atributo: idade, estado civil, habilitações literárias e académicas, área de residência, número de filhos, planeamento da gravidez, gravidez desejada, número de consultas de vigilância pré-natal, informações obtidas nas consultas de vigilância pré-natal; relativamente ao estado de saúde do bebé, esclarecimento de dúvidas, em que circunstâncias foi retirado o bebé às mães e como é que a mãe soube que o seu bebé foi para a UCI Neonatais e Pediátricos; com vista à posterior caracterização da população.

Segundo, Bardin (2004, p.97), no estudo qualitativo fenomenológico, as variáveis surgem após a análise de conteúdo, mais concretamente após a codificação em que, por recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem), classificação e agregação (escolha das categorias) se infere as variáveis. Conforme Almeida e Freire (2007, p.53) “ (...) as variáveis podem derivar de conceitos mais amplos”.

### **1.4. Método e Instrumento de Colheita de Dados**

O método de colheita de dados foi a entrevista pessoal (face a face), semi-estruturada ou semi-directiva (apêndice II). De acordo com Quivy, Campenhoudt, 2008, p.129, este método permite que o investigador disponha de uma série de perguntas guia, com o fim de obter informações acerca de determinado assunto.

Como instrumento de colheita de dados, elegeu-se o guião da entrevista, sendo o mesmo constituído por duas partes. A primeira parte engloba a caracterização da população, expressa através das variáveis atributo. A segunda parte corresponde às perguntas orientadoras do estudo (questão central e subsidiárias). Outro instrumento de colheita de dados utilizado foi o gravador de voz. Deste modo, a entrevista, segundo autorização das participantes foi gravada em formato magnético, de modo a ficar registada toda a informação e a manter a confidencialidade dos dados.

### **1.5. Pré-Teste**

Conforme Polit et al., (2004, p.254), esta etapa é indispensável para “ (...) determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”.

Deste modo, realizou-se o pré-teste, no dia 15 de Dezembro de 2009, a três mães que se encontravam internadas no serviço de obstetrícia de um Hospital da Região Norte, e que satisfizeram os critérios de inclusão. Com a realização do pré-teste, os resultados obtidos orientavam para a consecução dos objectivos do estudo, não sendo assim necessário efectuar alterações ao guião da entrevista.

Após, este procedimento e tratamento dos dados do pré-teste, não se verificou necessidade de reformulação do instrumento de colheita de dados.

### **1.6. Tratamento de Dados**

Após a realização da colheita de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos. Assim, posteriormente à realização da entrevista, analisou-se os dados produzidos pelas mães e fez-se a sua transcrição para os programas informáticos Excel® e Word®. O Excel® foi utilizado para o tratamento estatístico de dados quantitativos, mais concretamente das variáveis atributo, já referenciadas anteriormente. Relativamente às perguntas de índole descritiva, foi necessário proceder à respectiva análise de conteúdo e transcrever os resultados para o programa informático Word®.

Para o tratamento de dados, recorreu-se à análise de conteúdo, segundo Bardin (2004, p.37), “ (...) é um processo sistemático e objectivo que pretende explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens de modo a obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos (variáveis inferidas). Assim, os dados apresentam-se em torno de gráficos e quadros”.

### **1.7. Aspectos e Considerações Éticas**

As investigações que envolvem seres humanos originam sempre preocupações de origem ética. De acordo com Lo (*cit. in* Hulley et al., 2008, p.243), são três os princípios éticos que orientam as pesquisas que envolvem seres humanos: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

O princípio do respeito demanda, segundo Lo *cit. in* (Hulley et al., 2008, pp. 243, 247) que: “ (...) os investigadores obtenham consentimento informado, protegendo, assim, aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e garantindo a confidencialidade”. Deste modo, o investigador deve fornecer as informações relevantes (necessárias para que o participante possa decidir sobre a sua participação no estudo. (...)) Para salvaguardar a confidencialidade torna-se necessários codificar os dados, armazená-los em local seguro, restringir o número de pessoas com acesso aos mesmos.

Os princípios da beneficência, na perspectiva de Lo *cit. in* (Hulley et al., 2008, pp.243, 248), exigem que a pesquisa seja fundamentada cientificamente para verificar-se quais os riscos e benefícios prováveis e deste modo poder-se antecipar os riscos, minimizando-os. O princípio da justiça dita que os benefícios da pesquisa sejam distribuídos de forma justa e que o acesso aos mesmos seja equitativo (Lo *cit. in* Hulley et al., 2008, p.244).

O trabalho justo, de acordo com Fortin (2003, p.119), “ (...) refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (...) assim como os métodos utilizados no estudo”. Já o tratamento equitativo, centra-se no facto de os sujeitos serem seleccionados de acordo com o problema de investigação, não

havendo prejuízo para os que desistam no decorrer do estudo. Os sujeitos podem a qualquer momento do estudo obter informação acerca do mesmo (Fortin, 2003, pp.119 e 120).

Perante o que foi dito anteriormente, pode-se afirmar que as participantes seleccionadas para o presente estudo foram tratadas de forma justa, sendo esclarecidas acerca da natureza, objectivos e procedimentos do estudo para deste modo decidirem livremente acerca da sua participação no mesmo e assim obter-se o consentimento informado (apêndice I); relativamente à confidencialidade das entrevistas aplicadas, introduziu-se codificações (E1, E2, E3, ...) para tratar os dados.

Assim, julga-se que os três princípios éticos supramencionados foram consumados.

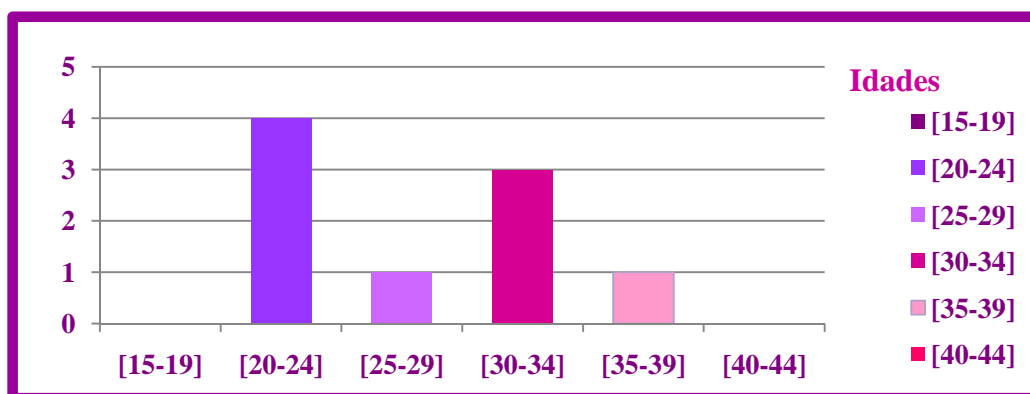
**PARTE III - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

Após a colheita de dados estar concluída, surge como etapa seguinte, transcrever a totalidade dos dados, sem os fragmentar, seguida de uma análise complexa da qual emergem categorias suportadas pelas unidades de registo e as unidades de contexto, permitindo, deste modo, a concretização dos objectivos deste trabalho de investigação.

Assim, efectuou-se uma breve caracterização da amostra, seguida de uma apresentação, análise e discussão dos resultados, sendo esta última etapa realizada com confronto de autores.

## CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

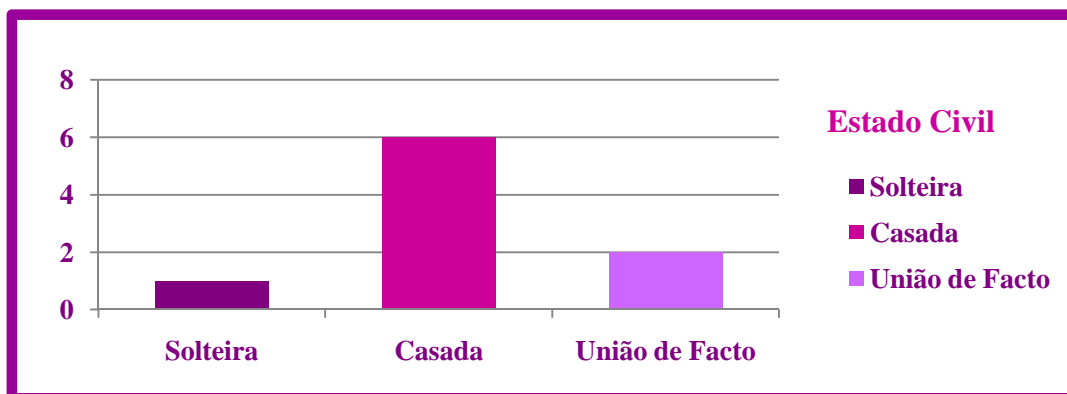
Uma vez efectuada a recolha de dados junto das participantes, considerou-se de grande relevância a apresentação e respectiva caracterização da amostra, que para facilitar a leitura dos dados, foram interpretados em gráficos.



**Gráfico n.º1:** Distribuição de dados relativamente à idade.

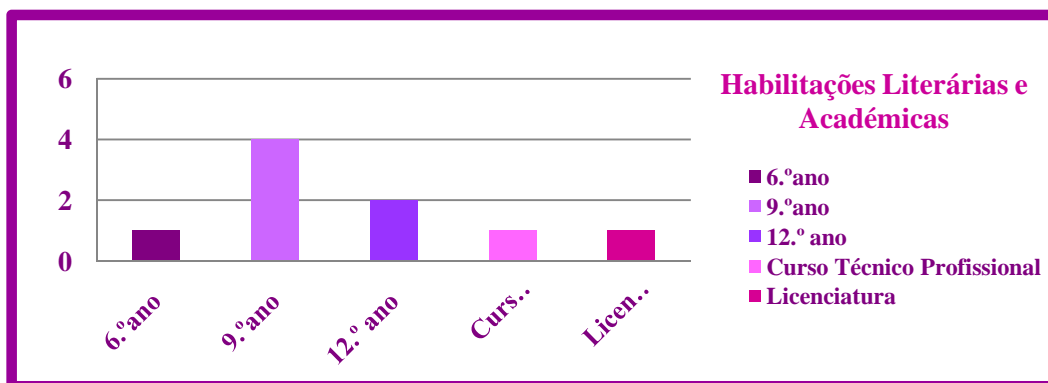
Para facilitar a compreensão do gráfico, estabeleceram-se os seguintes intervalos, relativamente à idade das mães: [15-19]; [20-24]; [25-29]; [30-34]; [35-39] e [40-44] anos de idade. Relativamente à idade das mães, verificou-se que existe uma predominância (quatro mães), no intervalo compreendido entre [20-24] anos de idade. Para finalizar, pode-se constatar que três mães estavam inseridas no intervalo [30-34], uma mãe nos intervalos [25-29] e [35-39]. Não se verificou nenhuma mãe nos intervalos [15-19] e [40-44].

A idade materna tem um efeito determinante nos resultados da gravidez. Geralmente, pensa-se que quer a mãe quer o feto estão em situação de alto risco quando a mãe é uma adolescente ou tem mais de 35 anos (Williams, 1999, p. 477).



**Gráfico n.º2:** Distribuição de dados relativamente ao estado civil.

A observação do gráfico número dois permitiu constatar que das nove mães entrevistadas, seis eram casadas, duas estavam em união de facto e apenas uma era solteira.

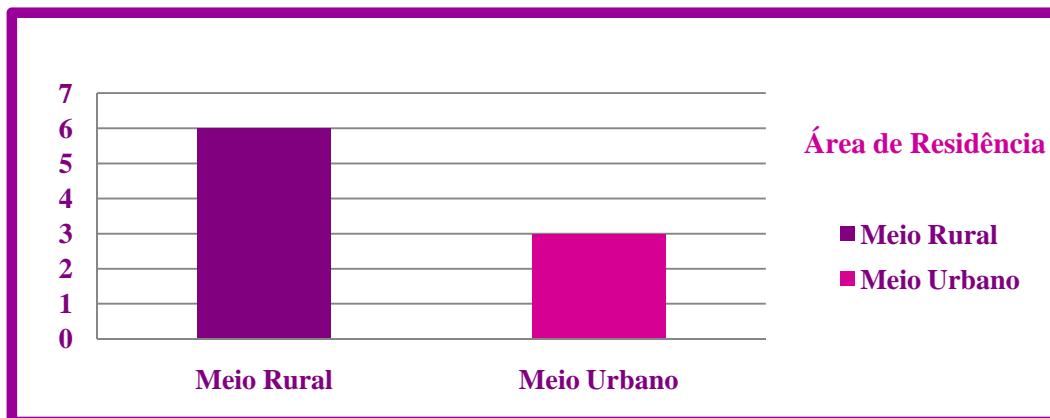


**Gráfico n.º3:** Distribuição de dados relativamente às habilitações literárias e académicas.

Tal como se pode verificar pelo gráfico número três, uma das mães têm o 6.º ano, quatro tem o 9.º ano, duas o 12.º ano e uma das mães tem uma licenciatura.

