



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**“O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO SEU PROCESSO DE
ADAPTAÇÃO E EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”**

Hélia Maria Soares

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2008

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**“O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO SEU PROCESSO DE
ADAPTAÇÃO E EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências da Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Maria do Céu Aguiar
Barbiéri Figueiredo

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto.

Hélia Maria Soares

2008

Agradecimentos

A todos os pais que aceitaram participar no nosso estudo partilhando connosco as suas experiências relativas à sua nova condição de pais. A atenção, simpatia e disponibilidade com que sempre nos acolheram foram notáveis, a todos eles o nosso sincero obrigado.

À senhora Professora Doutora Maria do Céu Barbiéri pela orientação, amizade e estímulo dispensados.

À minha amiga e colega Sandra Pereira pelas sugestões, amizade, apoio, incentivo e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

À instituição de saúde que acedeu colaborar no nosso estudo, não esquecendo, em particular, toda a colaboração prestada pelas enfermeiras do serviço de Saúde Infantil.

Família, a todos vós, pelo vosso amor, paciência, compreensão e ânimo!

MUITO OBRIGADO!

Resumo

O nascimento do primeiro filho é um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, consequentemente, no seu processo de desenvolvimento. As implicações que daí advém impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte das pessoas. Na verdade, esta opinião é também partilhada por Relvas (2000), ao afirmar que tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. Para que se possa, de certo modo, antecipar, prever ou preparar os ciclos desenvolvimentais da criança, é fundamental que se desenvolvam estratégias. Estas deverão dotar os pais de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos, prevenindo dificuldades e evitando o aparecimento de ciclos familiares de insucesso.

Com este estudo pretendemos compreender as vivências dos pais durante a adaptação à parentalidade e o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro durante este processo de transição. Deste modo, foi desenvolvido um estudo qualitativo, uma vez que, era nossa intenção compreender e interpretar as vivências humanas enquanto experiências únicas e subjectivas das pessoas que pela primeira vez estavam a viver o papel de mãe/pai. Participaram no nosso estudo dezasseis (16) mães e catorze (14) pais tendo sido a entrevista semi-estruturada, o meio através do qual foram colhidos os dados.

Da análise dos dados emergiram seis dimensões: preparação da parentalidade; condições pessoais; recursos; vivência do processo; resultados do processo e intervenção do enfermeiro que, por sua vez, deram origem a diferentes categorias. Com a realização deste estudo foi possível concluir que: a parentalidade deve ser valorizada pelos enfermeiros sendo considerada um foco de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem; é importante conhecer a perspectiva dos pais sobre a forma como a parentalidade é vivenciada para que se conheçam as verdadeiras necessidades dos clientes e, consequentemente, se desenvolvam intervenções ajustadas; a investigação tem de ser incorporada no dia a dia dos enfermeiros para que a Enfermagem cresça e se desenvolva enquanto disciplina de conhecimento com um corpo de conhecimentos próprio e consistente.

Abstract

The birth of the first child it's a remarkable event in the life of individuals and thus in their process of development. The implications that come from there would require changes to the most different levels and demand different answers from the people.

Indeed, this opinion is also shared by Relvas (2000), asserting that to become a mother / father is an event that leads to the change of roles, to redefine the limits to the outside world, mainly the family of origin and the community. In order to have, to some extent, anticipate, predict or prepare the child's developmental cycles, it's crucial to develop strategies. These should provide the parents of expertise and skills in order to be able to identify and monitor the different stages of development of their children, preventing problems and avoiding the emergence of family cycles of failure.

With this study we intend to understand the experiences of parents during the adjustment to parenthood and the specific contribution provided by nurses during this transition process. Thus, it was developed a qualitative study, since it was our intention to understand and interpret the human experiences as a unique and subjective experience of people that for the first time were living the role of mother / father. In our study participated sixteen (16) mothers and fourteen (14) parents and the interview was semi-structured, the mean by which the data were collected.

From the analysis of data were emerged six dimensions: preparing for parenthood; personal conditions; resources; experience of the process; results of the process and intervention of nurses who, in turn, led to different categories. With the execution of this study it was possible to conclude that: parenting should be valued by nurses being considered a focus of attention of high sensitivity to nursing care; it is important to know the perspective of parents on how does parenthood is lived for know the real needs of customers and hence to develop interventions adjusted; the investigation must be incorporated into the everyday life of nurses so that the nursing can grow and develop as a discipline of knowledge with body of knowledge of its own and consistent.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1- O PROCESSO DE PARENTALIDADE ENQUANTO TRANSIÇÃO: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO.....	11
1.1- A parentalidade enquanto processo de transição.....	13
1.1.1- Componentes da parentalidade	18
1.1.1.1- O processo de vinculação.....	32
1.1.1.2- O papel dos pais nas diferentes etapas do desenvolvimento.....	34
1.1.1.3- Padrões e qualidade da vinculação	36
1.1.2- Adaptação à parentalidade	41
1.2- A família e o processo de parentalidade no seu ciclo vital.....	53
1.2.1- A família e as suas dinâmicas de organização e funcionamento	53
1.2.2- A parentalidade enquanto tarefa desenvolvimental da família	65
1.3- A relação enfermeiro-cliente ao longo do processo de parentalidade	68
1.3.1- A relação enfermeiro-cliente durante a gravidez.....	73
1.3.2- A relação enfermeiro-cliente no período pós-parto	78
2- O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PRÓPRIOS PARTICIPANTES.....	84
2.1- Procedimentos metodológicos.....	85
2.2- Apresentação e análise dos dados.....	89
3- CONCLUSÕES	124
3.1- Limitações do estudo	131
4- BIBLIOGRAFIA	133
ANEXOS.....	142
Anexo I - Autorização do estudo.....	143
Anexo II – Consentimento informado	145
Anexo III- Guião da entrevista	147
Anexo IV- Categorização das entrevistas.....	149

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Dimensões interactivas do comportamento materno.....	38
Quadro 2- Categorias e subcategorias da dimensão: “Preparação da parentalidade”.....	91
Quadro 3- Categorias e subcategorias da dimensão: “Condições pessoais”.....	99
Quadro 4- Categorias, subcategorias e subsubcategorias da dimensão: “Recursos”	102
Quadro 5- Categorias, subcategorias e subsubcategorias da dimensão: “Vivência do processo”.....	106
Quadro 6- Categorias da dimensão: “Resultados do processo”.....	111
Quadro 7- Categorias e Subcategorias da dimensão: “Intervenção do enfermeiro”...	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama síntese das categorias e subcategorias encontradas no estudo.....	90
---	----

INTRODUÇÃO

A família é o pilar básico de qualquer sociedade porque é no seio da mesma que se transmite, aprende, constrói e formam os indivíduos. Ela é, por si só, um sistema dinâmico de interacção, onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento se processam. Actualmente, as mudanças verificadas na estrutura, organização e modo de funcionar das famílias consistem numa realidade que tem vindo a caracterizar as sociedades ocidentais, às quais está subjacente uma alteração nas necessidades das pessoas que as compõem. Associado a estas mudanças, emerge um vasto leque de problemas, particularmente no que se refere à adaptação às situações de vida e aos processos de transição, nos quais o processo de parentalidade se insere. Efectivamente, a adaptação à parentalidade pode caracterizar-se pelo surgimento de sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade, os quais podem comprometer a saúde da criança e dos próprios pais, a nível imediato e futuro.

Enquanto profissão que se preocupa em prestar cuidados “(...) ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Art.º 4.º, ponto 1, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), a Enfermagem não pode ficar indiferente a situações que afectam a sociedade em geral, como por exemplo o absentismo escolar, a dependência de substâncias psicoactivas, o suicídio, a delinquência, os maus tratos infantis, a negligência, entre outros. Estas situações resultam, na sua grande maioria, de distúrbios emocionais e comportamentais cujas raízes se podem encontrar no meio familiar e nos diferentes contextos em que os indivíduos se inserem, sendo fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância do seu papel na prevenção, identificação e resolução destas situações. A proximidade da relação estabelecida entre o enfermeiro, os pais e a criança nos primeiros meses de vida, bem como a sua capacidade de interligação com os diferentes profissionais de saúde, colocam o enfermeiro numa posição privilegiada no seio da equipa, razão pela qual nos parece fundamental fomentar uma intervenção efectiva alicerçada nos princípios de uma relação terapêutica.

A parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível

social e da saúde nas gerações subsequentes. A sociedade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providencie contextos conducentes de um desenvolvimento cognitivo favorável. No entanto, o desempenho desta tarefa exige mudanças significativas na vida das pessoas podendo, muitas vezes, pôr em risco o equilíbrio e o bem-estar da família. Nesta medida, é importante que os profissionais aumentem o conhecimento científico acerca da parentalidade, de modo a proporcionar às crianças, famílias e sociedade em geral o benefício e influência positiva da mesma. Em particular, os enfermeiros que trabalham com famílias e na comunidade necessitam de compreender na teoria e na prática o processo de parentalidade pelas consequências que dele resultam a nível da saúde. Na verdade, e parafraseando Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne e Schumacher (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Se a adaptação à parentalidade é um processo de transição (com os riscos que qualquer transição pode acarretar), a qualidade da interacção e relação pais/filhos pode então, desde logo, ser afectada ou posta em causa, daí a necessidade de compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição. O desempenho das tarefas inerentes a este subsistema e o contributo atribuído ao enfermeiro durante este processo afigura-se como uma temática que merece atenção por parte dos enfermeiros porque a sua intervenção pode concorrer significativamente para o sucesso da transição.

Através de um processo de análise e interpretação, pretendemos reflectir acerca das vivências dos pais que, pela primeira vez experienciaram a parentalidade e o contributo do enfermeiro ao longo do processo de adaptação à parentalidade, com a intenção de podermos melhorar as práticas e proporcionarmos um acompanhamento efectivo às famílias. Tendo em conta os aspectos anteriormente referidos, decidimos desenvolver o nosso estudo em torno do papel do enfermeiro nas vivências dos pais durante o processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho. Face a este propósito, o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos estando estes divididos em diferentes subcapítulos. O primeiro capítulo diz respeito à revisão da literatura relativa ao processo de parentalidade enquanto transição: o contributo do enfermeiro. Neste capítulo foram desenvolvidos alguns aspectos relativos à parentalidade enquanto processo de transição, a família e a parentalidade no seu ciclo vital e, por fim, a relação enfermeiro-cliente ao longo do processo de parentalidade. O segundo capítulo corresponde ao contributo do enfermeiro no processo de adaptação à parentalidade na perspectiva

dos próprios participantes, este capítulo inclui as opções metodológicas e os resultados da investigação; finalmente, no terceiro capítulo são apresentadas as conclusões e limitações do estudo.