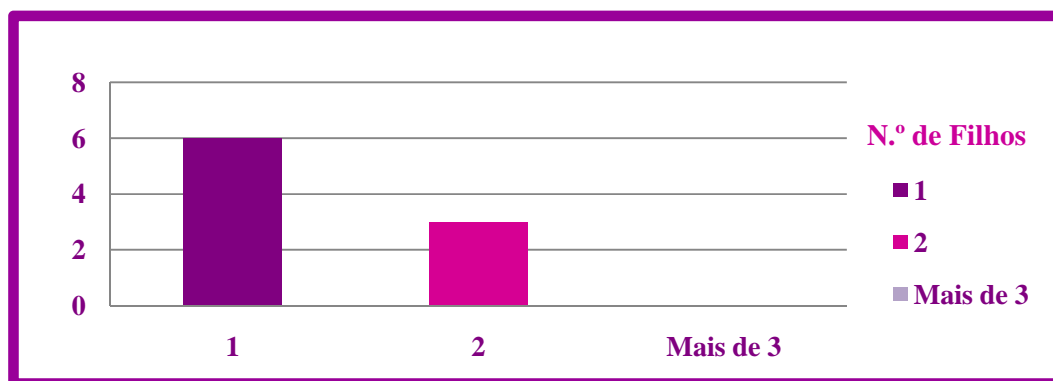
Habitualmente, entende-se por grau de instrução, o número de anos de escolaridade durante os quais o indivíduo adquiriu e aprofundou conhecimentos, desenvolveu

capacidades e potencialidades e se desenvolveu em interação com o contexto sócio-cultural em que está inserido, permitindo-lhe construir uma forma de estar, uma filosofia de vida (Lello e Lello, 1988 *cit. in* Mendes, 2002, p.54).



**Gráfico n.º 4:** Distribuição de dados relativamente à residência.

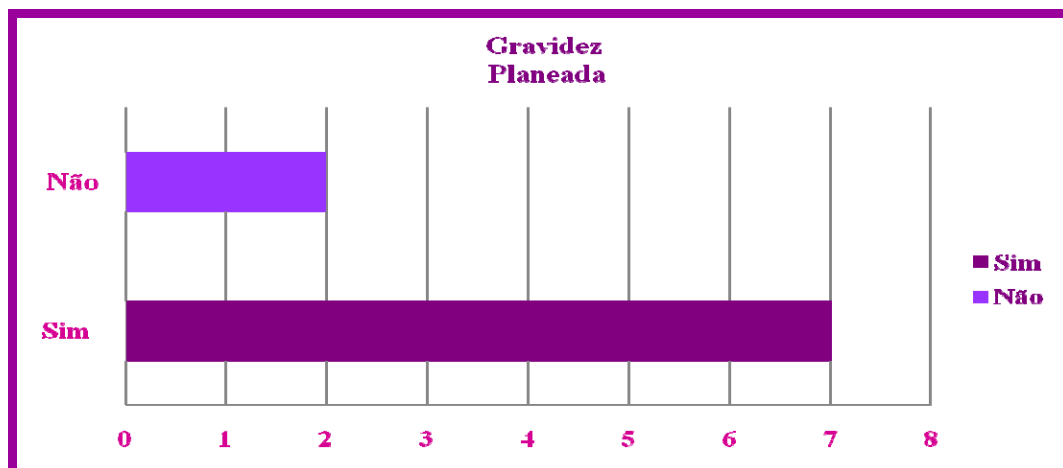
Relativamente à área de residência, pode-se verificar que das nove mães que participaram neste estudo, seis viviam em meio rural e três viviam em meio urbano.



**Gráfico n.º 5:** Distribuição de dados relativamente ao número de filhos.

Quanto ao número de filhos, verificou-se que seis das mães entrevistadas tinham apenas um filho e as restantes três tinham dois filhos.

Segundo Deans (2005, p.155), o acontecimento de maior importância na vida de um casal, é a chegada do primeiro filho, porque há alterações dos estilo de vida e será muito mais brusca, do que daqueles casais que já têm filhos.



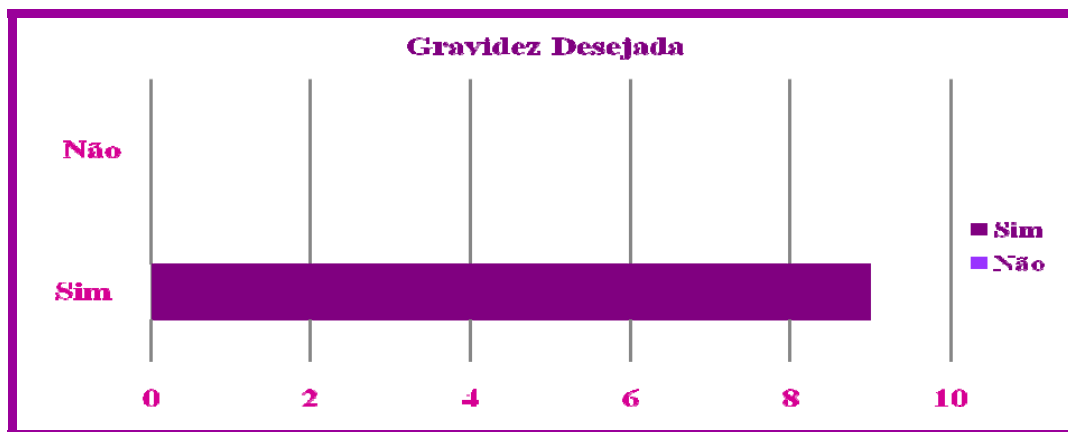
**Gráfico n.º6:** Distribuição de dados relativamente ao planeamento da gravidez.

Das nove mães entrevistadas, apenas duas referiram que a gravidez não foi planeada. Esta questão é muito importante porque o facto de o casal ter planeado a gravidez pode desencadear diferentes respostas e comportamentos, que irão influenciar toda a gravidez, parto e posterior ligação pais/bebé.

Lederman (*cit. in* Williams et al., 1999, p.122) refere que “os casais que planeiam a gravidez, aceitam-na de bom agrado”, ou seja, haverá mais envolvimento do casal relativamente a tudo o que está relacionado com a gravidez e o bebé.

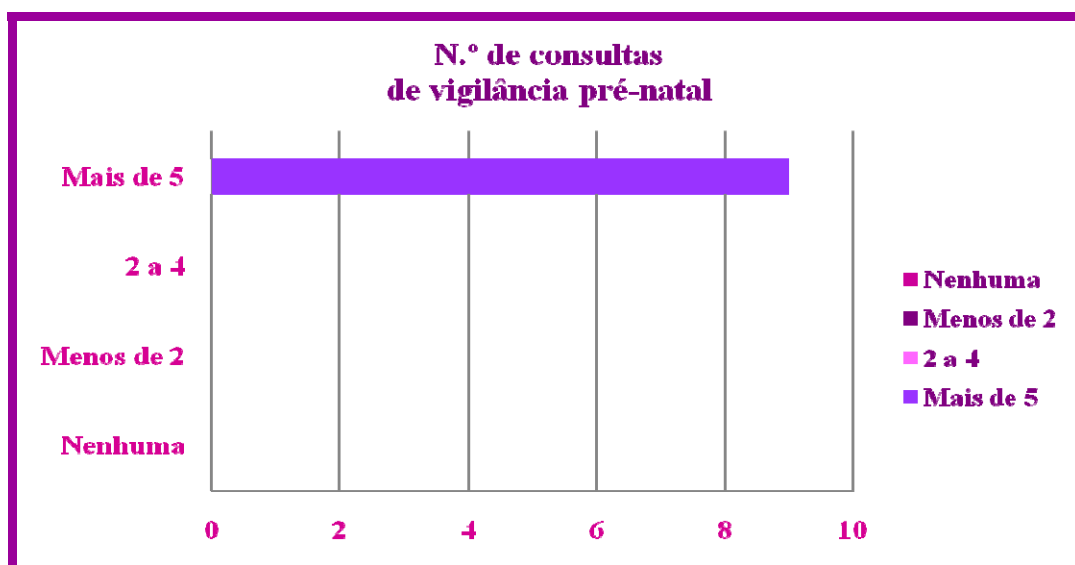
Crê-se que o planeamento da gravidez e a ligação materno-fetal tenham algum tipo de relação. Estudos feitos revelam que o planeamento de uma gravidez poderá ser importante, no casal sem filhos, como tarefa antecipatória na transição para a maternidade/paternidade, ou seja, o facto de se planear a gravidez poderá sugerir a intenção do casal em iniciar o seu projecto de paternidade (Mendes, 2002).

Como refere Gomes (2005), o planeamento da gravidez e aceitação da gravidez são dois aspectos distintos, ou seja, o facto de se planear uma gravidez não garante a sua aceitação ou o desejo de ser mãe. O planeamento da gravidez não depende somente de uma relação marital estável mas também do número desejado de filhos.



**Gráfico n.º7:** Distribuição de dados relativamente ao desejo da gravidez.

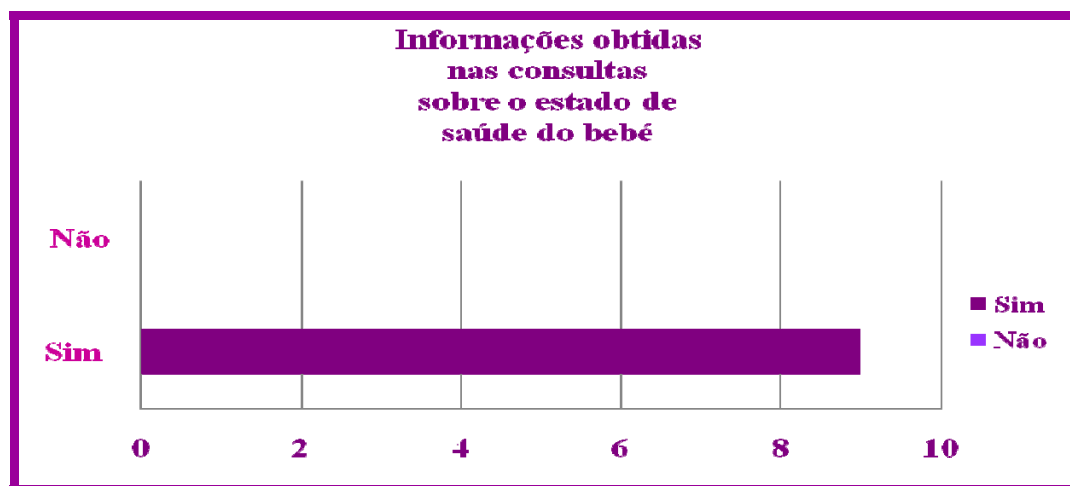
Relativamente à questão, se foi uma gravidez desejada por ambos os elementos do casal, todas as mães entrevistadas mencionaram que a gravidez foi desejada, mesmo aquelas mães que inicialmente não tinham planeado à gravidez. Após terem tomado conhecimento que se encontravam grávidas, tanto elas como seus companheiros passaram a desejar a gravidez.



**Gráfico n.º8:** Distribuição de dados relativamente ao número de consultas de vigilância pré-natal.

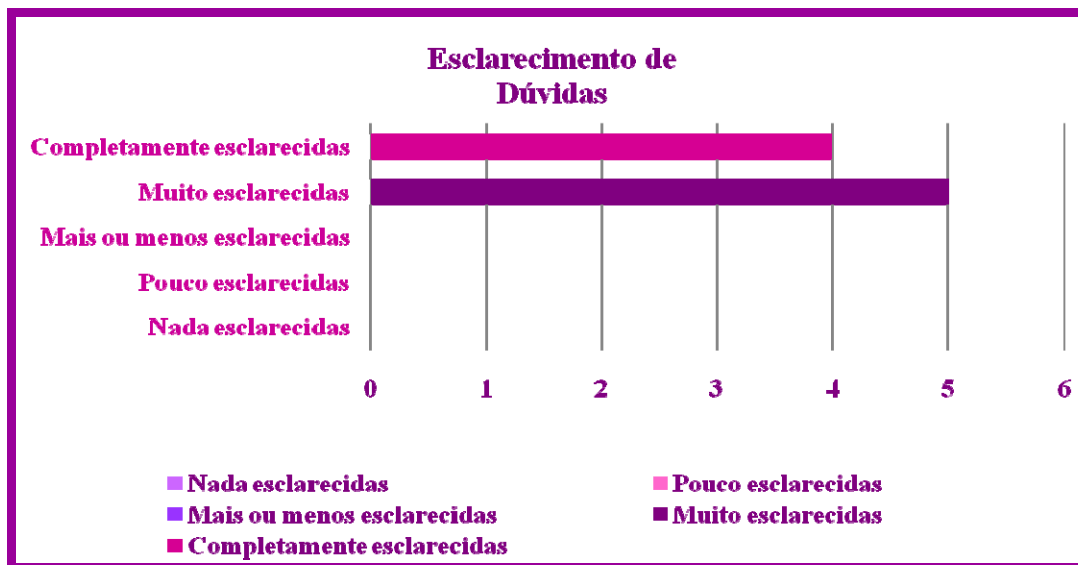
Como se pode constatar no gráfico número oito, a amostra presente nesta investigação referiu que durante a gravidez tiveram mais de cinco consultas de vigilância pré-natal. Segundo Barros (2006, p.59), a OMS preconiza que o número total de consultas não deve ser inferior a seis. Na primeira consulta, o enfermeiro deve informar a gestante da importância da comparência nas consultas previamente agendadas porque só desta forma se assegura um acompanhamento correcto e regular da gravidez.

Ainda Barros (2006), refere que a periodicidade das consultas deve ser mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª e a 36ª semana e semanal a partir da 36ª semana até ao parto. Contudo, a periodicidade das consultas, para Braden (2000, p.53), depende das condições gerais da gestante, pelo que as gestantes que apresentam uma gravidez de risco têm uma frequência de consultas bem mais elevada.



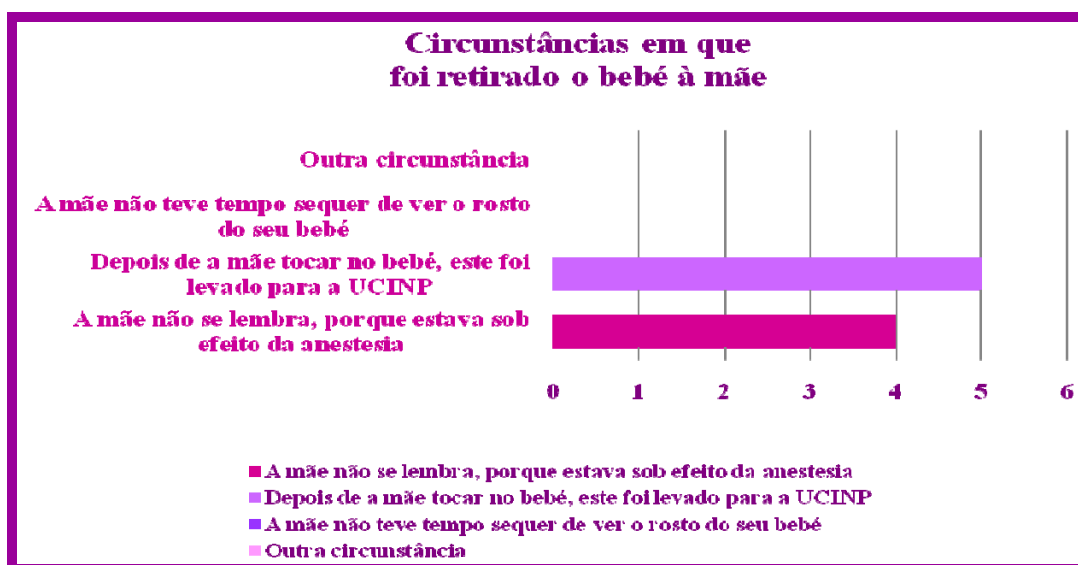
**Gráfico n.º9:** Distribuição de dados relativamente à informação recebida na consulta de vigilância pré-natal, sobre o estado de saúde do bebé.

No que concerne às informações obtidas nas consultas de vigilância pré-natal sobre o estado de saúde do bebé, as nove mães entrevistadas mencionaram que obtiveram sempre informações acerca do estado de saúde de seu filho nas consultas de vigilância pré-natal.



**Gráfico n.º10:** Distribuição de dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas nas consultas de vigilância pré-natal.

Como se pode verificar, pelo gráfico número dez, relativamente ao esclarecimento de dúvidas nas consultas de vigilância pré-natal, das nove participantes, cinco disseram que as suas dúvidas eram muito esclarecidas e quatro disseram que as suas dúvidas eram completamente esclarecidas.



**Gráfico n.º11:** Distribuição de dados relativamente às circunstâncias em que foi retirado o bebé à mãe.

Relativamente às circunstâncias em que foi retirado o bebé à mãe, cinco das mães referiram que depois de terem tocado no bebé, este foi para a UCI Neonatais e Pediátricos, enquanto as restantes quatro mães referiram que não se lembravam do momento em si, porque se encontravam sob efeito da anestesia. Nenhuma das entrevistadas referiu outra circunstância, para além das contestadas no gráfico.

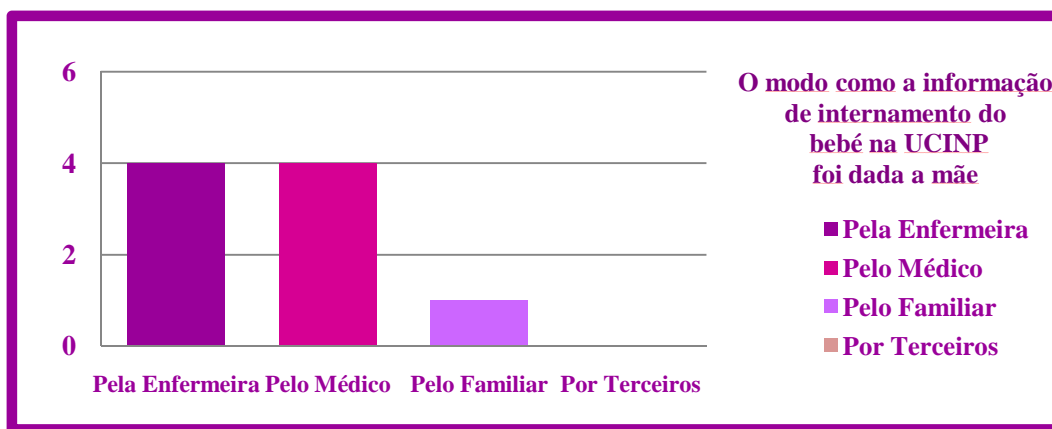
Como refere Figueiredo, 2001, p.297, é sobretudo aquando dos primeiros contactos com o filho que o bonding [a ligação mãe/bebé] se estabelece e/ou fortifica, pelo que, na sequência de acontecimentos menos favoráveis na altura do parto ou dos primeiros contactos com o recém-nascido, o processo de envolvimento emocional pode estar dificultado. As condições nas quais decorre o parto e os primeiros contactos com o bebé são, para um grande número de autores, as circunstâncias mais decisivas no estabelecimento da ligação emocional dos pais, ou pelo menos estas são as dimensões que tem sido mais extensivamente investigadas na literatura (Figueiredo, 2001, p.297).

A ligação da mãe ao bebé está ainda favorecida no parto normal, em relação ao que acontece nos partos instrumentais e nos partos com analgesia epidural. Por sua vez, as mães submetidas a analgesia epidural, quando comparadas com as mães que não recorreram a analgesia de parto, apresentam valores significativamente menos elevados de ocitocina no sangue, o que, (...) não beneficia a vinculação com o filho (Taylor et al., 1994; Klaus et al., 2000 *cit. in* Figueiredo, 2001, p.298).

De acordo com Barbara Figueiredo, 2001, p.298, o estado neonatal do recém-nascido é “ também negativamente afectado pelo facto de a mãe ter sido sujeita a analgesia de parto; o bebé mostra-se muito menos interactivo, com previsível igual prejuízo no estabelecimento do envolvimento emocional na díade”.

Um conjunto de investigações, segundo Figueiredo, 2001, pp.298 e 299, “tem vindo mais recentemente a assinalar que o tipo de parto interfere nos níveis hormonais da mãe, os quais podem ser responsáveis pelo seu estado de humor pós-parto, tanto quanto pelo grau em que se envolve com o filho, tendo ainda implicações nos níveis

hormonais e no comportamento interactivo do recém-nascido, o qual influencia retroactivamente a disponibilidade da mãe para o *bonding*”.



**Gráfico n.º12:** Distribuição de dados relativamente ao modo como a informação de internamento do bebé na UCI Neonatais e Pediátricos foi dada à mãe.

No que se refere ao modo como as mães receberam a informação de que bebé estava internado na UCI Neonatais e Pediátricos, quatro das nove mães entrevistadas referiram que a informação foi dada pela Enfermeira, outras das quatro mães referiram que a informação foi fornecida por um Médico e apenas uma das mães referiu que foi por um familiar. Não referindo nenhuma das mães que a informação foi dada por terceiros.

## CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise das respostas às entrevistas efectuadas, emergiram as categorias deste estudo, assim como as respectivas unidades de registo, que foram ao encontro das unidades de contexto. De modo a sintetizar a apresentação dos dados, estabeleceram-se unidades de frequência (scores). Assim, na apresentação da análise dos dados, apenas se abordou as unidades de contexto mais representativas de modo a permitir uma maior facilidade de visualização dos dados e da organização da sua análise, sendo que a estrutura global da análise de conteúdos dos dados se encontra no final deste trabalho (apêndice III).

**Quadro n.º1:** Análise de Conteúdo referente ao impacto da separação mãe/bebé no período pós-parto

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Maternos, face ao Impacto da Separação Mãe/Bebé</b>	<b>Ansiedade</b>	“Sinto-me muito ansiosa” (E8,L6,p. 1.1).	<b>3</b>
	<b>Tristeza</b>	“(…) A separação é muito triste. Principalmente quando vejo (…) as minhas colegas de quarto com eles no berço a chorarem (…) e elas a tomarem conta deles (…) ” (E5,L17,p.1.1).	<b>5</b>
	<b>Medo</b>	“Eu tinha medo que com a separação que ela não me reconhecesse, nem nada” (E2,L9,p.1.1).	<b>3</b>
	<b>Perda</b>	“Falta-me qualquer coisa (…) sentia que me faltava alguma coisa” (E2,L6,p.1.1).	<b>2</b>
	<b>Culpa</b>	“(…) Sei lá, se a culpa não foi minha (…) foi cedo, senti-me culpabilizada por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (labilidade emocional) ” (E3,L3,p.1.1).	<b>1</b>
	<b>Impotência</b>	“A separação foi vivenciada por mim com sentimentos de (…) impotência” (E5,L3,p.1.2).	<b>1</b>
	<b>Desconfiança</b>	“Não sei, tudo o que me diziam para mim era tudo mentira, não era verdade” (E6,L8,p.1.1).	<b>1</b>
	<b>Nervosismo</b>	“Aqueles momentos de não ter informação, de não conseguir sair da cama (…) ainda me colocavam, mais nervosa (…) ” (E6,L10,p.1.1).	<b>1</b>
	<b>Dor</b>	“(…) Ver os outros bebés a chorarem, e não poder consolar o meu (…) acaba por se sentir uma dor” (E6,L14,p.1.1).	<b>1</b>
	<b>Choque</b>	“Vivemos mesmo um choque, ao receber uma notícia destas” (E6,L16,p.1.2).	<b>1</b>

De acordo com o quadro apresentado, é possível verificar que a partir da análise de conteúdo realizada aos dados constantes nas entrevistas, emergiu a categoria: **Sentimentos Maternos face ao Impacto da Separação Mãe/Bebé**. Quanto às unidades de registo, são: ansiedade, tristeza, medo, perda, culpa, impotência, desconfiança, nervosismo, dor e choque.

Assim, na base dos sentidos e na compreensão de factos relativos aos sentimentos e entendendo-se que o ser humano reage aos mesmos sentimentos de forma diferente, entende-se que estas mães balizaram a manifestação dos sentimentos supracitados, enquadrando-os em dez possíveis manifestações. Em vez dos habituais sentimentos de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho parental, segundo Luísa Barros (2001, p.305), os pais que vivenciam uma situação de separação do seu bebé “têm de lidar com emoções complexas de **medo**, “*Eu tinha medo que com a separação que ela não me reconhecesse, nem nada (E2,L9,p.1.1)*”, ansiedade, raiva, **culpabilidade**, “*(...) Sei lá, se a culpa não foi minha (...) foi cedo, senti-me culpabilizada por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (labilidade emocional) (E3,L3,p.1.1)*”, e alguns sentem mesmo uma incapacidade de olhar aquele ser tão estranho e vulnerável rodeado de tantos aparelhos e instrumentos ameaçadores”.

Knuppel e Drukker et al., (1995, p.341) referem que a primeira emoção que “ (...) a mãe e a família de um bebé prematuro geralmente manifestam é a de **choque** “*Vivemos mesmo um choque, ao receber uma notícia destas (E6,L16,p.1.2)*”. A paciente poderá apresentar períodos de choro e de silêncio, podendo apresentar entorpecimento emocional”.

Face à situação de internamento do bebé na UCINP, Frota et al., (2007) diz que “ (...) as mães se encontram num momento de fragilidade, **tristeza**, “ (...) *A separação é muito triste. Principalmente quando vejo (...) as minhas colegas de quarto com eles no berço a chorarem (...) e elas a tomarem conta deles (...) (E5,L17,p.1.1)*”, e angústia geradas pela condição do internamento na Unidade”.

Brien & Fairbairn, 1996 (*cit. in* Rolim e Canavarro, 2001, p.264) afirmam que a experiência dos pais que vivem o internamento do seu bebé, numa unidade de cuidados intensivos, pode comportar diversas perdas: a perda de uma gravidez que se esperava normal; a perda de uma criança saudável e, por vezes, a perda real do bebé. Assim, tendo por base a afirmação de Rolim e Canavarro (2001, p. 285), quando o bebé morre ou corre risco de vida, a atenção dos profissionais de saúde deverá centrar-se nos momentos que podem anteceder essa **perda**, “*Falta-me qualquer coisa (...) sentia que me faltava alguma coisa (E2,L6,p.1.1)*”.

Para Lima et al., 2004, p.18, o facto de ter um filho internado numa UCI Neonatais e Pediátricos faz com que os pais experimentem “sentimentos e reacções desagradáveis como a incerteza, desilusão, **ansiedade**, “*Sinto-me muito ansiosa (E8,L6,p. 1.1)*”, desespero e principalmente o medo da morte. Os autores referem ser o “medo da morte” o responsável por todos os sentimentos supracitados. A morte é um facto temido por todos, em especial pelos pais que geralmente não admitem que seus filhos morram antes deles, por isso estaria alterar a ordem natural do ciclo de vida”.

Justo, 1997 (*cit. in* Rolim e Canavarro, 2001, p. 264), afiança que é: “ (...) frequente, entre as mães prematuras, sentimentos de **impotência**, “*A separação foi vivenciada por mim com sentimentos de (...) impotência (E5,L3,p.1.2)*”. Moreno e Jorge (2005, p.117) contam que os sentimentos e emoções das mães no mundo da UCINP se revestem de “mudanças de comportamento e hábitos, frustrações, **nervosismo**, “*Aqueles momentos de não ter informação, de não conseguir sair da cama...ainda me colocavam, mais nervosa (...) (E6,L10,p.1.1)*”, medo, culpa, pena, perplexidade, tristeza, solidão, impotência, (...) entre outros”.