1- O PROCESSO DE PARENTALIDADE ENQUANTO TRANSIÇÃO: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO

A família consiste no cerne das sociedades, na medida em que é partir dela que estas se compõem e que os indivíduos se formam, crescem e aprendem a viver em comum, adquirindo as normas, valores e cultura vigentes. Ela é, por si só, um sistema activo de interacção onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento se processam. Então, se tudo gira e se desenvolve em função da família, ela deverá estar no centro da dinâmica dos cuidados, dos recursos e do desenvolvimento de competências científicas e relacionais, e ser cuidada como um todo.

O modo como a sociedade e o Estado encaram as questões relacionadas com a família e, particularmente, a protecção dos pais e das mães¹ aquando do exercício da função parental é de extrema importância. Estes são figuras chave que irão contribuir decisivamente no processo de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, todavia, não devem ser privados do direito à sua realização pessoal. Deste modo, compete ao Estado e à sociedade em geral contribuir de forma efectiva na criação de condições, aos pais e às mães, que lhes permita usufruir deste direito.

O desenvolvimento e implementação de medidas de protecção da família, nomeadamente a maternidade e paternidade, estendem-se aos mais diversos níveis (económico, social, saúde, educação, político, entre outros). O modo como o Estado tem investido nesta área poderá constituir um estímulo ou desincentivo ao desejo dos cidadãos incluírem nos seus projectos de vida a inclusão dos filhos. Portugal, à semelhança de outros países da Europa, não se alheou destas questões e conta já com algumas medidas legislativas que consagram a protecção da maternidade e da paternidade de entre as quais se destacam:

- Decreto-Lei n.º 154/88 de 29 de Abril (protecção, no âmbito da Segurança Social, da maternidade, da paternidade e da adopção, com as alterações introduzidas pelos Decreto-Lei n.º 333/95 de 23 de Dezembro, Decreto-Lei n.º 347/98 de 9 de Novembro, Decreto-Lei n.º 77/2000 de 9 de Maio e Decreto-Lei n.º 77/2005 de 13 de Abril);

¹ O termo “mãe” surge ao longo do texto e refere-se à pessoa significativa para a criança (figura de vinculação) podendo coincidir, ou não, com o seu progenitor.

- Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 de Agosto que estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública;
- Lei n.º 90/2001 de 20 de Agosto que define medidas de apoio social às mães estudantes;
- Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto que aprova o Código do Trabalho;
- Lei n.º 35/2004 de 29 de Julho que regulamenta a Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto.

Esta relevância que a família assume torna-se também particularmente evidente no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 que, à semelhança dos seus planos anteriores, destaca a “abordagem centrada na família e no ciclo de vida”. As orientações estratégicas com vista à obtenção de mais saúde para todos previstas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 e emanadas pelo Ministério da Saúde (2004), para além do investimento nas diferentes fases ciclo vital, realça momentos especiais da vida das pessoas, designadamente o nascer, a entrada para a escola, o primeiro emprego. Estes momentos foram considerados como oportunidades de excelência para realizar educação para a saúde, prevenção de doença, rastreios e outras formas de intervenção. Nesta medida, foram identificadas, entre outras, como estratégias prioritárias: “nascer com saúde”, cujas intervenções e os objectivos estratégicos são dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério e melhorar os indicadores no período perinatal; e “crescer com segurança”, em que a melhoria da articulação entre serviços e a promoção da saúde infantil foram definidos como objectivos estratégicos. A concretização dos objectivos contemplados neste Plano afiguram-se como metas que conduzem à obtenção de “ganhos em saúde”².

Prestar assistência à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente nas etapas significativas da vida dos seus elementos, especialmente tornar-se mãe e tornar-se pai, assume-se como uma prioridade para os enfermeiros. De facto, e fundamentalmente quando acontece pela primeira vez, o exercício da parentalidade reveste-se de alguma complexidade, uma vez que dele depende, em muito, o desenvolvimento de um conjunto de actividades da exclusiva responsabilidade dos pais. As mudanças inerentes ao processo de parentalidade são múltiplas e exigem,

² Os “ganhos em saúde” previstos no Plano Nacional de Saúde correspondem a um aumento do nível de saúde da população nas diferentes fases do seu ciclo vital e a uma redução dos encargos que as situações de doença envolvem (Ministério da Saúde, 2004).

frequentemente, alterações variadas e complexas dos papéis familiares e, na verdade, a forma como esta transição é vivida pela família poderá influenciar a qualidade da saúde dos seus membros.

As transições têm vindo a ser consideradas, cada vez mais, como um conceito central da Enfermagem porque os clientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000 e Nelson, 2003). Sendo assim, a prática dos enfermeiros está intimamente relacionada com as transições e, em muitos casos, eles são os profissionais que mais se envolvem e acompanham todo o processo através da avaliação, planeamento, e na prestação de cuidados que cada situação exige (Harrison, 2004). A posição ocupada pelo enfermeiro na equipa de saúde, designadamente face a outros profissionais, pode considerar-se privilegiada e única, uma vez que, desenvolve um contacto mais próximo com os clientes/famílias e permanece mais tempo nos serviços de saúde, seja a nível comunitário ou hospitalar, o que possibilita o primeiro contacto com as preocupações e necessidades do cliente/família. Além disso, desempenha uma função de elo de ligação com os restantes elementos da equipa e a própria natureza dos cuidados de enfermagem permite-lhe estabelecer uma relação de ajuda com os clientes suficiente para providenciar a informação necessária, apoio e mobilização de recursos.

Durante os processos de transição, as pessoas tendem a ficar mais susceptíveis aos riscos e esse facto pode afectar a sua saúde e bem-estar razão pela qual são considerados uma área importante para a enfermagem. Na verdade, e parafraseando Meleis *et al.* (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Na opinião de Harrison (2004), o contributo da enfermagem é crucial para o sucesso da transição.

1.1- A parentalidade enquanto processo de transição

A vida diária dos clientes, o ambiente e as interações são constituídas pela natureza, condições, significados e experiências de transição. Deste modo, as transições advêm das mudanças de vida, da saúde, dos relacionamentos e do ambiente (Meleis *et al.*, 2000). As experiências de doença (por exemplo: o diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação

e cura) e o desenvolvimento dos processos de vida, nomeadamente na gravidez, nascimento, parentalidade, adolescência, menopausa, velhice e morte, e as transições culturais e sociais (por exemplo: emigração, a reforma e cuidador da famílias) foram descritas, por Meleis *et al.* (2000), como transições passíveis de tornar os clientes vulneráveis. Esta vulnerabilidade advém do facto das pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

As transições requerem, por parte das pessoas, a incorporação de conhecimentos, alteração do comportamento e mudança na definição do *self* face ao novo contexto social (Wilson, 1997 citado por Davies, 2005 e Meleis *et al.*, 2000). A vulnerabilidade associada aos processos de transição relaciona-se com as experiências de transição, interações e as condições do ambiente que expõe os indivíduos a potenciais perigos.

A transição consiste em passar de um lugar, estado ou condição para outro. O desenvolvimento da teoria da enfermagem sobre as transições resultou do contributo de diferentes estudos realizados por Meleis e colaboradores acerca das experiências de transição em diferentes situações, entre as quais se destacam:

- “Tornar-se mãe” (Sawyer, 1996, citado por Meleis *et al.*, 2000 e Sawyer, 1999, citado por Davies, 2005);
- “Experiência da menopausa” (Im, 1997, citado por Meleis *et al.*, 2000; Im & Meleis, 1999, citados por Meleis *et al.*, 2000 e Davies, 2005);
- “Desenvolvimento de doença crónica” (Messias, Gilliss, Sparacino, Tong & Foote, 1995; Gudmundsdottir, Gilliss, Sparacino, Tong, Messias & Foote, 1996; Messias, 1997; Sparacino, Tong, Messias, Chesla & Gillis, 1997 e Tong, Sparacino, Messias, Foote, Chesla & Gillis, 1998, citados por Meleis *et al.*, 2000 e Messias, 1997, citado por Davies, 2005);
- “Tornar-se cuidador da família” (Schumacher, 1994; Schumacher & Meleis, 1994, citados por Meleis *et al.*, 2000 e Schumacher, 1996, citada por Davies, 2005).

Como resultado destes estudos emergiu um modelo explicativo que consiste em:

- natureza das transições (tipos, padrões e propriedades das experiências de transição);

- condicionalismos da transição: facilitadores e inibidores (pessoais, comunidade e sociedade);
- padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado);
- intervenções terapêuticas de enfermagem.

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Apresentam diferentes padrões, tais como: simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado. Quanto às propriedades, Meleis *et al.* (2000) identificaram cinco atributos, nomeadamente: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, acontecimentos e pontos críticos. Os condicionalismos facilitadores ou inibidores das transições referem-se, designadamente, às condições pessoais (significados atribuído aos acontecimentos que levam à transição; atitudes e crenças culturais; estatuto sócio-económico; preparação e conhecimento); condições da comunidade (recursos) e condições da sociedade (por exemplo: estereótipos, marginalização dos emigrantes de certas etnias, etc.). Os padrões de resposta/indicadores do processo incluem: sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde), interagir (com as pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores), estar situado (por exemplo: emigrantes que continuam a fazer comparações com o país de origem, no que se refere a alimentação, dieta, cuidados de saúde, etc.) e desenvolver confiança e *coping* (manifestado pelo nível de compreensão dos diferentes processos inerentes à trajetória da transição que lhes permite ganhar confiança e lidar com a situação). Os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências (capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências imprescindíveis para lidar com a transição) e à reformulação de identidades, sendo que ambas reflectem um resultado saudável em lidar com o processo de transição.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma acção interventiva continuada ao longo do processo de transição e antecedida pela compreensão do mesmo (propriedades e condições inerentes). Além disso, devem proporcionar conhecimento e empoderamento àqueles que o vivem promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias (Meleis *et al.*, 2000).

As experiências humanas podem revestir-se de um peculiar significado na vida das pessoas que as vivem, assim como na vida daqueles com quem estas são partilhadas. A atitude dos enfermeiros face ao acompanhamento dos clientes e das suas famílias nos seus diversos processos de transição permite-lhes marcar a diferença nos resultados alcançados. Na opinião de Lopes (2005), e de acordo com os resultados obtidos no estudo realizado com enfermeiros e doentes oncológicos submetidos a quimioterapia num hospital-dia, embora o enfermeiro possa, numa abordagem inicial, representar um estranho para o cliente que vivencia um processo de transição, a autenticidade da sua presença reflectir-se-á de forma notória e terá um impacto benéfico nos resultados esperados. Na perspectiva deste autor, o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem” abrange duas vertentes: a intervenção terapêutica de enfermagem realizada de forma intencional dirigida ao cliente e família e a articulação/ligação entre o cliente com os restantes clientes que se encontram na mesma situação, assim como a relação com os restantes profissionais e a organização. A concretização da intervenção terapêutica de enfermagem depende de vários instrumentos, entre os quais o autor destaca: a “gestão de sentimentos” e a “gestão de informação”.