Em modo de conclusão, pode-se afirmar que de um modo geral o termo UCI Neonatais e Pediátricos está intimamente ligado à **dor** da separação, “ (...) *Ver os outros bebés a chorarem, e não poder consolar o meu (...) acaba por se sentir uma dor (E6,L14,p.1.1)* ” e ao sentimento de morte. Concordando com, Centa, Moreira e Pinto (2004 *cit. in* Lima et al., 2004, p.18), quando dizem que “ a UCINP é uma unidade de alta complexidade, onde o viver e o morrer estão mais presentes na

imaginação das famílias”. Assim, e de acordo com, Whaley e Wong (1999,p.72) a “ (...) equipa de saúde deve permitir espaço para que os pais possam chorar e ter raiva do que lhes aconteceu. A expressão dessas emoções pode até mesmo significar doses de criticismo e **desconfiança**, “*Não sei, tudo o que me diziam para mim era tudo mentira, não era verdade (E6,L8,p.1.1)*, sobre a conduta da equipa”.

**Quadro n.º2:** Análise de Conteúdo referente aos sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Maternos, na Primeira Visita ao Bebé na UCI Neonatais e Pediátricos</b>	<b>Segurança</b>	“Senti-me segura, é o melhor para a saúde dele, do que estar aqui (...) e não ter a segurança de que ele está a ter bons cuidados” (E1,L12,p.1.1.).	<b>2</b>
	<b>Tristeza</b>	“Senti-me triste por o ver naquela situação, até as lágrimas vêm aos olhos nestas alturas” (E8,L13,p.1.1.).	<b>3</b>
	<b>Alegria</b>	“No fundo, eu senti uma alegria (...) porque estava acompanhado, não é?” (E3,L11,p.1.1.). “Senti uma alegria imensa quando lhe toquei, principalmente porque ele estava a chorar e mexer-se muito e quando eu lhe toquei, ele parou logo” (E5,L3,p.1.2.).	<b>5</b>
	<b>Choque</b>	“ (...) A primeira vez que a vi, choca sempre ver a minha filha assim” (E4,L24,p.1.1.).	<b>1</b>
	<b>Dor</b>	“Só tinha três fiinhos ligados, mas é custoso à primeira vista” (E5,L2,p.1.2.).	<b>1</b>
	<b>Alívio</b>	“Senti-me bem, no fundo senti-me aliviada” (E6,L9,p.2.1.).	<b>1</b>
	<b>Incapacidade</b>	“Senti-me incapaz de não poder fazer nada (...) não deixa de a gente se sentir muito incapaz” (E6,L11,p.2.1.).	<b>1</b>
	<b>Medo</b>	“ (...) Medo que ele pudesse ter problemas graves de saúde” (E7,L11,p.1.1.).	<b>1</b>

Perante a observação do presente quadro, pode-se mostrar que a categoria que despoletou da análise de conteúdo dos dados, foi: os **Sentimentos Maternos, na Primeira Visita ao Bebé na UCI Neonatais e Pediátricos**.

No que concerne aos sentimentos maternos, na primeira visita ao bebé na UCIN e Pediátricos, pode-se verificar que nem todas as mães vivenciaram os mesmos sentimentos. Os sentimentos vivenciados pelas participantes foram desde o sentimento de segurança, tristeza, alegria, choque, dor, alívio, incapacidade até ao sentimento de medo, sentimentos estes, que foram designados por unidades de registo.

A necessidade de internamento do bebé prematuro afecta o processo natural de vinculação, ao qual se dá o nome de vínculo ou relação precoce, e que é definido por Klaus e Kennell como uma “ligação emocional que liga pais e bebé, denominada por *bonding*. O facto de poder ver, tocar, e cuidar do bebé, contribui para a formação ou fortalecimento dos laços afectivos após o nascimento. Daí a importância dos pais visitarem o bebé o mais cedo possível”. Com a primeira visita, surge todo um processo de luto do bebé imaginário e considera-se a possibilidade de perda do bebé real. Neste primeiro contacto, inicia-se um novo processo de vinculação. Mas visitar apenas não é suficiente, é necessário englobar os pais nos cuidados prestados, desmistificando-os e encorajando a sua colaboração (Wolke, 1995; Batalha et al., 1999 *cit. in* Amaral, 2009,p.42).

O nascimento de um filho prematuro causa nas mães reacções de **choque**, “ (...) *A primeira vez que a vi, choca sempre ver a minha filha assim (E4,L24,p.1.1)* ”, tanto pelo nascimento inesperado e mais frequentemente pelo aspecto frágil de um bebé diferente da imagem daquele que foi construída durante a gravidez. Essa percepção é geradora de insegurança para a família, especialmente para a mãe (Tronchin et al., 2004 *cit. in* Nilba Lima de Souza et al., 2009).

Na primeira visita à UCINP, no parecer de Souza et al., 2009, as mães deparam-se com um “ambiente assustador que acentua os sentimentos de insegurança e medo, mas por outro lado experimentam **alegria**, “*No fundo, eu senti uma alegria (...) porque estava acompanhado, não é? (E3,L11,p.1.1)* ” e “*Senti uma alegria imensa quando lhe toquei, principalmente porque ele estava a chorar e mexer-se muito e quando eu lhe toquei, ele parou logo (E5,L3,p.1.2)* ”, e conformismo por constatar que o filho está vivo e com as possibilidades de sobrevivência, diante dos recursos

tecnológicos e das especialidades dos profissionais que compõe a UCINP. Essa ambiguidade de sentimentos foi observada no estudo de Lamy que constatou que mesmo o ambiente sendo assustador, a hospitalização torna-se positiva na perspectiva da recuperação do filho”.

Em casos de RNs prematuros ou enfermos, deve-se sempre que possível, permitir à mãe ver o bebé ainda na sala de parto, procurando fornecer informações positivas sobre o estado do filho. Tais providências podem minimizar os sentimentos de frustração, ansiedade e **dor**, “*Só tinha três fñinhos ligados, mas é custoso à primeira vista (E5,L2,p.1.2)*” (Camargo et al., 2004, p.269).

É frequente, entre as mães prematuras, sentimentos (...) de **incapacidade**, “*Senti-me incapaz de não poder fazer nada (...) não deixa de a gente se sentir muito incapaz (E6,L11,p.2.1)*”, agravados pelas barreiras físicas colocadas ao contacto com o bebé (incubadora, aparelhos de monitorização), que reduzem as oportunidades de interacção. Estas máquinas são, por isso, sentidas, simultaneamente, como imprescindíveis à sobrevivência do bebé e ameaçadoras, porque anulam o papel da mãe” (Justo, 1997 *cit. in* Rolim e Canavarro, 2001, p. 264).

Por outro lado, a perda de algo amado, na opinião de, Whaley e Wong (1999, p.72) é caracterizado por sentimentos de “ (...) **tristeza**, “*Senti-me triste por o ver naquela situação, até as lágrimas vêm aos olhos nestas alturas (E8,L13,p.1.1)*”, perda de apetite, insónia, maior irritabilidade, pensamentos obsessivos a respeito da criança e sentimentos de culpa e raiva”. Os pais geralmente sentem um grande **alívio**, “*Senti-me bem, no fundo senti-me aliviada (E6,L9,p.2.1)*” quando assegurados de que todas estas emoções dolorosas são esperadas (Whaley e Wong, 1999,p.72).

De acordo com, Camargo et al., 2004, p.271, o **medo**, “ (...) *medo que ele pudesse ter problemas graves de saúde (E7,L11,p.1.1)*”, pode estar directamente relacionado tanto com o ambiente desconhecido [Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos], como também ao desconhecimento da real situação do filho, levando as mães a imaginar o pior.

Xavier, (1996 *cit. in* Delgado et al., 2004, p.20), alega que “as mães de bebés hospitalizados tendem a ver seus filhos bem piores do que na realidade estão e isto pode trazer consequências para o desenvolvimento do bebé. A **segurança**, “*Sentime segura, é o melhor para a saúde dele, do que estar aqui (...) e não ter a segurança de que ele está a ter bons cuidados (E1,L12,p.1.1)*”, que a mãe precisa para poder suportar a hospitalização prolongada e a separação está na confiança depositada pela família nos profissionais que cuidam do seu bebé doente”.

Por fim, Burroughs, 1995, p.212, menciona que “os pais variam muito quanto ao grau em que conseguem interagir com o seu bebé. Alguns podem desejar tocar ou segurar o seu filho durante a primeira visita, ao passo que outros podem não se sentir confortáveis o suficiente para entrar no berçário”.

**Quadro n.º3:** Análise de conteúdo referente à existência de apoio por parte do marido/companheiro, à mulher nesta fase da sua vida e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Papel do marido / companheiro</b>	<b>Apoio Emocional</b>	<p>“Sinto apoio do meu marido (...) tenho o apoio todo dele” (E1,L23,p.1.1.).</p> <p>“Sim, sinto apoio. Ah, acho que ele além de ser muito carinhoso comigo é amigo” (E6,L8,p.2.2.).</p> <p>“Sinto apoio do meu marido através de carinho (...)” (E7,L1,p.1.2.).</p> <p>“Dá-me carinho, através dos seus actos” (E8,L25,p.1.1.).</p>	<b>9</b>
	<b>Disponibilidade</b>	<p>“Ele está sempre aqui comigo, está sempre disponível” (E2,L19,p.1.2.).</p> <p>“Está sempre preocupado (...) a telefonar-me (...) se está tudo bem, se eu preciso de alguma coisa ou o bebé” (E3,L24,p.1.1.).</p>	<b>3</b>
	<b>Apoio Físico</b>	<p>“ (...) Tem vindo sempre às visitas, tem ido sempre comigo ver o bebé” (E7,L25,p.1.1.).</p> <p>“Tenho apoio nas visitas, em casa e a tratar do outro filho” (E8,L24,p.1.1.).</p>	<b>3</b>

Tendo por base o quadro número três, pode-se observar que a categoria que resultou da análise de conteúdo referente à existência de apoio por parte do marido/companheiro, à mulher foi: o **Papel do marido/companheiro**. Da presente categoria, emergiram as seguintes unidades de registo: apoio emocional, disponibilidade e apoio físico.

A mãe, ao permanecer junto do bebé no hospital, ajuda na recuperação construtiva dele. Conforme Cunha (2000), “a presença e a competência da mãe são tão importantes para a sobrevivência do bebé quanto o alimento. Mas para que esta mãe consiga alcançar este objectivo, também precisa de apoio tanto da equipa como da família. Todas as entrevistadas mencionaram, no seu discurso, o apoio emocional por parte do marido/companheiro. O apoio dado pelo marido/companheiro é sentido pelas mães, da seguinte forma: carinho “*Sim, sinto apoio. Ah, acho que ele além de ser muito carinhoso comigo é amigo (E6,L8,p.2.2)*”, atenção e o proferir palavras amigas “*(...) É sempre muito atencioso (...) e no fim tem sempre uma palavra amiga, é sempre um conforto (E6,L17,p.2.2)*” e “*Sinto apoio do meu marido através de carinho (E7,L1,p.1.2)*”.

A fragilização do estado emocional de quem tem um bebé internado na UCI Neonatais e Pediátricos gera carência de apoio emocional. Posto isto, Cunha (2000), refere que o pai do bebé surge “*(...) como a figura de apoio da mãe. Embora ele geralmente esteja menos presente no hospital, a mãe sente-se mais segura quando o companheiro divide as preocupações e expectativas com ela. No puerpério, o pai desempenha um papel activo nos cuidados do bebé.*

No caso de um bebé hospitalizado, a função do pai adquire ainda, mais importância, uma vez que ele não passa pelos problemas somáticos da gestação e do parto, podendo auxiliar a mãe com uma visão mais ampla dos problemas, enquanto esta se recupera” (Delgado, 2004). O pai, para além de ser extremamente importante no apoio à mulher durante a gravidez e o pós-parto, também é indispensável no relacionamento/envolvimento emocional com o bebé.

Na gravidez, parto e pós-parto o apoio emocional é fundamental, pois de acordo com Klaus e Kennel (1992), o envolvimento do pai na gravidez, parto e pós-parto, pode exercer uma influência significativa no estabelecimento e desenvolvimento da tríade familiar mãe-pai-filho.

Também para o bebê, o envolvimento emocional com o seu pai é fundamental, porque as diferenças que encontra no envolvimento entre o seu pai e a sua mãe, estimulam-no de forma diferente, proporcionando-lhe uma experiência social mais vasta e muito importante para o seu crescimento e desenvolvimento (Edwards, 2002).

As mães referiram ainda que os seus maridos/companheiros mostraram ainda disponibilidade, para visitar a mulher, *“Ele está sempre aqui comigo, está sempre disponível (E2,L19,p.1.2)”*, para telefonar *“Está sempre preocupado (...) a telefonar-me (...) se está tudo bem, se eu preciso de alguma coisa ou o bebé (E3,L24,p.1.1)”* e para além do apoio emocional recebido por eles tinham também o seu apoio físico, como se pode constatar pelas respectivas locuções, *“(…) Tem vindo sempre às visitas, tem ido sempre comigo ver o bebé (E7,L25,p.1.1)”* e *“Tenho apoio nas visitas, em casa e a tratar do outro filho (E8,L24,p.1.1)”*.

**Quadro n.º4:** Análise de conteúdo referente à relação do marido/companheiro da mulher, face à separação com o bebé.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Paternos, face à Separação com o Bebé</b>	<b>Segurança</b>	“Reagiu bem (...) ele acha que é o melhor para o bebé é estar lá. Há mais segurança, para se poder desenvolver melhor” (E1,L3,p.1.2.).	1
	<b>Sofrimento</b>	“Sofreu muito, sofreu mais do que eu, porque só me contou três dias depois, o que se passava com o bebé” (E5,L16,p.2.2.). “Sofre, nota-se na cara dele que sofre, embora não demonstre tanto como nós, mas sofre” (E8,L8,p.1.2.).	3
	<b>Perda</b>	“ (...) O meu marido sentia que ia perder o bebé, teve o sentimento de perda presente” (E5,L24,p.3.1.).	1
	<b>Choque</b>	“ (...) É um bebé normal e saber que ele poderia morrer, ele diz que não aguentava. É um choque muito grande” (E5,L4,p.3.2.).	2
	<b>Medo</b>	“Acho que tinha medo, pelo que pudesse acontecer ao bebé” (E7,L11,p.1.2.).	2
	<b>Tristeza</b>	“Ah, no primeiro dia que ele a foi visitar (...) diz que foi um espectáculo à noite, que chorou, chorou, chorou” (E4,L12,P.2.1.). “As vezes, eu vejo-o triste (...)” (E9,L15,p.1.2.).	3
	<b>Ansiedade</b>	“Ele está desejoso que ela venha para baixo e que vamos para casa” (E2,L24,p.1.2.).	1

Quanto à análise de conteúdo alusiva à relação do marido/companheiro da mulher face à separação com o bebé, resultou a categoria: **Sentimentos Paternos, face à Separação com o Bebé**. As unidades de registo que foram divulgadas durante as entrevistas, segundo a perspectiva materna, foram as seguintes: segurança, dor, perda, choque, medo, tristeza e ansiedade.

Relativamente à presença de estudos sobre o pai, faltam informações sobre a experiência paterna em ter um filho prematuro. Embora várias pesquisas tenham sido realizadas sobre a criança deficiente ou debilitada e sua família (Pereira e Martins, 1998; Telford e Sawrey, 1988; Amaral e Magna, 1999, Pelchat, Ricard,

Bouchard, Perreault e Saucier, 1999), dizem que pouco se sabe sobre a família do RN prematuro, e principalmente sobre o pai (...). Pouco se tem falado do pai, tanto no que concerne à sua importância, como a respeito de suas vivências pessoais (Barros et al., 2006). Posto isto, achou-se de extrema importância abordar também os sentimentos paternos face à separação com o bebé.

Perante um parto prematuro, Amaral, 2009, refere que “os pais vivem a ruptura do seu projecto que ainda se encontrava em formação, sentindo-se muitas vezes culpados e frustrados, sem que nada possam fazer para o evitar”. Ferriani, 2001, afirma que o nascimento de um filho prematuro e o conviver com o internamento numa UCIN e Pediátricos gera nos pais, “ (...) sentimentos de revolta, culpa, angústia, **tristeza**, “*Ah, no primeiro dia que ele a foi visitar (...) diz que foi um espectáculo à noite, que chorou, chorou, chorou (E4,L12,P.2.1)*” e “*Às vezes, eu vejo-o triste (...) (E9,L15,p.1.2)*”, medos e esperança, os quais também foram encontrados em vários estudos com mães que tiveram filhos prematuros (Gomes, 1992; Lamy, 1995; Javorski, 1997)”.

De acordo com Amaral (2009, p.57), “os pais vivenciam uma série de emoções, que vão desde **ansiedade**, “*Ele está desejoso que ela venha para baixo e que vamos para casa (E2,L24,p.1.2)*”, angustia e **sofrimento**, “*Sofreu muito, sofreu mais do que eu, porque só me contou três dias depois, o que se passava com o bebé (E5,L16,p.2.2)*”. Estas emoções surgem do nascimento prematuro do bebé, sua admissão em cuidados intensivos, conseqüente separação pais/bebé e ainda pelo medo que estes têm de o perder”.

Como Tamez e Silva (1999 *cit. in* Lima et al., 2004, p.16) referem “o nascimento de um recém-nascido enfermo, com alguma deformidade ou defeito congénito, ou prematuros bem pequenos e frágeis, vem desfazer o sonho [idealização de um filho perfeito], trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo da **perda**, “ (...) *O meu marido sentia que ia perder o bebé, teve o sentimento de perda presente (E5,L24,p.3.1)*”. Todos esses sentimentos criam stress e muitas vezes levam ao distanciamento entre os pais e o filho”.

Segundo Santos et al., 2007, a qualidade dos cuidados que a criança recebe dos pais é de suma importância para o seu desenvolvimento futuro. O estabelecimento do apego é reforçado pelo contacto físico pele a pele, contacto visual e amamentação materna. Mas, para que isso ocorra, os pais necessitam de sentir **segurança**, “*Reagiu bem (...) ele acha que é o melhor para o bebé é estar lá. Há mais segurança, para se poder desenvolver melhor (E1,L3,p.1.2)*”, (...) e confiança nos profissionais que estão acompanhando a criança.

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

- **Fase inicial ou de impacto**, caracterizada pelo **choque**, “ (*...) É um bebé normal e saber que ele poderia morrer, ele diz que não aguentava. É um choque muito grande (E5,L4,p.3.2)* ”, descrença e por vezes por negação;
- **Fase de ajuste**, ocorre gradualmente após o choque e é manifestada por culpa, punição, raiva, diminuição da auto-estima, vergonha, **medo**, “*Acho que tinha medo, pelo que pudesse acontecer ao bebé (E7,L11,p.1.2)*”, ansiedade, frustração, depressão e luta. Esta fase pode influenciar os pais na futura relação com o recém-nascido, nomeadamente superprotecção, rejeição, negação e aceitação gradual;
- **Fase final de ajuste**, caracterizada por expectativas realistas para o recém-nascido e reintegração da vida familiar com a doença.

Por seu lado, Brazelton (1995) descreve três reacções possíveis nos pais:

- **A não – aceitação**, diminuem a importância do problema, sentindo que esta reacção não é muito positiva, retratando a realidade de forma demasiado optimista ou pessimista;
- **Projecção**, atribuem a culpa a uma terceira pessoa; são os profissionais de saúde muitas vezes o alvo desta reacção;

- **Alheamento**, sentem-se muito desamparados, o que os levam por vezes a desligarem-se do recém-nascido de risco por considerarem demasiado doloroso cuidar de um bebé nesta situação.

**Quadro n.º5:** Análise de conteúdo referente ao apoio, conforto e segurança dado por parte da Equipe Multidisciplinar à mãe e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Relação de Ajuda</b>	<b>Apoio Emocional</b>	“(…) Acima de tudo tentam-nos transmitir muita força, muita coragem, acho que isto é uma parte fundamental da Equipa” (E6,L1,p.3.2.).	<b>4</b>
	<b>Ajuda</b>	“Ajudam-me a interagir com o bebé (...) com ajuda delas o impacto da separação é minimizado” (E1,L9,p.1.2.). “Eu nunca da vida conseguia dar o peito (sorriso), ele não pegava de maneira nenhuma e elas foram brilhantes...ajudam-me muito” (E5,L7,p.4.1.).	<b>3</b>
	<b>Educação para a Saúde</b>	“Estão sempre a explicar-me” (E2,L6,p.2.1.). “Tem sempre o cuidado de explicarem aos pais, a evolução do bebé, cada passo que o bebé tem, se piora ou se melhora (...)” (E6,L19,p.3.1.). “Qualquer dúvida que eu tenha, eles esclarecem, explica-me o que é que estão a fazer ao meu filho (...)” (E9,L22,p.1.2.).	<b>6</b>
	<b>Disponibilidade</b>	“A primeira vez, eu disse: ”Dr. Eu não percebo nada”, então estão sempre disponíveis para explicar e dizer-me como é que está o bebé (...)” (E2,L6,p.2.1.). “(…) É o primeiro filho (...) perguntamos logo “é normal?”. Elas vêm logo ver e dizem o que é que ele tem.” (E5,L4,p.4.1.)	<b>2</b>
	<b>Relação de Empatia</b>	“São muito atenciosas, amáveis com as pessoas (...) são 100%” (E3,L10,p.1.2.). “Eles são muito carinhosos com os bebés, tem sempre muita atenção (...) são pessoas muito acessíveis” (E6,L18,p.3.1.).	<b>4</b>

No que diz respeito, à análise de conteúdo referente ao apoio, conforto e segurança dado por parte da Equipe Multidisciplinar à mãe e de que forma, resultou a

categoria, **Relação de Ajuda**. Através da análise do quadro número cinco, pode-se ainda aferir que as unidades de registo divulgadas pelas participantes foram: apoio emocional, ajuda, educação para a saúde, disponibilidade e relação de empatia.

A relação de ajuda assume-se como indispensável na prestação de cuidados de Enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos (Adam, 1994; Mendes, 2006,p.71).

Neste âmbito, define-se a relação de ajuda como uma “ (...) interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (Chalifour, 2008, p.33). A relação de ajuda emerge como o eixo principal na prestação de cuidados de Enfermagem Humanos, tendo expressão como técnica comunicacional fundamental à Enfermagem (Melo, 2008,p.70). A relação de ajuda no internamento neonatal é de tal forma partilhada e recíproca que leva estas mães a adquirirem competências, destreza e maturidade emocional. Esta desenvoltura processa-se lentamente e é sempre acompanhada por profissionais especializados na área (Cuidados Neonatais e Pediátricos).

Relativamente à ajuda, as inquiridas mencionaram que a Equipa Multidisciplinar, mais concretamente a Equipa de Enfermagem as ajudavam a interagir com os seus bebés, assim como as auxiliavam/assistiam no acto de amamentar. Como se pode comprovar pelas seguintes expressões: “*Ajudam-me a interagir com o bebé (...) com ajuda delas o impacto da separação é minimizado (E1,L9,p.1.2)*” e “*Eu nunca da vida conseguia dar o peito (sorriso), ele não pegava de maneira nenhuma e elas foram brilhantes (...) ajudam-me muito (E5,L7,p.4.1)*”.

**Ajudar** de acordo com Lazure (1994, p.13) é a palavra muitas vezes associada à Enfermagem. Assim, o Enfermeiro para ajudar a pessoa tem que a assistir, orientando-a para a resolução dos seus problemas, “não toma decisões por ele nem deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção”. Klaus e Kennell (1993 *cit. in* Pessoa, 2007, p.40) contribuem afirmando que a troca de ideias, o conforto e **apoio emocional**, “ (...) *Acima de tudo tentam-nos transmitir muita*

*força, muita coragem, acho que isto é uma parte fundamental da Equipa (E6,L1,p.3.2)”,* devem ser favorecidos por parte da equipa de saúde e em especial por aquelas pessoas que se encontram mais próximas do bebé e da família, a fim de ajudar os pais a vincularem-se ao filho, pois, esse contacto facilita e acelera o desenvolvimento do apego [ligação pais/bebé].

Costa et al., 2009 refere ainda que o diálogo entre o profissional de saúde e a puérpera minimiza a ansiedade da puérpera, ao “ (...) esclarecer as dúvidas, *“Qualquer dúvida que eu tenha, eles esclarecem, explica-me o que é que estão a fazer ao meu filho (...) (E9,L22,p.1.2) ”*, contemplando, assim, uma das actividades de educação em saúde, a qual promove qualidade de vida às pessoas que procuram apoio do serviço”.

De acordo com, Costa et al., 2009 a **educação para a saúde** deve ser aplicada durante o período de internamento do bebé na UCI Neonatais e Pediátricos, mas principalmente no planeamento da alta hospitalar, no qual a mãe deve permanecer a maior parte do tempo na unidade para receber todas as orientações necessárias sobre os cuidados com seu RN, para que assim a puérpera tenha mais segurança e a criança continue recebendo a assistência adequada quando for para casa, prevenindo assim futuros internamentos. Assim, as orientações fornecidas pela equipa multidisciplinar às mães podem-se constatar pelas seguintes elocuições: *“Estão sempre a explicar-me (E2,L6,p.2.1) ”* e *“Tem sempre o cuidado de explicarem aos pais, a evolução do bebé, cada passo que o bebé tem, se piora ou se melhora (...) (E6,L19,p.3.1) ”*. Entendendo-se que a promoção e a EpS são um processo dinâmico e multifactorial, as famílias têm necessidades de interagir e vivenciar momentos de preparação/treino para a maternidade ser vivida com um momento único e perceptível.

Foi referenciado pelas mães a disponibilidade da Equipa para retirar dúvidas e explicar a situação clínica dos bebés, como se pode constatar pela locução: *“ (...) Estão sempre disponíveis para explicar e dizer-me como é que está o bebé (...) (E2,L6,p.2.1) ”*.

Concordando com Saraiva (2008,p.18), o enfermeiro deve demonstrar presença física e humana, **disponibilidade** para desta forma aceder à totalidade da pessoa. Uma vez conseguida, a relação de ajuda permite que as pessoas ultrapassem de uma forma melhor os seus problemas, sendo este um dos seus grandes objectivos (Melo, 2008,p.71).

No que concerne à relação empática, as participantes referiram que a equipa multidisciplinar era muito atenciosa, acessível e amável com as pessoas, estavam sempre com muita atenção com os bebés e eram muito carinhosos para os mesmos como se pode verificar pelo seguinte: *“São muito atenciosas, amáveis com as pessoas (...) são 100% (E3,L10,p.1.2)”* e *“Eles são muito carinhosos com os bebés, tem sempre muita atenção (...) são pessoas muito acessíveis (E6,L18,p.3.1)”*.

Assim, segundo Riley (2004, p.131) a **empatia**, implica “ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu local, sabendo no entanto manter a distância que permite a relação terapêutica”. Já Lazure (1994, p.77) defende que a empatia é a perda angular da relação de ajuda.