Poderão ocorrer transições em simultâneo com o mesmo indivíduo e/ou família, pelo que, os enfermeiros não podem focar a sua atenção apenas numa transição em específico mas em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis *et al.*, 2000). Estes atributos não são estanques, mas antes estão interrelacionados num processo complexo. Por um lado, o conhecimento do processo de transição, o ajustamento e nível de envolvimento e a mudança resultam do processo de transição, e, por outro lado, a evolução no tempo e os acontecimentos e pontos críticos que decorrem ao longo do processo de transição.

A sociedade espera, por parte dos cidadãos, um contributo no sentido de assegurar a sobrevivência e preservar a espécie através da reprodução. Além disso, é esperado que sejam os pais os principais responsáveis pela prestação de cuidados aos filhos, nomeadamente, físicos, alimentares, educacionais, afectivos e psicológicos. Deste modo, e na opinião de Relvas (2000), a sociedade encara os pais como os principais responsáveis pelo sucesso ou fracasso dos seus filhos, que serão os adultos do futuro. Esta responsabilização, na perspectiva da autora e particularmente nos pais de classe média, faz-se acompanhar de uma forte carga emocional caracterizada por ansiedade, tensão, culpabilidade que contribui efectivamente para que o exercício da parentalidade possa representar um período de incerteza, cansaço e, em alguns casos, de decepção.

Decidir tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível,

particularidade esta que distingue a parentalidade das restantes transições. Afigura-se como uma das transições que ocorrem durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual foi designada por Schumacher e Meleis (1994), Meleis *et al.* (2000) e Mercer (2004) como uma transição desenvolvimental.

Uma definição tradicional e normativa de parentalidade associa a esta experiência sentimentos de alegria e satisfação onde a função social e afectiva se revela compensadora e um meio através do qual o indivíduo atinge a realização pessoal e se completa enquanto ser humano (Relvas, 2000). Não obstante, a gravidez e o nascimento de um filho representam também mudanças significativas na vida de qualquer ser humano. Na opinião de Relvas (2000), este acontecimento conduz à alteração de papéis (definição de papéis parentais e filiais), à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade (contextos envolventes mais significativos: profissional, amigos e rede social de suporte). Deste modo, os processos de transição que daí resultam exigem um reajustamento e reorganização por parte dos indivíduos (pais e família) que se repercutirá no seu próprio processo de desenvolvimento. A este propósito, Relvas e Lourenço (2001:122) consideram que o nascimento de um filho representa para a família “uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, comportando-se como uma fonte de stress esperável e normativa (crise)”, acrescentando, ainda, que esta é “uma transição-chave no ciclo de vida familiar”. De facto, tornar-se mãe e tornar-se pai e, por conseguinte, incorporar uma diversidade de alterações na própria vida, é considerado como um dos maiores desafios que sucedem na vida dos indivíduos, sobretudo quando este acontecimento surge pela primeira vez (Ladder & Damato, 1992 citados por Nyström & Öhrling, 2004). Para alguns autores, designadamente Ramos, Canavarro, Araújo, Oliveira e Monteiro (2005), o nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a vários níveis, nomeadamente individual, conjugal, familiar e social.

A determinação do início da transição para a parentalidade tem suscitado alguma controvérsia. Efectivamente, Imle (1990, citado por Nyström & Öhrling, 2004) refere que a transição começa durante a gravidez; por seu turno, Pridham e Chang (1992, citados por Nyström & Öhrling, 2004) defendem que ela tem o seu início no período pós-parto; por último, Majewski (1987, citado por Nyström & Öhrling, 2004) alega que ela apenas principia 18 meses após o parto. Contudo, e segundo os resultados de um estudo longitudinal levado a cabo por Tarkka, Paunonen e Laipalla, (2000a), as mães que viveram a experiência da maternidade pela primeira vez referiram ter sofrido mudanças

significativas nas suas vidas em 3 períodos distintos: na gravidez, no parto (nascimento do filho) e 3 meses após o parto. Ainda segundo a opinião destes autores, as mães que vivem o processo de parentalidade pela primeira vez podem experienciar stress e preocupação relativamente às estratégias de *coping* face aos cuidados a prestar aos filhos, uma vez que elas precisam de aprender a reconhecer os sinais e comportamentos do filho de modo a responder adequadamente às suas necessidades.

Apesar das transições poderem ser encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, diferentes autores são unânimes em afirmar que a transição para a parentalidade pode ser considerado um momento de crise por serem muitas as alterações ocorridas neste período. A este propósito, Canavarro (2001) faz referência às transformações biológicas, sociais, físicas e psicológicas que se interligam e ocorrem em simultâneo neste processo de transição, acarretando uma gestão de stress mais ou menos acentuado, com maior ou menor risco consoante a capacidade de adaptação ao novo papel, particularmente nos casos em que se trate de um primeiro filho. Os estudos realizados sobre esta transição indicam que vários sentimentos acompanham os pais durante este período. Nesta perspectiva, Rogan, Shmied, Barclay, Everitt e Wyllie (1997) aquando da realização de um estudo com mães pela primeira vez, constataram que as mães encaravam a transição como uma mudança profunda, um forte sentimento de perda, isolamento e fadiga. Por seu turno, Cronin (2003), ao analisar as necessidades, percepções e experiências de jovens adolescentes, mães pela primeira vez durante o período pós-parto, verificou que estas apresentavam sinais e sintomas depressivos, muitas vezes associados ao facto de viverem em espaços exíguos, sentirem-se sós e terem dificuldade em deixar o bebé ao cuidado de outrem para voltarem à escola ou ao trabalho.

Esta transição, como tem vindo a constatar-se, exige, por parte dos novos pais, diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, até então desconhecidas. Estas respostas implicam uma adaptação e reorganização específica (podendo ocasionar descompensação e aquisição de vulnerabilidades). Além disso, esta transição é um processo mutável porque à medida que os filhos vão evoluindo no seu percurso de desenvolvimento os pais vão necessitar de uma adaptação contínua que implica gestão de novos sentimentos, comportamentos e preocupações.

1.1.1- Componentes da parentalidade

A parentalidade consiste numa temática que tem merecido a atenção de diferentes

disciplinas, entre as quais se destaca a Enfermagem. Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a parentalidade aparece descrita do seguinte modo: “Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICNP, 2006:43).

Durante o exercício da parentalidade, os pais (figuras parentais) contam com os recursos da própria família e da comunidade onde esta se encontra inserida. Nesta linha de pensamento, Cruz (2005:13) atribui à parentalidade um: “conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”.

As funções da parentalidade foram, segundo Cruz (2005:14), estudadas por vários autores, designadamente: Palacios e Rodrigo em 1998, Parke e Buriel em 1998 e Bornstein em 2002a; elas constam de:

- “satisfação das necessidades mais básicas”;
- “disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível”;
- “necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares”;
- “satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança”;
- “necessidades de interacção social da criança”.

Para além das funções apresentadas, os pais também desempenham papéis diversos, entre eles:

- “parceiros de interacção”;
- “instrutores directos”;
- “preparação e disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem” (Parke & Buriel, 1998, citados por Cruz, 2005:15).

O cumprimento do papel parental efectiva-se através de um processo relacional. A

forma como os pais se relacionam com os seus filhos está condicionada por diferentes factores. Sameroff e Fiese (1990) e Sameroff e MacKenzie (2003, citados por Fuertes, 2004), alegam que o modo como os pais comunicam e interagem com os filhos resulta de uma variedade de factores inerentes aos mesmos, onde se destacam a personalidade, as atitudes, as crenças e os modelos de representação.

O estudo que tem sido levado a cabo pelas diferentes disciplinas no sentido de melhor compreender o ser humano e os factores que condicionam o seu desenvolvimento é inigualável. Contudo, a Perspectiva Ecológica – que tem por base o modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975) e o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (1979), pelo enfoque que dão à acção dos diversos sistemas (micro, meso, exo e macro-sistema) na criança, foram um marco importante na compreensão do processo interactivo mútuo e da sua influência no desenvolvimento (Pimentel, 1997). A mesma ideia é partilhada por Portugal (1992:26-27) que acrescenta que “o desenvolvimento do ser humano tem a ver directa ou indirectamente com todo o contexto onde ocorre.” Esta autora clarifica ainda que o “contexto compreende não apenas o indivíduo mas também sistemas contextuais dinâmicos, modificáveis e em constante desenvolvimento no seu interior e na interface com diferentes contextos, mais ou menos próximos.” Por sua vez, também Powell (1988, citado por Pimentel, 1997) refere que o modelo ecológico marcou uma viragem na forma como é encarada a importância da família e da comunidade no desenvolvimento da criança. O sistema ecológico é dinâmico, interactivo e mutável de acordo com as condições e interacções ocorridas no próprio indivíduo e nos contextos que lhe estão subjacentes.

Segundo o Modelo Transaccional (Sameroff & Fiese, 1990), mãe e filho afectam-se reciprocamente e a mudança dos comportamentos é feita através de passos (transacções). Em cada transacção o contributo materno afecta o comportamento da criança e vice-versa e no fim ambos estão mudados e a díade também. Como tem sido largamente reconhecido, a prematuridade pode exercer uma influência significativa na criança principalmente a nível da regularidade dos padrões de sono e da consistência da sua interacção social e, conseqüentemente, afectar de modo negativo a rotina dos pais no processo de prestação de cuidados ao filho. Um exemplo ilustrativo que sustenta o Modelo Transaccional é apresentado pelos seus autores quando fazem referência a um programa de intervenção educacional realizado com 74 pais de crianças prematuras desenvolvido por Nurcombe *et al.* (1984, citados por Sameroff & Fiese, 1990). O programa de intervenção consistiu na realização de 11 sessões de educação efectuadas por uma enfermeira pediátrica experiente e tinha por objectivo ensinar e treinar os pais

dessas crianças sobre temáticas relacionadas com o desenvolvimento dos bebés prematuros, nomeadamente, o sistema de regulação, o desenvolvimento motor, a identificação de estratégias e os padrões de temperamento. Três meses após a intervenção e seis meses após a alta hospitalar foram avaliados os dois grupos (de intervenção e de controlo) nos diferentes parâmetros: o temperamento da criança, a satisfação do papel maternal, a atitude da mãe face aos cuidados à criança e a confiança materna. Os resultados indicaram que as mães que participaram no programa estavam mais confiantes, mais satisfeitas e que os cuidados com a criança eram mais adequados comparativamente com as mães do grupo de controlo. As mães que foram sujeitas a intervenção consideraram os seus filhos mais adaptáveis, felizes, acessíveis e não ficavam angustiados facilmente. Não obstante estes resultados, é importante que ter em conta que os dois parceiros interactivos também estão sujeitos à influência de outras variáveis, designadamente, pessoais, sociais, culturais, económicos, espirituais.