**Quadro n.º6:** Análise de Conteúdo referente à colaboração da mãe com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Participação das Mães nos Cuidados ao Bebé	Colaboração	<p>“Vou dando colinho, colaborando (...) acho importante colaborar com os Enfermeiros, eles têm mais experiência do que nós” (E2,L17,p.2.1).</p> <p>“Ainda hoje a enfermeira dava o banho e eu limpava-o (...) ela lavava-o e eu limpava-o por trás” (E5,L16,p.4.2).</p> <p>“Colaboro. Vou lá cima dar de mamar, o banho, na troca das fraldas (...) no que a gente pode” (E8,L25,p1.2).</p>	8
	Não colaboração	<p>“Ainda não colaborei com os enfermeiros nos cuidados ao bebé (...) ainda não dei banho, só vi e toquei” (E1,L15,p.1.2).</p>	1

No que se refere à participação das mães, tal como se pode verificar pelo quadro número seis, surgiu a categoria: **Participação das mães nos cuidados ao bebé**. Face à categoria, Participação das mães nos cuidados ao bebé, obteve-se as seguintes unidades de registo: Colaboração e Não Colaboração.

Na unidade de registo, **colaboração**, oito das mães entrevistadas referiram como formas da sua colaboração: “*Ainda hoje a enfermeira dava o banho e eu limpava-o (...) ela lavava-o e eu limpava-o por trás (E5,L16,p.4.2)*”, “*Vou dando colinho (...) (E2,L17,p.2.1)*” e “*Colaboro. Vou lá cima dar de mamar, o banho, na troca das fraldas (...) no que a gente pode (E8,L25,p1.2)*”. Estes actos são extremamente importantes para o estabelecimento do vínculo entre as mães e seus bebés e também, para que estas se sintam preparadas para cuidar de seus filhos após alta hospitalar. Daí ser necessário que os Enfermeiros desde logo incentivem as mães a participar o mais precocemente nos cuidados aos seus filhos.

Assim, na opinião de Pessoa (2007, p.39), a família e especialmente a mãe, merecem “ (...) especial atenção da equipa de saúde neste processo de hospitalização, do neonato pré-termo. A mãe deve ser estimulada e orientada quanto à sua participação, sendo a sua presença para a criança descrita como indispensável e que a equipa de saúde não pode substituí-la, e sim auxiliar e apoiar os pais na realização dos cuidados com o seu filho”. Neste sentido de orientação, as mães reconhecem-se e identificam os momentos de maior ou menor cooperação, no que se refere no cuidar do bebé. Assim, sendo do nosso universo, oito das mães inquiridas manifestaram agrado sempre que colaboravam com os enfermeiros nos cuidados ao bebé.

No entanto, Barros (2001, p.305) alude que, “ (...) face à situação de internamento do bebé na UCINP, o estabelecimento de uma relação de vinculação pode ser muito lento e difícil. O assumir de um papel activo de protecção e cuidado ao filho é grandemente dificultado. Não é de estranhar, portanto, que os especialistas em neonatologia considerem que os profissionais que trabalhem nestas unidades devam desempenhar um papel importante na facilitação desta relação, e no desenvolvimento de atitudes parentais positivas e de maior autonomia, de modo a que, no momento da alta, os pais estejam preparados para assumir a

responsabilidade pelos cuidados ao filho nas melhores condições possíveis”. O processo de internamento por ser lento e arrastado leva a que as mães participem parcialmente nos cuidados inerentes ao bebé e que com a evolução clínica, este processo esteja completo até ao momento da alta.

Na mesma linha de pensamento Jerusalinsky (1984 *cit. in* Wanderley, 1999, *in* Pessoa, 2007, p.38) refere ainda a importância da equipe multidisciplinar em priorizar a aproximação dos pais com o seu bebé.

Relativamente à unidade de registo, **não colaboração**, apenas uma das mães entrevistadas referiu que “*Ainda não colaborei com os enfermeiros nos cuidados ao bebé (...) ainda não dei banho, só vi e toquei (E1,L15,p.1.2)*”. No entanto, segundo Barros, 1998; Hockenberry et al., 2006 *cit. in* Amaral, 2009, p.45, “todo o processo de cuidar propriamente dito, pelos pais ao seu bebé, tem início com um simples olhar, seguido de um toque envergonhado que lentamente se torna mais seguro e prolongado, e eventualmente de uma voz suave e carinhosa”.

Brazelton (1988), afirma ainda que se “a mãe não for estimulada a ter um contacto com o filho, o seu sentimento materno sofre um “enfraquecimento” até porque esta mãe, confrontando-se com o seu bebé tão frágil, acaba por ter um enorme medo de cuidar da criança, por receio de a machucar”. Whaley e Wong (1999) referem ainda que “a maioria das mães se sente muito abalada e insegura sobre como iniciar a interacção com o recém-nascido”.

Para a mãe poder realizar os cuidados do bebé, precisa haver uma identificação com o filho. Segundo Delgado, 2004, “o cuidado materno, implica que a mãe esteja identificada com o filho e, se isso não ocorrer, ela não perceberá as necessidades do mesmo”. Este processo pode levar algum tempo e ajuda na construção da competência materna para cuidar o bebé. Já segundo Wolke, 1995; Batalha et al., 1999 existem estudos recentes que apontam para o “ (...) acompanhamento dos pais nos cuidados prestados ao seu bebé prematuro e a sua gradual participação nestes contribui para a diminuição da ansiedade e para a promoção da relação precoce”.

## CONCLUSÃO

Com o término deste trabalho de investigação, pode concluir-se que os objectivos no início propostos foram concretizados. A principal conclusão que se destaca, após o tratamento dos dados obtidos durante as entrevistas, foi que face à separação com o bebé as mães expressaram sentimentos negativos, que vão desde a ansiedade, tristeza, medo, perda, culpa, impotência, desconfiança, nervosismo, dor e choque. O que vai de encontro aos autores, Luísa Barros, 2001; Knuppel e Drukker et al., 1995; Campos et al., 2007; Rolim e Canavarro, 2001; Lima et al., 2004; Whaley e Wong, 1999. Assim, os sentimentos demonstrados e verbalizados pelas mães são de facto importantes e vão de encontro ao bem-estar físico e psico-social e à ausência da doença, pelo qual se define o conceito de saúde.

Contudo, aquando da primeira visita das mães aos seus bebés na UCINP, mencionaram sentimentos positivos e negativos. No entanto, é pertinente referir que as nove participantes mencionaram que os sentimentos negativos eram minimizados, pelo apoio emocional, ajuda, disponibilidade e relação de empatia que estabeleceram durante o internamento de seus bebés na UCIN e Pediátricos, com os profissionais de saúde (relação de ajuda).

O apoio emocional, disponibilidade e o apoio físico do marido/companheiro também foi mencionado pelas entrevistadas, como uma mais-valia, para ultrapassar todo o processo de afastamento com os bebés. Entende-se, portanto, que o papel do homem na sociedade deixou de ser passivo, mas sim activo. No que concerne aos sentimentos paternos, em relação a situação de separação com os seus bebés, na perspectiva materna, pode-se findar que, tal como as mães, os pais também sofrem com a separação e que, de acordo com as participantes, evidenciavam sentimentos de: segurança, dor, perda, choque, medo, tristeza e ansiedade.

Relativamente à participação das mães nos cuidados ao bebé, é importante referir que, desde cedo, estas devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde a participar nos cuidados ao bebé, para que possam estabelecer mais precocemente uma relação de protecção e de afecto com o seu filho. Posto isto, das nove

entrevistadas, apenas uma referiu ainda não ter colaborado com os enfermeiros nos cuidados ao seu bebé.

No âmbito deste estudo, comprovou-se que a perspectiva materna, face ao impacto da separação mãe/bebé, apresenta-se organizada em sete categorias: sentimentos maternos face ao impacto da separação mãe/bebé; sentimentos maternos aquando da primeira visita da mãe ao bebé na UCI Neonatais e Pediátricos; papel do marido/companheiro; sentimentos paternos face à separação com o bebé; relação de ajuda e participação das mães nos cuidados ao bebé.

Nesta etapa, realçam-se as limitações deste estudo, em que uma delas foi a inexperiência do investigador, pois este trabalho constitui o primeiro contacto com o mundo da investigação, mas apesar da limitação já referida, esta não impediu a concretização dos objectivos supracitados, podendo referir que esta permitiu o desenvolvimento de novas estratégias que ultrapassaram essa dificuldade. É ainda de salientar que todo o processo de investigação está sujeito a interferências externas, não controláveis pelo investigador.

Ao longo desta caminhada, despertaram diversas temáticas subjacentes ao impacto da separação mãe/bebé, envolvendo conteúdos de grande interesse académico e pessoal. No futuro, pretende-se efectuar uma revisão bibliográfica aprofundada e ampliar o estudo, de forma a progredir no âmbito da investigação.

A conclusão do presente trabalho de investigação, desde os primórdios até ao término, permitiu sem dúvida um incremento de maturidade do investigador, podendo-se salientar o crescimento sentido a nível pessoal, sendo que este trabalho de investigação despertou no investigador o interesse pela investigação.

Por fim, atribui-se um grande relevo ao respeito de todas as etapas de investigação para avocar a credibilidade profissional, assim o projecto de investigação culmina com o final da Licenciatura em Enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

Abreu, Lino. (2006). Algumas considerações sobre atitudes, crenças e valores perante o parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n.º7, [pp.16 e 17].

Adam, Evelyn (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa, Instituto Piaget.

Almeida, Leandro S. e Freire, Teresa. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilibrios.

Amaral, F.M.N.; (2009). Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados, a visão das Enfermeiras. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20148>>. [Consultado em 19/03/2010].

Apostolo, Jorge Manuel Amado. (1999). As perturbações afectivas do pós-parto. *Revista Referência*, n.º2/Março. Coimbra. [pp. 13-20].

Avery, G.B. (1999). *Neonatologia*. 4.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro, Editora MEDSI.

Bardin, Laurence (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Barros, Luísa. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In: Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Editora Quarteto, [pp. 297-314].

Barros, Luísa. (2001). O Bebé Nascido em Situação de Risco. In: Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Editora Quarteto, [pp. 235-250].

Barros, S. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo, Editora Manole Ltda.

Barros, S. M. M., Menandro, P. R. M. e Trindade, Z. A. (2006). *Vivências paternas na UCINP. Psicologia hosp.* 4 (2). [Em linha]. Disponível em <[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167774092006000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092006000200003&lng=pt&nrm=iso)>. [Consultado em 20/04/2010].

Batalha, L.; Franco, F. e Matos, L. (1999). Relação de Parceria nos cuidados neonatais. *Sinais Vitais.* 22(21). [pp. 21-23].

Bayle, Filomena. (2005). A Parentalidade. In: Leal, I. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.* Lisboa, Editora Fim de Século, [pp. 317-343].

Bayle, F. e Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade.* Lisboa, Climepsi Editores.

Blehar, M.C. (1979). Families and public policy. In: Bobak, M.I., *et alii.* (Ed.). *Enfermagem na Maternidade.* 4ª Edição. Loures, Lusociência, p.13.

Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L. e Perry, S.E. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna.* 5ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Bowlby, J. (1951). *Apego e Perda.* 3ª Edição. São Paulo, Globo.

Buist, A.; Morse, C.A.; Durkin, S. (2002). Men`s Adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *JOGNN Clinical Research,* 32 (2). [Em linha]. Disponível em <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118495258/home>>. [Consultado em 20/03/2010].

Burroughs, Arlene. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna.* 6ª Edição. Porto Alegre - Brasil, Artes Médicas.

Braden, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil.* 2ª Edição. São Paulo, Reichmann & Affonso Editores.

Brazelton, T.B. (1995). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa. Editorial Presença.

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

Camargo *et alli*. (2004). Sentimentos Maternos na visita ao recém-nascido internado numa Unidade de Terapia Intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 3 (3). [Em linha]. Disponível em <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Ttr6mms3wo8J:periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5394/3440>>. [Consultado em 23/04/2010].

Campos, L.P.L. (2006). As repercussões psicológicas da gravidez no pai. *Mental*, 4 (7). [Em linha]. Disponível em <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167944272006000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272006000200010&lng=pt&nrm=iso)>. [Consultado em 20/03/2010].

Canavarro, Maria. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Editora Quarteto.

Canavarro, M.C; Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In: Leal, I. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa, Editora Fim de Século, [pp. 225-251].

Carvalho, M. (2002). *Enfermagem em Obstetrícia*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Cecílio, M.; Henrique, M. e Ramos, M. (1998). *A gravidez ao longo dos tempos*. *Revista Nursing*, n.º118, Janeiro. [pp. 26 e 27].

Chalifour, Jacques (2008). *A Intervenção Terapêutica - os fundamentos existencial - Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures, Lusodidacta.

Carvalho *et alli.* (2001). História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (1). [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722001000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722001000100002)>. [Consultado em 27/04/2010].

Colman, L. L.; Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa, Edições Colibri.

Conde, A.; Figueiredo, B. (2007). Preocupações de pais e mães, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (25), [pp.381-398].

Corbett, R.W. (2006). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: Lowdermilk e Perry. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lisboa, Editora Lusociência.

Correia, M.J.; Sereno, S. (2005). O lado masculino da gravidez adolescente. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 40 (41). [Em linha]. Disponível em <[http://apf.pt/cms/files/conteudos/revista\\_40\\_41.pdf#page=19](http://apf.pt/cms/files/conteudos/revista_40_41.pdf#page=19)>. [Consultado em 20/03/2010].

Costa *et alli.* (2009). Educação em saúde para mães numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciência et Praxis*, 2 (3). [Em linha]. Disponível em <<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewPDFInterstitial/82/53>>. [Consultado em 24/05/2010].

Costa, Maria Antónia. (2000). Qualidade da integração sensorial e organização dos comportamentos de vinculação na criança. [Em linha]. Disponível em <<http://hd.handle.net/10216/10669>> [Consultado em 22/04/2010].

Coutinho, Emília; Duarte, João Carvalho; Fernandes, Liliana Catarina; Gomes, M.<sup>a</sup> de Fátima Domingues; Prazeres, Maria Gabriela. (2008). Vinculação Mãe-Filho. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n.º9. [pp.25-31].