De acordo com o Modelo Transaccional, a família é a chave do desenvolvimento da criança, pelo que, e a título de exemplo, quando as famílias e as variáveis culturais favorecem o desenvolvimento, as crianças com problemas peri-natais não se distinguem das crianças sem problemas. Por outro lado, quando as famílias e as variáveis culturais não favorecem o desenvolvimento, as crianças sem complicações do foro biológico desenvolvem problemas graves mais tarde a nível social e cognitivo. Nesta ordem de ideias, “(...) a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve, a qual influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico, resultando em aspectos diferentes para a família e para a criança em cada momento da interacção que se estabelece entre estes” (Simeonsson & Bailey, 1990 citado por Correia & Serrano, 2000:18). Ainda a este propósito, Sameroff e Fiese (1990) consideram que as intervenções centradas apenas na criança não são suficientes para obter sucesso. É importante e necessário que as intervenções envolvam a família e a comunidade de forma a serem mais eficazes e contribuírem para um melhor futuro da criança.

Para uma melhor compreensão da parentalidade, será importante analisar as três componentes que a integram: os comportamentos, as cognições e os afectos. A investigação realizada acerca dos comportamentos educativos parentais foi desenvolvida inicialmente por Baumrind, nos anos 60. Compreender a relação existente entre os comportamentos parentais e o resultado destes nos filhos fizeram com que os estudiosos, a partir da primeira década de 1980, comessem a pesquisar os factores que concorrem para as atitudes parentais, nomeadamente, os pensamentos, os

conhecimentos, as ideias, os valores, etc. As acções e as cognições estão intimamente ligadas às emoções e aos afectos, pelo que a análise dos afectos também se revelou pertinente, uma vez que se pretendia conhecer com maior profundidade processos relacionados com o ser humano, especificamente, a parentalidade.

As funções parentais vão sendo modificadas à medida que o tempo passa e os filhos vão ultrapassando diferentes etapas do seu desenvolvimento. No cumprimento destas funções está subjacente uma adaptação do comportamento dos pais às necessidades dos filhos, como forma de garantir a construção de uma base estrutural firme que os tornem capazes de enfrentar saudavelmente os diversos desafios e adversidades que vierem a surgir ao longo das suas vidas.

Várias etapas, correspondentes à idade da criança, têm sido descritas como marcos para a modificação/adaptação do comportamento parental. O primeiro ano de vida corresponde ao período em que a função parental se baseia, essencialmente, na satisfação das necessidades básicas da criança proporcionando o seu bem-estar e consequente desenvolvimento global (Hoffman & Bornstein, 1995b, citados por Cruz, 2005). A interacção estabelecida durante este período permitirá a partilha e troca de sentimentos e afectos entre prestador de cuidados e criança sendo uma fase de extrema importância para o desenvolvimento da “confiança básica” descrita por Erikson em 1976. Também Mary Ainsworth (colega de Bowlby) se interessou pela qualidade da relação que é estabelecida entre a criança e a figura materna introduzindo a ideia de *base segura*. A noção de segurança leva-nos ao conceito de “base segura”, o qual corresponde à noção de confiança e protecção que a figura materna transmite servindo de “porto de abrigo” onde a criança recorre quando surgem situações de alarme e perigo. Esta teoria veio reforçar a importância da qualidade de vinculação.

Entre o 1º e o 2º ano de vida, devido ao desenvolvimento das capacidades motoras característica desta etapa, é a altura em que a criança necessita de maior vigilância por parte do adulto, uma vez que, apesar de caminhar rumo à autonomia e afirmação pessoal, ainda não é capaz de reconhecer as consequências do seu comportamento. Este período é, na opinião de Cruz (2005), assinalado por alteração na interacção pais/filhos, sendo que o comportamento dos pais incidirá, essencialmente, na segurança através de uma atitude mais restritiva, disciplinadora e menos calorosa. A autora acrescenta ainda que a mudança no comportamento dos pais é agora muito mais direccionada para o papel de socialização e coincide com o evoluir do desenvolvimento da criança. Uma maior capacidade para compreender e agir conduzem a uma crescente

infracção de regras básicas pondo em risco a sua segurança, o que leva a uma mudança de comportamento por parte dos pais com vista a garantirem a segurança dos filhos e a protecção de bens materiais e rotinas da família.

Aos 2-3 anos, os estudos revelam que o comportamento dos pais é idêntico ao período anterior, sendo que, cerca de metade do tempo de interacção mãe/criança é caracterizado por tentativas dos pais mudarem o comportamento do filho (Cruz, 2005).

Entre os 2 e os 6 anos parecem haver menos tentativas de controlo por parte dos pais, facto este justificado, por um lado, pela mudança na atitude e comportamento da criança (agora com maior motivação para obedecer e maior facilidade em se auto-controlar) e, por outro, os pais serem capazes de respeitar a própria autonomia do filho.

Apesar da literatura nos indicar que o comportamento dos pais face aos filhos pode ser alterado com o passar do tempo e, fundamentalmente, devido às mudanças no seu desenvolvimento, sabe-se também que a forma como o processo educativo se desenvolve está alicerçado nos valores dos pais e na forma de transmissão desses valores aos filhos. A importância da transmissão dos valores é, segundo Rokeach (1973, citado por Alonso de Bem & Wagner, 2006), imprescindível porque estes irão funcionar como guias que influenciam o comportamento e permitem compreender o modo como as pessoas se relacionam consigo e com os outros.

As práticas educativas parentais são por vezes divergentes e relacionam-se com o próprio comportamento dos filhos. A investigação sobre os padrões educativos dos pais surge nos anos 40, sendo que os primeiros estudos foram realizados por Baldwin nos Estados Unidos. Os resultados indicavam que existiam duas dimensões de padrões educativos principais: *democracia versus autocracia* e *controlo versus permissividade*. A autora encontrou ainda uma terceira dimensão a qual denominou de “aceitação” da criança (Cruz, 2005). Os pais descritos com padrão “democrata” tinham as seguintes características:

- comunicação verbal abundante;
- consultavam os filhos nas tomadas de decisão;
- justificavam as regras familiares e respondiam às suas perguntas;
- ofereciam várias alternativas e a criança tinha hipótese de escolha;

- a confiança da criança em si própria era encorajada;
- exibiam um clima de serenidade emocional.

As crianças que pertenciam a estas famílias apresentavam:

- bom nível de interacção social;
- uso da persuasão e força física para conseguirem os objectivos;
- pouca sensibilidade face às necessidades dos outros;
- bom nível de realização intelectual;
- curiosidade;
- características de líder.

Os pais “controladores” destacavam-se pelo ênfase atribuído às restrições ao comportamento da criança (transmitidas de modo autoritário ou democrático) e à ausência ou escassez de conflitos acerca das questões disciplinares. As crianças provenientes deste contexto destacavam-se pelo facto de não resistirem nem serem curiosas.

Continuando a citar Cruz (2005), em 1959, Baumrind deu continuidade aos estudos de Balbwin e a investigação desenvolvida por esta autora contribuiu para o aparecimento de uma nova perspectiva de controlo parental. Baumrind começou então por estudar o comportamento das crianças em idade pré-escolar, tendo identificado três padrões comportamentais:

- “Competentes”- (nível elevado de auto-controlo, satisfação e auto-confiança);
- “Inibidas”- (tristeza e descontentamento consigo próprias com reduzido contacto social);
- “Imaturas”- (nível reduzido de auto-controlo e confiança).

Às crianças classificadas como “Competentes” correspondia um padrão educativo parental denominado “Autorizado”. As características atribuídas a este padrão vão de encontro àquelas atribuídas por Baldwin quando este se refere aos pais com um estilo educativo do tipo “democrata”. No entanto, Baumrind salienta o facto destes pais utilizarem o controlo como forma de incentivarem a autonomia da criança. As crianças do

padrão “Inibido” tinham pais que utilizavam, tal como no padrão anterior, altos níveis de controlo. Contudo, estes pais apresentavam uma diferença significativa: estavam pouco vinculados aos filhos e eram pouco afectuosos. A este padrão Baumrind atribuiu a designação de “Autoritário”. Por último, as crianças classificadas como “Imaturas” correspondiam aos pais do padrão “Permissivo”; estes apresentavam um comportamento pouco controlador e exigente mas eram razoavelmente afectuosos.

A utilização de diferentes designações para os mesmos conceitos é comum aos trabalhos de investigação realizados nesta área. No seu trabalho de revisão da literatura relativo à parentalidade, Cruz (2005) reforça a ideia de Baumrind, nomeadamente no que se refere à questão dos estilos parentais. Deste modo, a autora clarifica que a dimensão *hostilidade/frieza* ou *aceitação/rejeição*, apesar de ter um carácter afectivo e não uma prática educativa, tem implicações no comportamento parental e resposta da criança. Ao controlo parental também são atribuídas diferentes designações: o “controlo autoritário” e o “controlo firme”. Deste modo, e por um lado, o “controlo autoritário” está associado a uma atitude restritiva e punitiva com vista a um controlo psicológico; por outro lado, o “controlo firme” subentende um comportamento parental contingente com o comportamento da criança no sentido desta conseguir uma autonomia psicológica. O “reforço negativo” e a “punição” também podem ter um significado e um efeito diferente consoante o contexto e do padrão de controlo dos pais. Por último, a autora faz referência à possibilidade do sexo da criança influenciar o comportamento parental gerando, assim, diferentes estilos parentais.

Sendo a socialização, como já foi referido, uma das funções parentais, ao longo deste processo os pais necessitam de exercer comportamentos de controlo sobre o comportamento da criança face a situações de transgressão. O comportamento disciplinar é designado como “aquele que é utilizado como resposta a um comportamento manifestado pela criança que é considerado indesejável do ponto de vista social, moral ou convencional” (Cruz, 2005:56).

Diferentes categorias de comportamento disciplinar foram encontradas na literatura, entre elas destacam-se: as técnicas de “afirmação do poder”, “retirada do afecto” e “indutivas”. As técnicas de “afirmação do poder” assentam na posição de poder e autoridade conferida aos pais permitindo-lhes exigir da criança uma alteração do comportamento, através, por exemplo, de uma recompensa ou punição (excepto nos casos extremos de maus tratos). Tal como anteriormente, nas técnicas de “retirada do afecto”, mais uma vez, são os pais que detêm o poder; neste caso, cabe-lhes o controlo sobre a gratificação

afectiva, material e física, ou a retirada da mesma. As “técnicas indutivas” correspondem a uma técnica disciplinar que não utiliza a punição, sendo que, os pais utilizam o raciocínio e a explicação como forma da criança alterar o seu comportamento desadequado através da compreensão da necessidade de cumprir regras e normas (Cruz, 2005).

A utilização de diferentes técnicas disciplinares pode ser influenciada por diferentes factores, nomeadamente a idade, o temperamento da criança e o género (Salles-Costa, Heilborn, Werneck, Faerstein & Lopes, 2003, citados por Alonso de Bem & Wagner, 2006). Para além destes, Cruz (2005) acrescenta como factores relevantes no comportamento educativo parental, a posição na fratria e a aparência física. A este propósito, Cruz (2005) adianta que, tratando-se de uma interacção de comportamentos, devem ser analisadas tanto variáveis correspondentes às vertentes dos pais e da criança, como, as variáveis contextuais (proximais e distais).

De acordo com a revisão de literatura realizada por Cruz (2005), os pais, além de utilizarem diferentes técnicas disciplinares que variam consoante as circunstâncias, não exibem um comportamento consistente em todas as situações. A razão pela qual os pais diferenciam o seu comportamento disciplinar em diferentes circunstâncias deve-se, segundo Cruz (2005:90-91), ao “carácter funcional e adaptativo do comportamento parental”, à “natureza cognitiva parental” e aos “sentimentos parentais desencadeados pelos comportamentos inadequados da criança”.

Tendo em linha de conta a perspectiva Ecológica do desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e o Modelo Transaccional de Sameroff e Fiese (1990), mais uma vez é reforçada a importância que o contexto exerce sobre os indivíduos e vice-versa. Neste caso, e segundo Cruz (2005) e Alonso de Bem e Wagner (2006), as redes de apoio, o nível educacional/classe social e o grupo cultural a que os pais pertencem interferem no comportamento parental. Relativamente aos factores inerentes aos pais, Cruz (2005) destaca a personalidade e a história das relações precoces com os próprios pais sendo, segundo esta, determinantes do modo como irão exercer a parentalidade.

O modo como os pais exercem a disciplina sobre o filho é variável e terá consequências também elas diferentes/diversas consoante as situações, contudo, e para que a aplicação das técnicas educativas seja eficaz estas devem ser flexíveis, adaptadas ao contexto e à fase de desenvolvimento da criança. Depreende-se que o comportamento parental depende de vários factores, não obstante, é um elemento fundamental na construção da saúde futura da criança. Podemos, desde logo, afirmar que a educação dos filhos é

uma tarefa difícil que exige flexibilidade e adequação de estratégias de acordo com a situação, idade da criança e estilo do seu comportamento. É acrescida do facto de que o desenvolvimento infantil é influenciado, também, pelos diversos contextos em que a criança participa.

O comportamento parental é determinado também pelas ideias, atitudes, crenças e valores dos pais também designados por processos cognitivos ou cognições. Se aquilo que os pais pensam vai influenciar o seu modo de agir, particularmente o exercício da parentalidade, então será importante conhecer mais profundamente as suas causas e consequências.

As ideias parentais podem ser analisadas sob dois pontos de vista: o seu conteúdo (atitudes, valores, objectivos, calendários desenvolvimentais, atribuições de causalidade) e a sua qualidade (acuidade, grau de diferenciação/complexidade, extensão do significado partilhado, grau de consciencialização e acessibilidade, grau de intensidade ou adesão de uma ideia e conexão ou estrutura) (Cruz, 2005).

No que se refere à origem e às determinantes das ideias parentais, Cruz (2005), com base no resultado de uma revisão de estudos empíricos, concluiu que: por um lado, as ideias parentais podem ter origem e ser determinadas pela experiência pessoal dos indivíduos no dia a dia permitindo-lhes criar construtos próprios que servirão de base para interpretar a realidade (papel activo do sujeito); por outro lado, a origem destas ideias é atribuída à cultura da sociedade onde o indivíduo está inserido, neste caso, é através da assimilação da informação proveniente do meio cultural que se constroem os conceitos/ideias (papel passivo do sujeito). Na verdade, o modo como as ideias parentais são construídas é influenciado e determinado por vários factores.

O sexo da criança, as suas características, idade e temperamento também têm sido descritos como determinantes das ideias parentais. Relativamente ao sexo, os estudos indicam que os pais fazem diferentes atribuições aos filhos em função do sexo, designadamente na realização da matemática, no sucesso/insucesso escolar e na competência social. A idade também tem sido apontada como um factor determinante das ideias parentais e, assim sendo, os pais apresentam objectivos diferenciados de acordo com a idade do filho e vão alterando as suas percepções e reacções afectivas face aos mesmos ao longo do seu desenvolvimento. No que concerne ao temperamento, também se verifica uma tendência para os pais, num mecanismo de defesa, considerarem que, no caso dos filhos serem percebidos como difíceis, a causa se

deve às características da própria criança, adoptando nestes casos uma atitude mais negativa em relação a ela (Cruz, 2005).

Além dos factores referentes à criança, o nível de escolaridade dos pais, a personalidade, a idade e o sexo dos pais influenciam e determinam as ideias parentais. Os pais com nível de escolaridade superior, quando explicam o comportamento dos filhos, tendem a fazê-lo tendo em conta causas complexas e interactivas; por sua vez, no caso de apresentarem níveis intelectuais mais baixos, atribuem o comportamento dos filhos a influências unidimensionais e concretas sem terem em conta os antecedentes e consequentes desse mesmo comportamento. No que se refere à personalidade dos pais, os estudos são ainda escassos. No entanto, e no caso de mães deprimidas, verifica-se que estas apresentam uma distorção das percepções acerca do comportamento dos filhos atribuindo a elas próprias a causa dos seus problemas. A idade dos pais parece também contribuir de alguma forma para a determinação das ideias parentais, designadamente nos estudos realizados com mães adolescentes e mães mais velhas onde se constatou que as mães adolescentes apresentavam expectativas menos realistas relativamente ao desenvolvimento dos filhos e atitudes educativas menos apropriadas. As mães mais velhas, pelo contrário, demonstravam maior envolvimento, comportamento interactivo e satisfação com o papel parental. A diferença entre as ideias parentais em função do sexo também parece relevante, sendo que este facto pode ser explicado pelo seu próprio processo de socialização que resulta em diferentes ideias e também com a experiência enquanto pais. Por último, a história da relação com os próprios pais poderá também ser importante, uma vez que o modo como foram construídos os modelos de representação interna das relações com origem no processo de vinculação desenvolvidos na infância, irá influenciar as cognições parentais (Cruz, 2005).

Após serem analisadas as determinantes das ideias parentais de origem proximal, Cruz (2005) identifica determinantes de origem mais distal, entre as quais se destacam:

- os factores de constelação familiar (número de filhos e o intervalo entre os nascimentos);
- as variáveis ligadas à classe social (os níveis de escolaridade mais elevados dos pais parecem influenciar o seu comportamento, uma vez que, favorecem um conhecimento mais vasto e abrangente e, consequentemente, maior competência e confiança no desempenho do papel parental).

A influência da cultura sobre as ideias parentais é determinante na medida em que as normas e valores são transmitidos de geração em geração e influenciam, necessariamente, as ideias parentais acerca do desenvolvimento das crianças e sua educação. As ideias parentais podem sofrer algumas alterações ao longo do tempo, no entanto, aquelas que provêm das influências culturais tenderão a permanecer mais estáveis quando comparadas com os resultados da experiência vivida.

No processo interactivo subjacente ao exercício da parentalidade fazem parte os aspectos cognitivos dos intervenientes e é possível identificar os comportamentos dos mesmos. As emoções integram-se neste processo e podem registar uma intensidade, frequência e variedade mutável ao longo das interacções. A componente emocional é, na maioria das vezes, aquela que se considera intrínseca à parentalidade pela importância que é dada aos laços emocionais pais/filhos (Cruz, 2005). A emoção negativa crónica ou intensa é, frequentemente, desadaptativa e reflecte uma disfunção familiar, contudo, quando o afecto parental é positivo conduz ao desenvolvimento saudável da criança (Dix, 1991 citado por Cruz, 2005).

O clima emocional da família pode definir, em muitos casos, o estilo educativo parental. Simultaneamente, os processos cognitivos relativos à parentalidade interrelacionam-se com os processos afectivos. Nesta ordem de ideias, pode considerar-se que as cognições, os afectos e os comportamentos estão interligados entre si.

A relação entre o afecto e a cognição parentais tem sido uma temática estudada, fundamentalmente, pela Psicologia. Os resultados ainda não permitem tirar conclusões definitivas, uma vez que existem perspectivas que privilegiam as cognições em detrimento dos afectos e vice-versa. No entanto, e segundo Dix (1991, citado por Cruz, 2005), existe uma interacção entre os afectos e a cognição e, segundo esta perspectiva, ambos influenciam e são influenciados. Assim sendo, as emoções, por um lado, são activadas pelos processos cognitivos e, por outro lado, as emoções medeiam o processamento da informação do indivíduo que se repercutirá nos comportamentos manifestados. Nesta linha de pensamento, o autor reforça a integração e interacção das componentes “cognição, comportamentos e afectos” apresentando um modelo dos processos afectivos na parentalidade e defendendo que as emoções influenciam a regulação do comportamento e são adaptativas.

O sistema afectivo parental está organizado em duas vertentes: os objectivos e os resultados, sendo que estes se relacionam com o bem-estar e o desenvolvimento da criança. Os objectivos podem estar centrados nos pais ou, então, nos filhos.

Para que a parentalidade seja bem sucedida os objectivos deverão estar centrados na criança e serem activados por uma emoção mais intensa. O modelo proposto por Dix (1991, citado por Cruz, 2005) assenta numa tríade de processos:

- *processos de activação* - referem-se ao momento em que irá acontecer a emoção, o tipo e a intensidade da emoção. A cognição é considerada determinante na maioria das emoções, sendo que a emoção é entendida como um mediador entre o comportamento e a cognição parental. A activação das emoções surge no caso em que os resultados da interacção são determinantes para os objectivos parentais. O tipo de emoção, negativo ou positivo, vai ocorrer nas situações em que houver conflito e nas interacções harmoniosas, respectivamente. A intensidade das emoções varia consoante os pais atribuam mais ou menos valor à situação, à generalização ou ao nível de estabilidade do comportamento e, por fim, à percepção do controlo sobre a situação;

- *processos de envolvimento* – as emoções, quando activadas, interferem com os processos motivacionais, cognitivos, expressivos e comportamentais e o envolvimento emocional é fundamental para se conseguir persistência, regularidade e intensidade nos comportamentos;

- *processos de regulação emocional* – são responsáveis pelas percepções e controlo da expressão emocional permitindo aos indivíduos lidarem com as emoções promovendo-as ou suprimindo-as de forma a não prejudicarem os seus objectivos.

O desenvolvimento de competências na criança a nível da regulação emocional pode relacionar-se, na opinião de Cruz (2005), com o modo como os pais se comportam perante situações de carga emocional elevada durante a interacção pais-filhos.

A aceitação dos filhos no e pelo sistema familiar é considerada como o princípio-chave do processo emocional de transição (McGoldrick & Carter, 1982 citados por Relvas, 2000:77). Como temos vindo a constatar, a integração de um novo elemento na família, sobretudo no caso de se tratar de um primeiro filho, constitui um marco no sistema familiar e em toda a sua dinâmica. Alguns autores, designadamente Brazelton e Cramer (2001) consideraram que o surgimento da família no seu verdadeiro sentido só acontece quando ocorre o nascimento de um filho.

Como acabámos de constatar, a parentalidade assenta num processo relacional. O papel das relações interpessoais no desenvolvimento do ser humano tem sido abordado por diferentes autores, nomeadamente Mead (1934), Sullivan (1953), A. Freud, (1966), S.