Cunha, M.L.C. (2000). Recém-Nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <<http://www6.ufrgs.br/seermigrando/ojs/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4328>>. [Consultado em 20/03/2010].

Deans, A. (2005). *A bíblia da gravidez*. Lisboa, Editorial Estampa.

Delgado, S., E. (2004). Aleitamento Materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternas, 7 (2). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ulbra.br/arquivosmedicos/Nov2004Nov2005/AO01NOV2004.pdf>>. [Consultado em 23/05/2010].

Edwards, L.D. (2002). *Adaptação à paternidade/maternidade, o cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre, Artmed.

Eisenberg, A., Murkoff, H. e Hathaway, S. (2003). *Livro de instruções para uma gravidez bem sucedida*. Lisboa, Gradiva.

Ferriani, M.G.C e Gaíva, M.A.M. (2001). Prematuridade: Vivências de Crianças e Familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14 (1). [Em linha]. Disponível em <[http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14\\_1/pdf/art2.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2001/14_1/pdf/art2.pdf)>. [Consultado em 25/05/2010].

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a ciência e tecnologia: Ministério da Ciência e da Tecnologia.

Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In: Leal, I. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Loures, Editora Fim de Século, [pp.287-305].

Fortin, Marie – Fabienne. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.

Freitas, W.; Coelho, E.; Silva, A.T. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar do género. *Cadernos Saúde Pública*, 23 (1), [pp. 137-145].

Frota *et alli.* (2007). Recém-nascido internado numa Unidade Neonatal: Crenças e Sentimentos Maternos. *Cogitare Enfermagem*, 12 (3). [Em linha]. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10026/6887>>. [Consultado em 22/04/2010].

Gauthier, D. (2003). *Investigação Social*. 3ª Edição. Loures, Editora Lusociência.

Gomes, Pedro. (2005). *A criança e a família no séc. XXI*. 1.º Edição, Lisboa, Dinalivro.

Gomez, M.R. (2005). O Pai: Paternidade em Transição. In: Leal, Isabel. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Loures, Editora Fim de Século, [pp.257-275].

Graça, L. (2004). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa, Edições Lidel.

Graça, L.M. (1996). *Medicina Materno-Fetal: Fundamentos e Prática Clínica*. Lisboa. Wyeth Lederte.

Guedney, N. (2004). *Vinculação – Conceitos e Aplicações*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores.

Hulley, B.S. *et alli.* (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Hockenberry, M.J. *et alli.* (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Edições Mosby.

Knuppel, R.A; Drukker, J.E. *et alii.* (1995). *Alto Risco em Obstetrícia: Um Enfoque Multidisciplinar*. 2ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade. (2007). *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo, Editora Atlas.

Lazure, Hélène (1994). *Viver a Relação de Ajuda – Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa, Lusodidacta.

Leal, Isabel. (2005). *A Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de Século.

Lima, Helena Fontenele; Lima, Mariana Isaura; Rocha, Luana Santana. (2004). *Experiência de Pais no cuidar de RN na UCINP: Passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido*. [Em linha]. Disponível em <[http://agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_10.pdf](http://agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_10.pdf)>. [Consultado em 30/12/2009].

Lo, Bernard. (2008). Abordando Questões Éticas. In: Hulley, S.B.; Cummings, S.R.; Brower, W.S.; Grady, D.; Hearst, N.; Newman, T.B. *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed.

Lourenço, M.C. e Relvas, A.P. (2001). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Família, Perspectiva Sistémica. In: Canavarro, M.C. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora.

Lowdermilk, D.L. (1999). Parto de Risco. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp.716-753].

Malpique, Celeste. (1998). *A ausência do Pai: estudo sociológico*. Porto, Editora Afrontamento.

Manning, Barbara. (2006). Transição para a Parentalidade. In: Lowdermilk e Perry (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lisboa, Editora Lusociência, [pp. 521-556].

Mattson, S. (1999). Avaliação dos Factores de Risco. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp.557-578].

Melo, Rosa Cândida de Carvalho Pereira (2008). A Relação de Ajuda: Contextos e Práticas em Enfermagem. *Servir*, n.º2, [pp. 67-73].

Mendes, Catarina (2006). A Pessoa e o Enfermeiro em Contexto Hospitalar: uma Reflexão sobre a Prática. *Servir*, 54 (3). [pp.131-136].

Mendes, Isabel Margarida. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra, Quarteto.

Moreno, R.L.R e Jorge, M.S.B. Sentimentos e emoções da mãe acompanhante no mundo da UCIN: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. *Revista de Enfermagem Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro*, n.º13. [Em linha]. Disponível em < <http://www.fip.passosuemg.br/~edifesp/index.php/scientae/article/viewArticle/82>>. [Consultado em 17/04/2010].

Murray, Patrícia. (2006). Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In: Hockenberry, M.J.; Wilson; Winkelstein. (Ed.). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Mosby, [pp. 31-53].

Nichols, J. (1991), *Family therapy concepts and methods*. New York, Gardner Press, [pp.71-188].

Norton, A e Glick, P. (1986). One parents families: a social and economic profile. In Bobak, M.I. *et alii*. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures, Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, Versão 1.0*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Papalia, D. E, Olds, S.W. e Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Lisboa, Mc Graw Hill.

Param, L. (1999). Problemas Específicos do Recém-Nascido de Risco. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp. 800-853].

Pessoa, Krishna Araújo Ribeiro. (2007). *A Importância do Vínculo Materno na Recuperação do Recém-nascido Prematuro*. [Em linha]. Disponível em [http://www.cphd.com.br/trabalhos/cphd\\_922008103606.doc](http://www.cphd.com.br/trabalhos/cphd_922008103606.doc). [Consultado em 15/09/2009].

Piccinini, C. A; Silva, M.R; Gonçalves, T.R; Lopes, R.S; Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. [Consultado em 20/03/2010].

Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. São Paulo, Artmed.

Portugal, G. (1998). *Crianças, famílias e creches*. Porto, Porto Editora.

Potter, P.A; Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Lisboa, Editora Lusociência.

Relvas, A.P. e Vaz, C.P. (2002). Monoparentalidade: Uma Família à Parte ou Parte de uma Família? In: Alarcão, M e Relvas, A.P. (Ed.). *Novas Formas de Família*. Coimbra, Quarteto Editora, [pp.245- 298].

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Climepsi Editora.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Rolim, L; Canavarro, M.C. (2001). Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. In: Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Editora Quarteto, [pp. 255-292].

Santos *et alli*. (2007). A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. *Hospital Universitário Revista*, 33(1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/56/58>>. [Consultado em 27/04/2010].

Saraiva, Dora Maria R.F. (2008). *Reflectir o Cuidado em Enfermagem*. Nursing, n.º230/Fevereiro, [pp.14-20].

Stanhope, Marcia. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In: Stanhope. M.; Lancaster, J.(Ed.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa, Editora Lusociência, [pp.491-517].

Streubert; Carpenter, Helen J.; Carpententer, Dona R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Sousa, Carina; Mendes, Andreia; Santo, Justina Espírito. Contacto pele-a-pele e vínculo afectivo. (2007). *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n.º8/Maio, [pp.4-5].

Souza, Nilba Lima *et alli*. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5). [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347167200900050013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200900050013)>. [Consultado em 25/05/2010].

Sutter, C; Bucher-Maluschke, J.S.N.F. (2008). Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*, 39 (1). [Em linha].

Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/Revistapsico/article/viewFile/1488/2799>>. [Consultado em 20/03/2010].

Whaley L.F., Wong, D.L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Williams, R.P. (1999). A Família, Uma Unidade de Cuidados. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4.<sup>a</sup> Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp.11-24].

Williams, R.P. (1999). Dinâmica Familiar da Gravidez. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4.<sup>a</sup> Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp.115-129].

Williams, R.P. (1999). Dinâmica Familiar após o Nascimento. In: Bobak, Jensen, Lowdermilk. (Ed.). *Enfermagem na Maternidade*. 4.<sup>a</sup> Edição. Loures, Editora Lusociência, [pp.467- 481].

# APÊNDICES

# **APÊNDICE II**

**▪ Guião da Entrevista ▪**



**Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde  
Unidade de Ponte de Lima**

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

### **“O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”**

Considerações Éticas (antes do início da entrevista):

- Esta entrevista tem como objectivo obter informações sobre a perspectiva materna sobre o impacto da separação mãe/bebé.
- É importante mencionar que a sua participação nesta entrevista é anónima e confidencial. Os dados colhidos serão apenas utilizados para elaboração do trabalho de investigação, para obtenção do grau de Licenciatura de Enfermagem.
- A sua colaboração é reportada e necessária para o desenrolar da pesquisa, no entanto, a participação é voluntária e a todo tempo poderá abandonar a entrevista, ou mesmo não responder a qualquer questão que não se sinta à vontade.
- Qualquer informação ou esclarecimento de dúvidas será disponibilizado na presença da investigadora.



Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde  
Unidade de Ponte de Lima

## INQUÉRITO

### “O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”

#### Parte I: Caracterização da Amostra

1. Que idade têm?

[15-19] anos

[20-24] anos

[25-29] anos

[30-34] anos

[35-39] anos

[40-44] anos

2. Qual é o seu estado civil?

Solteira

União de Facto

Casada

3. Que habilitações literárias e académicas possui?

4.º ano

6.º ano

9.º ano

12.º ano

Licenciatura

Curso Técnico Profissional

4. Onde reside?

Meio Rural

Meio Urbano

5. Quantos filhos têm?

1 Filho

Mais de 3 Filhos

2 Filhos

6. Foi uma gravidez planeada?

Sim

Não



## INQUÉRITO

### “O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”

7. A gravidez foi desejada por ambos os elementos do casal?
- Sim  Não
8. Durante a gestação, quantas consultas de vigilância pré-natal teve?
- Nenhuma  2 a 4 consultas  
 Menos de 2 consultas  Mais de 5 consultas
9. Nas consultas de vigilância pré-natal recebia informações sobre o estado de saúde do seu bebé?
- Sim  Não
10. Nas consultas de vigilância pré-natal via as suas dúvidas esclarecidas?
- Nada esclarecidas  Muito esclarecidas  
 Pouco esclarecidas  Completamente esclarecidas  
 Mais ou menos esclarecidas
11. Em que circunstâncias é que lhe foi retirado o seu bebé?
- A mãe não se lembra porque estava sob efeito da anestesia  
 Depois de a mãe tocar no bebé, este foi levado para a UCI Neonatais e Pediátricos  
 A mãe não teve tempo sequer de ver o rosto do seu bebé  
 Outra Circunstância. Qual? \_\_\_\_\_
12. O modo como a informação de internamento do seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos lhe foi dado?
- Pela Enfermeira  Pelo Médico  
 Por um Familiar  Por Terceiros



Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde  
Unidade de Ponte de Lima

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### “O Impacto da Separação Mãe/Bebé no Período Pós-Parto, Perspectiva Materna”

#### Parte II: Questões Orientadoras do Estudo

##### ✓ Questão Central

- Que impacto teve, a separação na sua relação com o seu filho?

##### ✓ Questões Subsidiárias

- O que sentiu quando visitou o seu bebé pela primeira vez na UCI Neonatais e Pediátricos?
- Sente que tem apoio do seu marido/companheiro, nesta fase da sua vida? De que forma?
- Como acha que o seu marido/companheiro reagiu face à separação com o bebé?
- Sente que tem apoio, conforto e segurança por parte da Equipe Multidisciplinar? De que forma?
- Colabora com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé? De que forma?

**Muito Obrigado, pela sua colaboração!**

# APÊNDICE III

▪ Tabelas de Conteúdo ▪

**Quadro n.º 1:** Análise de conteúdo referente ao impacto da separação mãe/bebé no período pós-parto.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Maternos, face ao Impacto da Separação Mãe/Bebé</b>	<b>Ansiedade</b>	<p>“(…) Foi um bocado difícil. Fiquei um bocado ansiosa quando soube que ele estava na neonatologia” (E1,L3,p.1.1).</p> <p>“Fiquei ansiosa, é natural” (E6,L7,p.1.1.).</p> <p>“Sinto-me muito ansiosa (…)” (E8,L6,p. 1.1).</p>	<b>3</b>
	<b>Tristeza</b>	<p>“(…) Claro que fiquei triste e não queria que ela fosse, mas tinha que ser (….) era para o bem dela” (E2,L4,p.1.1.).</p> <p>“O impacto foi um bocado triste (….) senti-me triste” (E3,L3,p.1.1.).</p> <p>“(…) A separação é muito triste. Principalmente quando vejo (….) as minhas colegas de quarto com eles no berço a chorarem (….) e elas a tomarem conta deles (….)” (E5,L17,p.1.1.).</p> <p>“Eu no início tinha muito medo de ele estar muito tempo na incubadora (….)” (E5,L7,p.1.1.).</p> <p>“O impacto foi de tristeza (….)” (E8,L3,p.1.1.).</p> <p>“Claro que fiquei triste” (E7,L3,p.1.1.).</p>	<b>5</b>
	<b>Medo</b>	<p>“Eu tinha medo que com a separação que ela não me reconhecesse, nem nada” (E2,L9,p.1.1.).</p> <p>“(…) sabia que o meu filho estava bem, mas ao mesmo tempo tinha medo (….)” (E6,L7,p.1.1.).</p>	<b>3</b>
	<b>Perda</b>	<p>“Falta-me qualquer coisa (….) sentia que me faltava alguma coisa (….)” (E2,L6,p.1.1.).</p> <p>“(…) Aquela perda de não ver o menino” (E6,L13,p.1.1.)</p>	<b>2</b>
	<b>Culpa</b>	<p>“(…) Sei lá, se a culpa não foi minha (….) foi cedo, senti-me culpabilizada por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (labilidade emocional)” (E3,L3,p.1.1.).</p>	<b>1</b>
	<b>Impotência</b>	<p>“A separação foi vivenciada por mim com sentimentos de (….) impotência” (E5,L3,p.1.2.).</p>	<b>1</b>
	<b>Desconfiança</b>	<p>“Não sei, tudo o que me diziam para mim era tudo mentira, não era verdade” (E6,L8,p.1.1.).</p>	<b>1</b>
	<b>Nervosismo</b>	<p>“Aqueles momentos de não ter informação, de não conseguir sair da cama (….) ainda me colocavam, mais nervosa” (E6,L10,p.1.1.).</p>	<b>1</b>
	<b>Dor</b>	<p>“(…) Ver os outros bebés a chorarem, e não poder consolar o meu (….) acaba por se sentir uma dor” (E6,L14,p.1.1.).</p>	<b>1</b>
	<b>Choque</b>	<p>“Vivemos mesmo um choque, ao receber uma notícia destas” (E6,L16,p.1.2.).</p>	<b>1</b>