Freud (1972) e Bateson (1987), citando Canavarro (1999).

A relação interpessoal encaminha-nos para diferentes formas de relação entre duas ou mais pessoas em contextos variados de acordo com o espaço, tempo e função onde se desenvolvem (Canavarro, 1999). Porém, e de modo a compreendermos melhor o conceito de relação interpessoal, apoiámo-nos na abordagem de Hinde (1979, citado por Canavarro, 1999), em que este apresenta várias dimensões da relação interpessoal como forma de clarificar a sua especificação. Assim, o autor considera que as dimensões são: o *conteúdo* ou *componentes* da interacção, fazendo parte deste as funções e os objectivos das interacções; a *diversidade* das interacções e a estrutura que os diversos tipos de possibilidades formam; os *aspectos de reciprocidade e complementaridade* que se referem ao estatuto ou poder existente nas interacções entre os indivíduos; as *componentes qualitativas*, como o emaranhamento ou a intrusão dos elementos da díade; a *frequência* dos diferentes padrões de interacção; as *qualidades multidimensionais*, consideradas como uma única categoria geral utilizada para analisar, em conjunto, as qualidades das interacções; os aspectos respeitantes às *representações cognitivas* que permitem aos indivíduos numa relação pensarem no outro e em si mesmos; a *intimidade* é considerada como a extensão do impacto de uma personalidade sobre a outra.

Lewis (1988, citado por Canavarro, 1999) valoriza, em particular, a dimensão que se refere aos aspectos ligados às *representações cognitivas* por entender que esta dimensão é aquela que melhor caracteriza as relações humanas. As relações interpessoais também podem, segundo a mesma autora, ser divididas em diferentes tipos: *relações próximas*; *relações de suporte social*; *ligações afectivas* e *relações de vinculação*. Importa referir que estas relações contribuem para o desenvolvimento do ser humano e decorrem sempre integradas num contexto, sendo por ele afectadas.

A vinculação é uma das tarefas críticas da parentalidade. A qualidade emocional desenvolvida nos primeiros anos de vida é fundamental porque será sempre uma estrutura básica que servirá de referência aos indivíduos, tanto em situações favoráveis como nas adversidades que terão de enfrentar. Na verdade, os laços vinculativos estabelecidos entre pais e filhos são um factor determinante do desenvolvimento futuro da criança. É da qualidade da relação pais/filhos que se desenvolve o bem-estar afectivo básico para o desenvolvimento saudável de qualquer criança e que servirá de alicerce ao modo como estabelecerá a relação com ela própria e com o mundo que a rodeia. Muitas das perturbações comportamentais, sociais e emocionais que afectam a saúde dos

indivíduos podem, em muitos casos, resultar de dificuldades ocorridas na infância, nomeadamente, na qualidade da interacção mãe/filho e dos laços vinculativos estabelecidos durante o exercício da função parental. Por este facto, parece-nos pertinente aprofundar alguns aspectos relacionados com a vinculação, designadamente, a sua matriz conceptual, o papel desempenhado pelos pais nas diferentes fases do seu desenvolvimento e, por fim, os diferentes padrões e a qualidade da vinculação.

1.1.1.1- O processo de vinculação

A vinculação é “o processo pela qual o indivíduo estabelece uma ligação afectiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos”, (Ainsworth, 1989). Bowlby (1969/1982) concebeu a ligação mãe-filho como “uma disposição de carácter instintivo, esta ligação exprime-se, em termos comportamentais, através de uma variedade de respostas cujo a consequência previsível será de criar ou manter situações de proximidade com a mãe (...) o colo, o sorriso o chamar e o choro” (Fuertes & Lopes dos Santos, 2003:43).

A determinação do momento e das condições necessárias para que seja iniciada a relação de vinculação mãe/filho tem gerado alguma controvérsia. Todavia, e de acordo com Klaus e Kennel (1976, citados por Figueiredo, 2003), os estudos iniciais realizados por estes autores indicaram que existia um período crítico, sensível logo após o parto para o estabelecimento desta relação nos primeiros contactos mãe/filho e facilitada pela presença do bebé e pelo sistema hormonal da mãe. Esta ideia foi apoiada e reforçada, mais tarde, por diferentes autores, embora Klaus, Kennell e Klaus (2000, citados por Figueiredo, 2003) viessem a flexibilizar a sua posição inicial face à existência de um período crítico ou sensível. Não obstante, as alterações hormonais registadas logo após o parto podem levar a mulher a uma certa instabilidade emocional e perturbação do humor que contribui para um aumento da reactividade desta aos estímulos e facilita a sua aproximação ao bebé garantindo assim a sua sobrevivência (Figueiredo, 2003).

A criação de laços vinculativos não é automática e o seu fortalecimento é gradual. Como Figueiredo (2003) concluiu, após uma extensa revisão de literatura, que a ligação mãe/filho é mais forte nos meses que se seguem ao parto e é consolidada ao longo do primeiro ano de vida da criança comparativamente ao período correspondente ao pós-parto imediato. Os comportamentos interactivos do recém-nascido (sorrir, seguir visualmente e imitar a mãe) foram descritos por Bowlby (1969, 1976) como incitadores da resposta materna e facilitadores da ligação do bebé à mãe e vice-versa. Nas primeiras horas de vida do bebé, e mais especificamente, nos primeiros 20 a 30

minutos após o nascimento, o recém-nascido passa por um período de alerta calmo que lhe permite olhar directamente nos olhos da mãe e do pai podendo responder ao som das suas vozes. É nesta medida que o incentivo dos profissionais de saúde no contacto precoce mãe/filho/pai neste período é imprescindível. Nos casos em que as competências do recém-nascido são afectadas, designadamente nas situações de prematuridade todo o processo pode ser afectado devido a um menor investimento afectivo materno, razão pela qual outras estratégias deverão ser implementadas como forma de facilitar o processo.

Quando o acesso à figura de vinculação sofre alterações significativas, a criança activa um sentimento de angústia, que vai provocar comportamentos de vinculação que são formas de comunicação que ela desenvolve para se fazer notar, para comunicar e obter retorno reconfortante. A cólera é outro sentimento que se manifesta numa ausência temporal da mãe como forma de protesto. A tristeza predomina quando o indivíduo percebe que a figura de vinculação não está presente apesar de todos os esforços para reatar essa ligação. Esta situação pode originar alterações comportamentais e de afecto que vai levá-la a ter dificuldades em exprimir emoções.

Todos os comportamentos foram forjados pela evolução, à medida que se opera transformações no indivíduo a vinculação sofre alterações significativas. Os comportamentos vinculativos são intensificados quando o indivíduo se encontra perante situações de perigo, mal-estar físico ou psicológico. É através de sorrisos, vocalizações e choros que a criança controla o seu meio ambiente e aprende a interagir com a mãe (Cassidy, 1999 citado por Fuertes e Lopes dos Santos, 2003). “Em tais circunstâncias, a instauração do contacto ou a mera obtenção de proximidade com a figura materna permitirá à criança recuperar um equilíbrio homeostático que se configura, sob o ponto de vista psíquico, pelo predomínio de sentimentos de conforto e segurança.” (Fuertes & Lopes dos Santos, 2003:43).

A criança constrói modelos mentais das relações afectivas que estabelece com os outros. Este modelo, que Bowlby (1954) diz ser um modelo de representação interna, é um modelo dinâmico, pois vai orientá-la no sentido de perceber e comportar-se nas suas relações interpessoais. Ela irá formar uma ideia de si e do outro, sendo que o modelo do outro dar-lhe-á a percepção em relação a terceiros e o modelo de si vai corresponder à imagem que ela tem de si como sendo merecedor ou não de ser amado.

Bowlby (1954) reflecte e interessa-se pelas representações que a criança forma da mãe. Ele defende que a capacidade que ela tem de se recordar ou reconhecer a mãe surge

muito antes da capacidade de reconhecer algo ou alguém, porque o relacionamento com a mãe no ponto de vista afectivo é muito mais significativo, desde que os cuidados por ela despendidos sejam satisfatórios, em oposição a uma mãe menos atenta. Ainda segundo o autor, a depressão no adulto está relacionada com as experiências precoces negativas que originam o luto na infância. Estas, por vezes, accionam processos que permanecem ocultos durante muito tempo, levando o indivíduo a manifestar-se negativamente mediante uma reacção de tensão.

O que ressalta destes estudos é que a vinculação é fundamental, independentemente das condições (sociais, económicas e culturais) e patológicas, qualquer criança que sofra de privação materna vai ter as suas repercussões negativas assim como a sociedade envolvente. Nesta ordem de ideias, é urgente pensar que o bem-estar físico e mental e social de uma comunidade passam por um apoio adequado a estas crianças. “As crianças carenciadas, que vivem nos seios das suas famílias ou em seu redor, são uma fonte de infecção social, tão real e tão perigosos como os germes diftéricos (...) uma acção resoluta pode reduzir consideravelmente o número de crianças carenciadas dentro da nossa geração e impedir o desenvolvimento de adultos susceptíveis de gerar outros”³ (Bowlby, 1954:176).

1.1.1.2- O papel dos pais nas diferentes etapas do desenvolvimento

John Bowlby (1958), nas suas observações do comportamento infantil, verificou que as respostas da vinculação evoluem à medida que a criança ganha novas competências e aumenta o repertório comportamental. Assim, o autor estabelece quatro fases distintas da vinculação, a saber:

- 1.ª Fase – *Orientação e sinais com discriminação limitada da figura* (0-8/12 semanas de idade). Nesta fase, embora o bebé ainda não tenha capacidade para discriminar figuras, tem uma orientação especial para os seres humanos. São exemplos de comportamento de vinculação: sorrir, agarrar, seguir e palrar. Nesta fase é importante a presença contínua de uma figura de vinculação e que as separações possam ser breves.

- 2.ª Fase – *Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas* (3-6 meses). O início da discriminação de figura(s) com quem começa a estabelecer uma relação particular caracteriza esta fase. As figuras de vinculação servem de base segura

³ Tradução livre

para a exploração do meio físico e social. As crianças não só manifestam preferência por determinadas figuras, como revelam medo, cautela ou, inclusive, rejeição clara por outras. O (aumento do) sorrir, agarrar, seguir, palpar são exemplo de comportamentos desenvolvidos nesta fase.

3ª. Fase – *Manutenção de proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e sinais* (6-24 meses). A criança é capaz de discriminar a figura de vinculação para servir de base-segura/ “porto de abrigo” durante as incursões pelo meio, manifesta uma maior reserva perante os estranhos e faz a discriminação de outras pessoas como figuras de vinculação secundárias. Esta fase é caracterizada, essencialmente, pelos seguintes comportamentos: repertório comportamental sofisticado (locomoção) que lhe permite seguir e manter a proximidade com a figura de vinculação.

- 4ª. Fase – *Formação de uma relação recíproca corrigida para objectivos* (a partir 24 meses). Assiste-se à formação de uma relação recíproca onde a criança desenvolve uma vontade própria e compreende as acções do outro. A flexibilidade é incorporada permitindo-lhe negociar e ajustar o seu comportamento de modo a influenciar o comportamento da mãe. O desenvolvimento da linguagem e da sua capacidade de pensar em função do tempo e do espaço aumenta as suas capacidades cognitivas e permite-lhe suportar o afastamento da figura de vinculação (condição essencial ao desenvolvimento da autonomia) (Bowlby, 1969/1984 citado por Fuertes, 1998).

Por seu lado, os pais devem acompanhar essa evolução do comportamento infantil com novas respostas e mais adaptadas. Assim, Crittenden (2003) propõem um guião desenvolvimental para as interacções dos pais com os filhos nos primeiros 24 meses que garantam a qualidade da prestação materna:

- *Sincronia fisiológica e a capacidade do adulto em confortar o bebé nos primeiros 2 a 3 meses de vida* – a função do adulto é manter a criança alerta e calma de forma a que os períodos de interacção sejam mais longos. Deve fazê-lo pegando-lhe ao colo de modo confortável (dando apoio às costas e pescoço) mantendo-o alerta e calmo e numa posição em que possa visualizar o rosto do adulto. O adulto deve exibir um tom de voz e um toque gentis, agradáveis e variados. As acções e o ritmo do adulto devem ser ajustados aos movimentos do bebé, aumentando, diminuindo ou mantendo um nível moderado dentro do estado de alerta;

- *Reciprocidade e partilha de prazer entre os 3 e os 9 meses* – a tarefa do adulto é ajudar o bebé a participar e a perceber em sequências comportamentais diádicas. Através do

contacto ocular o adulto vai dar indicação ao bebé das etapas (início, meio e fim) da interacção fazendo pausas e determinando a sequência da mesma. Esta actividade deve ser repetida até que a criança seja capaz de perceber e prever o comportamento do adulto. Ao longo da interacção regista-se a partilha de afecto positivo. À medida que a criança vai sendo capaz de acompanhar as actividades deve ser aumentado o grau de dificuldade das sequências proporcionando variedade de forma a manter o seu interesse na actividade;

- *Partilha de prazer com sequências padronizadas entre os 9 e os 15 meses* – por volta dos 9 meses a criança começa a aprender a utilizar uma comunicação recíproca apesar de rudimentar. Manter a atenção conjunta é uma das funções do adulto, uma vez que, através de uma relação diádica, é possível partilhar a atenção sobre uma actividade ou objecto e estabelecer comentários acerca dessa matéria;

- *Jogo baseado no objecto e na negociação não verbal entre os 15 e os 24 meses* – sendo esta fase caracterizada pela capacidade exploratória da criança sem, contudo, prever os riscos do seu comportamento, o adulto exerce agora o seu papel no sentido de "ensinar" a criança a proteger-se dos perigos sem a assustar ou a inibir de explorar. Ajudar a criança a regular as suas emoções através da negociação, equilibrando os desejos de ambos favorecendo o comportamento positivo, uma vez que, a criança tende a usar o afecto negativo para conseguir alcançar os seus objectivos;

- *A linguagem na mediação do jogo, a comunicação recíproca e a negociação para estabelecer planos em conjunto e para lidarem com as diferenças de interesses entre ambos (a partir dos dois anos)* – os processos de negociação passam a ser mediados pela linguagem verbal. A criança adquire novas competências mentais (linguagem e capacidade para, em conjunto com os outros, gerar planos). O uso do pensamento representativo e da linguagem são um marco nesta etapa do desenvolvimento. As negociações verbais são fundamentais no estabelecimento das relações interpessoais.

Em situações de jogo ou de stress, as respostas do adulto influenciam a organização afectiva e cognitiva da criança. Sendo assim, as dimensões do comportamento interactivo do adulto influenciam significativamente e moldam as diferentes estratégias de vinculação.

1.1.1.3- Padrões e qualidade da vinculação

Na década de 60, Mary Ainsworth foi uma das pioneiras no estudo da vinculação. Nas suas observações no Uganda, verificou que as crianças não eram todas iguais

quando se tratava de estabelecer um vínculo às mães, já que algumas crianças recorriam às mães em situações de aflição para obter conforto e protecção enquanto outras pareciam estar demasiado perturbadas para o fazer. Estas observações levaram-na a concluir que a mãe terá um papel de retaguarda e segurança para a criança, assumindo-se como uma base segura. A base segura é a firmeza, confiança, protecção que a figura materna transmite ao seu filho, seja qual for a sua idade – vão explorar tudo o que as rodeia e regressar, sempre que o meio represente perigo, para o que lhes representa segurança; “(...) a figura de vinculação constituirá uma base segura a partir do qual o filho pode explorar sem receio o ambiente à sua volta. A criança confiará, então na aceitação, disponibilidade e acessibilidade do adulto (...) a criança fica, então, emocionalmente liberta para olhar em redor, deambular, interessar-se pelos objectos, explorá-los e até aprender” (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, citados por Fuertes & Lopes dos Santos, 2003:55).

Para validar as suas observações naturalistas, Ainsworth e a sua equipa imaginaram uma situação experimental que denominaram de *Situação Estranha*. As experiências realizadas permitiram identificar três padrões de vinculação: A (inseguro-evitante), B (seguro), e C (inseguro-resistente/ambivalente).

As crianças designadas do tipo A ou *Inseguras-Evitantes* exibem comportamentos de evitamento face à figura materna, especialmente nos episódios de reunião, ignorando-a ou afastando-se dela. Estas crianças não mostram resistência ao contacto físico com a mãe ou protesto na sua ausência. O estranho é tratado de forma semelhante à mãe, podendo até manifestar maior proximidade com este.

Na vinculação *Segura* (tipo B), a criança manifesta uma activa procura da proximidade e interacção com a figura materna. Sobretudo nos episódios de reunião, quando consegue o contacto, procura mantê-lo, não apresenta resistência ao contacto ou à interacção e, mesmo quando a mãe se ausenta, poderá ou não protestar aceitando um pouco o conforto do estranho.

Por fim, as crianças pertencentes ao tipo C ou *Insegura- Ambivalente/Resistente*, apresentam comportamentos antagónicos de resistência activa ao contacto com a mãe, nomeadamente na última reunião com a mãe (episódio oito da *Situação Estranha*) e procura de proximidade e contacto. Verifica-se uma inibição na exploração do meio à medida que procura o contacto com a mãe. A criança ainda pode revelar comportamentos de irritação ou passividade perante a situação (Soares, 1996 e Fuertes,

2005).

Se a criança necessita de uma base segura, o passo seguinte para Ainsworth e sua equipa, era verificar se todas as mães conseguiam desempenhar esse papel. Num exaustivo trabalho de observações domiciliárias em 23 díades mãe-filho verificou que apenas algumas conseguiam ser sensíveis às necessidades dos filhos. Ainsworth *et al.*, (1978) pretendiam identificar o comportamento materno através da utilização de quatro escalas que possibilitavam caracterizar a actividade interactiva das mães. As escalas avaliavam a sensibilidade, aceitação, cooperação e acessibilidade materna (Ainsworth *et al.*, 1974, citada por Fuertes, 2005). No **Quadro 1** passamos a definir sumariamente cada uma das escalas.

Quadro 1 – Dimensões interactivas do comportamento materno

Dimensões	Definições
Sensibilidade	Através da sensibilidade o adulto é capaz de: Tomar consciência dos sinais emitidos pela criança; Interpretá-los correctamente; Adequar as respostas dadas de acordo com o nível de desenvolvimento e estado emocional do sujeito; Responder de forma imediata.
Aceitação	A mãe é capaz de assumir as suas responsabilidades e limitações não manifestando ressentimentos ou irritabilidade para com o bebé.
Cooperação	Através da cooperação a mãe tem consciência de que o bebé é um ser independente e distinto dela e respeita-o na sua individualidade e autonomia.
Acessibilidade	A mãe está atenta aos sinais e comunicação do bebé e estes são prioritários relativamente a outras solicitações. Ela está acessível tanto física como psicologicamente.

Adaptado de Fuertes (2005).

Através deste estudo, Ainsworth e seus colaboradores concluíram que, de uma forma geral, existia uma relação estreita entre as características do comportamento das mães e o tipo de vinculação identificado nos seus filhos. De facto, os autores encontraram diferenças significativas no padrão de vinculação identificado nas crianças que participaram no estudo, em função do comportamento e interacção materna durante o

primeiro trimestre de vida. As crianças cujas mães eram mais rápidas a responder ao choro dos filhos, demonstravam maior afectividade e eram mais ternas e cuidadosas quando lhes pegavam ao colo, evidenciavam maior facilidade no contacto físico e revelavam maior contingência na resposta diádica, foram enquadradas na tipologia do tipo *seguro*. Porém, os autores também verificaram que existiam bebés do tipo *inseguro* mas que se diferenciavam em dois grupos distintos: inseguros evitantes e inseguros ambivalentes/resistentes. As mães dos bebés inseguros evitantes demonstravam mais rejeição e os sentimentos positivos para com os filhos estavam imersos pela raiva e a irritação (Ainsworth *et al.*, 1974, citados por Fuertes, 2005). O comportamento de evitamento por parte do bebé poderá decorrer, na opinião de Isabella (1993), devido, por um lado, à rejeição e, por outro lado, à sobrestimulação maternas. No primeiro caso, a criança utiliza o evitamento para conseguir o seu equilíbrio interno, uma vez que fica perante um conflito gerado pela incompatibilidade entre o desejo de proximidade com a mãe e a antecipação de uma resposta rejeitante. No segundo caso, há igualmente um conflito interno nascido da vontade de se aproximar da mãe mas recear que os seus comportamentos a submirjam ou a confundam, por esse facto, a estratégia utilizada é o evitamento como forma de lhe conferir protecção.

As mães das crianças inseguras ambivalentes/resistentes não eram rejeitantes mas revelavam inconsistência nas suas reacções (Ainsworth *et al.*, 1974, citados por Fuertes, 2005). Perante este comportamento materno, Isabella (1993) refere que as crianças utilizam uma estratégia ambivalente, resultante do desenvolvimento de uma representação da figura de vinculação que corresponde a uma pessoa indisponível ou imprevisível.