**Quadro n.º 2:** Análise de conteúdo referente aos sentimentos maternos aquando da primeira visita ao seu bebé na UCI Neonatais e Pediátricos.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Maternos, na Primeira Visita ao Bebé na UCI Neonatais e Pediátricos</b>	<b>Segurança</b>	<p>“Senti-me segura, é o melhor para a saúde dele, do que estar aqui (...) e não ter a segurança de que ele está a ter bons cuidados” (E1,L12,p.1.1.).</p> <p>“Senti-me segura por ele estar bem” (E9,L16,p.1.1.)</p>	<b>2</b>
	<b>Tristeza</b>	<p>“Nem sei, senti-me um bocado triste, porque não queria que ela tivesse ali, queria que tivesse à minha beira” (E2,L20,p.1.1.)</p> <p>“Senti (...) uma tristeza, porque tinha que se ter cuidado (...) é uma criança prematura” (E3,L13,p.1.1.).</p> <p>“Senti-me triste por o ver naquela situação, até as lágrimas vêm aos olhos, nestas alturas” (E8,L13,p.1.1.).</p>	<b>3</b>
	<b>Alegria</b>	<p>“No fundo, eu senti uma alegria...porque estava acompanhado, não é?” (E3,L11,p.1.1.).</p> <p>“Senti uma alegria imensa quando lhe toquei, principalmente porque ele estava a chorar e mexer-se muito e quando eu lhe toquei, ele parou logo” (E5,L3,p.1.2.).</p> <p>“Quando o vi, fiquei contente (...)” (E6,L4,p.2.1.).</p> <p>“(...) Sinto muita alegria por saber que ele estava ali, mas estava a ser bem acompanhado” (E7,L13,p.1.1.).</p> <p>“Eu senti uma alegria por vê-lo, por podê-lo tocar e por ver que afinal ele estava bem” (E9,L14,p.1.1.).</p>	<b>5</b>
	<b>Choque</b>	“(...) A primeira vez que a vi, choca sempre ver a minha filha assim” (E4,L24,p.1.1.).	<b>1</b>
	<b>Dor</b>	“Só tinha três finhos ligados, mas é custoso à primeira vista” (E5,L2,p.1.2.).	<b>1</b>
	<b>Alívio</b>	“Senti-me bem, no fundo senti-me aliviada” (E6,L9,p.2.1.).	<b>1</b>
	<b>Incapacidade</b>	“Senti-me incapaz de não poder fazer nada (...) não deixa de a gente se sentir muito incapaz” (E6,L11,p.2.1.).	<b>1</b>
	<b>Medo</b>	“(...) Medo que ele pudesse ter problemas graves de saúde” (E7,L11,p.1.1.).	<b>1</b>

**Quadro n.º 3:** Análise de conteúdo referente à existência de apoio por parte do marido/companheiro, à mulher nesta fase da sua vida e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Papel do Marido / Companheiro</b>	<b>Apoio Emocional</b>	<p>“Sinto apoio do meu marido (...) tenho o apoio todo dele” (E1,L23,p.1.1.).</p> <p>“Sim, sem dúvida. Ele dá-me força, senão me desse força eu não aguentava” (E1,L17,p.1.2.).</p> <p>“Tem-me apoiado muito, apoia-me em tudo” (E3,L24,p.1.1.).</p> <p>“ (...) Ele tem sido impecável, sei que ele me apoia muito” (E5,L6,p.2.2.)</p> <p>“Sim, sinto apoio. Ah, acho que ele além de ser muito carinhoso comigo é amigo” (E6,L8,p.2.2.).</p> <p>“ (...) É sempre muito atencioso (...) e no fim tem sempre uma palavra amiga, é sempre um conforto” (E6,L17,p.2.2.)</p> <p>“Sinto apoio do meu marido através de carinho (...)” (E7,L1,p.1.2.).</p> <p>“Dá-me carinho, através dos seus actos” (E8,L25,p.1.1.).</p> <p>“Ele apoia-me muito (...) porque ele sabe que é difícil, eu estar aqui e não ter o meu filho perto de mim” (E9,L3,p.1.2.).</p>	<b>9</b>
	<b>Disponibilidade</b>	<p>“Ele está sempre aqui comigo, está sempre disponível” (E2,L19,p.1.2.).</p> <p>“Está sempre preocupado (...) a telefonar-me (...) se está tudo bem, se eu preciso de alguma coisa ou o bebé” (E3,L24,p.1.1.).</p> <p>“(...) Sempre que pode vai ver o filho, vem comigo sempre que possa” (E6,L13,p.2.2.).</p>	<b>3</b>
	<b>Apoio Físico</b>	<p>“Ele vem todos os dias me ver, visitar-me e passa o dia completo lá encima (...) passa o dia das 8h00 às 22h00 (...) é muito tempo” (E5,L7,p.2.2.)</p> <p>“ (...)Tem vindo sempre às visitas, tem ido sempre comigo ver o bebé” (E7,L25,p.1.1.).</p> <p>“Tenho apoio nas visitas, em casa e a tratar do outro filho” (E8,L24,p.1.1.).</p>	<b>3</b>

**Quadro n.º 4:** Análise de conteúdo referente à reacção do marido/companheiro da mulher, face à separação com o bebé.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Sentimentos Paternos face à Separação com o Bebé</b>	<b>Segurança</b>	“Reagiu bem (...) ele acha que é o melhor para o bebé é estar lá. Há mais segurança, para se poder desenvolver melhor” (E1,L3,p.1.2.).	<b>1</b>
	<b>Sufrimento</b>	“Ele sofreu muito com a separação (...) custalhe vê-la lá (...)” (E2,L24,p.1.2.). “Sofreu muito, sofreu mais do que eu, porque só me contou três dias depois, o que se passava com o bebé” (E5,L16,p.2.2.). “Sofre, nota-se na cara dele que sofre, embora não demonstre tanto como nós, mas sofre” (E8,L8,p.1.2.).	<b>3</b>
	<b>Perda</b>	“ (...) O meu marido sentia que ia perder o bebé, teve o sentimento de perda presente” (E5,L24,p.3.1.).	<b>1</b>
	<b>Choque</b>	“ (...) É um bebé normal e saber que ele poderia morrer, ele diz que não aguentava. É um choque muito grande” (E5,L4,p.3.2.). “Acho que também foi um choque para o meu marido, ter que me vir visitar e não ter o bebé ali. Acabou por ser um choque” (E6,L3,p.3.1.).	<b>2</b>
	<b>Medo</b>	“Acho que tinha medo, pelo que pudesse acontecer ao bebé” (E7,L11,p.1.2.). “Acho que ele sentiu medo” (E6,L5,p.3.1.).	<b>2</b>
	<b>Tristeza</b>	“Ah, no primeiro dia que ele a foi visitar (...) diz que foi um espectáculo à noite, que chorou, chorou, chorou” (E4,L12,P.2.1.). “ (...) Diz que chorou muito, chorou muito (...)” (E5,L4,p.3.1.). “As vezes, eu vejo-o triste” (E9,L15,p.1.2.).	<b>3</b>
	<b>Ansiedade</b>	“Ele está desejoso que ela venha para baixo e que vamos para casa” (E2,L24,p.1.2.).	<b>1</b>

**Quadro n.º 5:** Análise de conteúdo referente ao apoio, conforto e segurança dado por parte da Equipe Multidisciplinar à mãe e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Relação de Ajuda</b>	<b>Apoio Emocional</b>	<p>“Sinto apoio por parte dos médicos e enfermeiros” (E1,L9,p.1.2.).</p> <p>“Sinto muito apoio e segurança por parte da Equipa Multidisciplinar (...) sinto apoio de todas as formas” (E5,L10,p.3.2.).</p> <p>“O médico disse que (...) mesmo que ele não assina-se que ele não ia deixar o bebé morrer. É um apoio muito grande do médico, dizer isso” (E5,L19,p.3.2.).</p>	<b>3</b>
	<b>Ajuda</b>	<p>“Ajudam-me a interagir com o bebé (...) com ajuda delas o impacto da separação é minimizado” (E1,L9,p.1.2.).</p> <p>“Dar o peito foi a primeira vez que o fiz e foram elas que me ajudaram” (E5,L6,p.4.1.).</p> <p>“Eu nunca da vida conseguia dar o peito (sorriso), ele não pegava de maneira nenhuma e elas foram brilhantes (...) ajudam-me muito” (E5,L7,p.4.1.).</p> <p>“ (...) Acima de tudo tentam-nos transmitir muita força, muita coragem, acho que isto é uma parte fundamental da Equipa” (E6,L1,p.3.2.).</p>	<b>4</b>
	<b>Educação para a Saúde</b>	<p>“Estão sempre a explicar-me” (E2,L6,p.2.1.).</p> <p>“Elas explicam como é que eu devo pegar nele ao colo” (E5,L18,p.4.1.).</p> <p>“Tem sempre o cuidado de explicarem aos pais, a evolução do bebé, cada passo que o bebé tem, se piora ou se melhora (...)” (E6,L19,p.3.1.)</p> <p>“ (...) É o primeiro filho, eles vão-nos ensinando (sorriso), o que temos que fazer, os cuidadinhos que temos que ter” (E7,L21,p.1.2.)</p> <p>“Explicam-me tudo, chego lá explicam se fazem análises, se repetem análises e a razão, porque o fazem (...) tiram-me as minhas dúvidas” (E8,L16,p.1.2.).</p> <p>“Qualquer dúvida que eu tenha, eles esclarecem, explica-me o que é que estão a fazer ao meu filho (...)” (E9,L22,p.1.2.).</p>	<b>6</b>
	<b>Disponibilidade</b>	<p>“A primeira vez, eu disse:”Dr. Eu não percebo nada”, então tão sempre disponíveis para explicar e dizer-me como é que está o bebé (...)” (E2,L6,p.2.1.).</p> <p>“ (...) É o primeiro filho (...) perguntamos logo “é normal? Elas vêm logo ver e dizem o que é que ele tem.” (E5,L4,p.4.1.)</p>	<b>2</b>

	<p><b>Relação de Empatia</b></p>	<p>“São muito atenciosas, amáveis com as pessoas (...) são 100%” (E3,L10,p.1.2).</p> <p>“Elas têm sido impecáveis (...) mesmo impecáveis (...)” (E4,L5,p.2.2.).</p> <p>“Eles são todos impecáveis” (E5,L11,p.3.2.).</p> <p>“Eles são muito carinhosos com os bebês, tem sempre muita atenção (...) são pessoas muito acessíveis” (E6,L18,p.3.1.).</p>	<p><b>4</b></p>
--	----------------------------------	---	-----------------

**Quadro n.º 6:** Análise de conteúdo referente à colaboração da mãe com os Enfermeiros nos cuidados ao seu bebé e de que forma.

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Participação das Mães nos Cuidados ao Bebé</b>	<b>Colabora</b>	<p>“Vou dando colinho, colaborando (...) acho importante colaborar com os Enfermeiros, eles têm mais experiência do que nós” (E2,L17,p.2.1).</p> <p>“Colaboro com as enfermeiras embora me sinta insegura. Tento ajudá-las dentro do possível (...) quando tenho dúvidas peço ajuda aos enfermeiros” (E3,L15,p.1.2.)</p> <p>“Eu estou a iniciar agora com os cuidados, comecei com a mamada (...) mas aos pouquinhos a gente vai arranjando um certo jeito” (E4,L11,p.2.2.).</p> <p>“Ainda hoje a enfermeira dava o banho e eu limpava-o (...) ela lavava-o e eu limpava-o por trás” (E5,L16,p.4.2.).</p> <p>“Sim, colaboro. O facto de lhe dar de mamar e de fazer com que o bebé mame (...) a gente insiste e os enfermeiros também dizem para a gente persistir, para obrigá-los a mamar” (E6,L11,p.3.2.).</p> <p>“Dar o banhinho (sorriso), a dar o biberão, a vesti-lo e essas coisinhas” (E7,L3,p.2.1.).</p> <p>“Colaboro. Vou lá cima dar de mamar, o banho, na troca das fraldas (...) no que a gente pode” (E8,L25,p1.2.).</p> <p>“Sim, ajudo na amamentação, no banho, em mudar-lhe a fralda, mudar-lhe a roupa (...) essas coisinhas” (E9,L3,p.2.1.).</p>	<b>8</b>
	<b>Não colabora</b>	<p>“Ainda não colaborei com os enfermeiros nos cuidados ao bebé (...) ainda não dei banho, só vi e toquei” (E1,L15,p.1.2.).</p>	<b>1</b>