Ainsworth pode constatar que existia uma pequena percentagem de crianças que não se enquadravam na tipologia A, B ou C estabelecida anteriormente. Estudos realizados posteriormente apontaram para a existência de quadros atípicos, para os quais Main e Solomon (1986, 1990a e 1990b, citadas por e Kennedy & Kennedy, 2004 e Fuertes, 2005) atribuíram um quarto padrão a que designaram D (*desorganizado/desorientado*). Este padrão descrevia o comportamento das crianças como sendo incongruente com o contexto interactivo imediato, não existindo uma estratégia coerente de vinculação. Estas crianças manifestavam medo e confusão perante a figura materna, comportamentos e respostas contraditórios e/ou sem nexo, posturas anómalas, congelamento, entre outros. Porém, esta última tipologia vai ser contestada por outros autores, nomeadamente

Patrícia Crittenden. Esta autora, em 1995, concebe o modelo de Maturação Dinâmica⁴ que resulta de uma tentativa de conciliação dos princípios da Psicologia Evolucionária com a Teoria da Vinculação. Crittenden (1999), ao contrário de Main *et al.* (*op.cit.*), acredita que a pressão selectiva leva à organização do comportamento porque de outra forma não teria sido possível a sobrevivência e preservação da espécie. Onde Main vê desorganização, Crittenden vê organização. A tipologia D (desorganizados/desorientados), atribuída por Main às crianças que apresentavam comportamentos atípicos, para Crittenden (1999) este tipo de comportamento reflecte organização. Para a autora são considerados uma mais valia por serem de facto contingentes com a resposta do adulto, funcionando assim como uma estratégia que permite manter a proximidade do adulto (assegurando a protecção) e, ao mesmo tempo, evitar, por exemplo, ser vítima de maus-tratos por parte deste através da resistência e evitamento (Fuentes, 2005).

Como temos vindo a observar, os resultados da investigação desenvolvida na área da vinculação sugerem que a prestação materna tem implicações na qualidade da vinculação. Não obstante, também foi possível comprovar que a qualidade da vinculação não depende apenas da prestação materna. Factores sociais, familiares e o próprio temperamento da criança poderão ter um papel determinante em todo o processo. Além da sensibilidade e responsividade materna, existem outras dimensões da relação diádica que contribuem para o fortalecimento e desenvolvimento da vinculação segura, a saber: a *Mutualidade* (interacção mãe/filho que tem subjacente objectivos e fins comuns), a *Sincronia* (grau de reciprocidade e gratificação mútua verificada nas transacções diádicas), o *Apoio* (atenção e suporte dispensados pela figura materna face às necessidades da criança), *Atitude Positiva* (afecto positivo demonstrado pela mãe) e a *Estimulação* (acções dirigidas à criança). (Wolff e van Ijzendoorn, 1997 citados por Fuentes, 2005; Kennedy & Kennedy, 2004 e Lohaus, A., Keller, H., Ball, J., Voelker, S. & Elben, C., 2004).

⁴ O modelo de Maturação Dinâmica atende às mudanças desenvolvimentais e vivências da criança. Crittenden recorre a diferentes disciplinas e aos trabalhos da Sameroff (perspectiva transaccional) e Bronfenbrenner (teoria ecológica) para explicar o comportamento humano. Através deste modelo a teoria da vinculação adquire uma linha *life-span*, segundo a qual as mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida de um indivíduo, os diferentes contextos por onde passa vão permitir-lhe transformar a estimulação sensorial (estímulo) em processamento de informação e comportamento (resposta).

1.1.2- Adaptação à parentalidade

A capacidade de adaptação tem acompanhado, desde sempre, o processo evolutivo do Homem. Podemos mesmo considerar que foi graças a ela que o Homem foi capaz de se reproduzir, preservar a espécie e evoluir, daí que a adaptação não possa ser vista apenas como resposta à doença. Contudo, a capacidade de resposta e adaptação individual face à mudança poderão colocar em risco a sua saúde, equilíbrio e bem-estar porque para que a adaptação ocorra é necessário o desenvolvimento de respostas adaptativas que impliquem promoção e orientação com vista a um objectivo previamente delineado.

A adaptação à parentalidade é considerada um processo de transição na vida das famílias e, como já foi referido, muitas das perturbações comportamentais, sociais e emocionais que afectam a saúde dos indivíduos podem, em muitos casos, resultar de dificuldades ocorridas na infância, nomeadamente, a nível da qualidade da interacção mãe/filho e dos laços vinculativos estabelecidos. Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *International Council of Nurses* (ICN) faz, não só, referência à parentalidade como foco de atenção para a prática de cuidados, como também à própria adaptação a este processo. De facto, e no âmbito deste documento, a - Adaptação à parentalidade- é descrita como sendo uma “Acção de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (ICNP, 2006:43), sendo assumida também enquanto foco⁵.

Na realidade, a aprendizagem do exercício da parentalidade parece acontecer após o nascimento do filho. Até esse momento, vai sendo construído um mundo de fantasias, expectativas e desejos. Nas palavras de Relvas (2000:80-81), “até ao nascimento da primeira criança tudo se joga ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa...Sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família”. A preparação para o novo papel é edificada, segundo esta autora, durante a infância através das brincadeiras com bonecas e das representações encenadas enquanto crianças sobre os pais e as mães e com a própria experiência vivida com as próprias figuras parentais através da observação do modelo

⁵ Segundo a CIPE o foco consiste na “Área de atenção relevante para a enfermagem”, (ICNP, 2006:33).

parental. Posteriormente, é possível imaginar o bebé que se vai ter e o modo de relacionamento com ele. Ao longo da gravidez, este processo imaginativo é acelerado e, através das novas tecnologias para controlo da gravidez e evolução fetal (ecografia), torna-se possível antecipar e confirmar a imagem criada. Contudo, é no momento do nascimento, através do confronto com o bebé real que os pais se apercebem do seu novo papel e se deparam com um bebé que, na maioria dos casos, não corresponde ao filho imaginado. A partir desse momento, impõe-se um processo de adaptação com todas as implicações que daí possam advir.

Manter a promoção da saúde familiar é crucial para reduzir o stress da família durante as transições críticas e demarcar novos estádios da família (Roth, 1996). Esta autora refere que a parentalidade é considerada, entre outras, como uma transição *major* da família e que as transições críticas na família são potencialmente percebidas com uma crise na mesma porque a mudança num dos seus membros pode afectar a qualidade da saúde dos restantes.

As experiências de transição para a parentalidade são individuais a cada pai, de acordo com o grau de mudança que este acontecimento trará à sua vida. Contudo, uma transição implica forçosamente a aprendizagem de novos papéis e relacionamentos (Cowan & Cowan, 1995 citado por Knauth, 2001) com vista ao desenvolvimento de uma capacidade de resposta e desempenho de um novo papel (Nyström & Öhrling, 2004). A aprendizagem de novas competências pode, na opinião de Warren (2005), gerar ansiedade aos pais e afectar o seu desempenho.

A adaptação à parentalidade é um processo em que estão envolvidos pai e mãe. Porém, e apesar de começarem a surgir alguns resultados da investigação sobre a perspectiva paterna, na realidade tem sido privilegiada a vivência da mulher neste processo. Num estudo de meta-análise relativo à transição para a maternidade realizado por Nelson (2003), este autor constatou que durante esta transição emergiram dois processos sociais: o compromisso (processo social básico) e o crescimento e transformação (processo social secundário). Assim, apenas quando surge um compromisso com a maternidade, em que a mãe vivencia a presença da criança e se envolve de modo activo nos cuidados que lhe são prestados, ela é capaz de se disponibilizar e aceitar a oportunidade de crescer e transformar-se. O aparecimento do segundo processo depende, na realidade, da realização do anterior. Deste estudo surgiram ainda cinco categorias temáticas representativas de ruptura durante a transição:

- os compromissos (decidir ser mãe, estabelecer um laço vincutivo mãe/filho e aceitar as responsabilidades de ser mãe);
- o dia-a-dia (aprendizagem da maternidade utilizando os modelos de papel maternal);
- os relacionamentos (adaptação às mudanças no relacionamento com o companheiro, família e amigos);
- o trabalho (decisão de continuar a trabalhar, voltar ao trabalho, lidar com o conflito/procura de equilíbrio) e, por fim;
- o *self* (enfrentar o passado, encarar-se a si própria, começar a sentir-se “mãe”).

Os resultados de uma síntese de estudos qualitativos realizada por Mercer e Walker (2006) vão de encontro às conclusões de Nelson (2003), as autoras acrescentam ainda que quando a mãe é capaz de se ajustar e incorporar a nova identidade maternal ela sente-se auto-confiante e competente na sua maternidade e expressa amor e prazer durante a interacção com o filho.

Como foi anteriormente referido, o conhecimento acerca do modo como o homem vive a transição para a paternidade ainda tem algum caminho a percorrer, uma vez que tem merecido menos atenção por parte da investigação. Não obstante, os resultados dos estudos realizados permitem-nos verificar que este processo de transição, tal como na mulher, afecta o homem e pode gerar diferentes níveis de stress. Nesta ordem de ideias, Buist, Morse e Durkin (2003) concluíram, através de um estudo longitudinal realizado com pais pela primeira vez, que estes atingiram o pico máximo de stress no período correspondente ao terceiro trimestre da gravidez, evidenciando-se uma representação maciça dos pais mais jovens, que estavam a trabalhar em *part-time*, nos casos em que a gravidez não havia sido planeada e cuja duração do relacionamento era mais curta. A satisfação marital também baixou e estava associada ao stress e à realização do papel de género no período anterior ao parto. A vinculação ao filho também foi afectada pelo grau de stress. Assim, os autores concluíram que a adaptação à parentalidade pode ter resultados psicológicos no homem, entre os quais se destacam: ansiedades mal resolvidas relacionadas com a sua maturidade sexual e desenvolvimento, conflito de papel, encargos financeiros e expectativas sociais. Contudo, neste estudo, a maioria dos homens pareceu lidar bem com a transição para a parentalidade. A ansiedade apresentada foi mais acentuada durante a gravidez e diminuiu com o passar do tempo.

Uma construção precoce da transição para a parentalidade, no masculino, parece ser

um meio de prevenir algumas dificuldades associadas a este processo de adaptação. Deste modo, Draper (2002) propõe o envolvimento do pai e a participação em diferentes actividades centradas na confirmação da gravidez da companheira (por exemplo: anúncio da gravidez, ecografias obstétricas, movimentos fetais) culminando com a presença no trabalho de parto e parto.

As mudanças decorrentes da incorporação de um novo membro na família exigem maturidade intelectual e psicológica dos pais que implica redistribuição de papéis conjugais, crise afectiva (a mãe pode centralizar a sua atenção no filho menosprezando o marido) e o pai sentir-se marginalizado e incapaz de saber com relacionar-se com a esposa e o filho. De facto, a transição para a parentalidade faz-se acompanhar de grandes transformações e desafios e pode, em muitos casos, estar associada a um processo difícil que envolve o desenvolvimento de novas competências cognitivas, motoras e sociais (Tomlinson, 1987 citado por Hudson, Elek & Fleck, 2001). Esta ideia de dificuldade é reforçada por LeMasters (1957), Dyer (1963), Hobbs e Cole (1976), Entwisle e Doering (1981, citados por Roth, 1996) e Lopes e Fernandes (2005), ao defenderem que a inclusão de uma criança numa família pode originar uma crise pelas mudanças daí resultantes.

Nesta linha de pensamento, Lopes e Fernandes (2005) acrescentam que a crise pode ser do tipo: situacional (significa perda de um objecto ou posição importante e pode gerar ansiedade e depressão) e maturacional (resulta do crescimento e desenvolvimento, evoluem com o tempo e envolvem mudanças de papel e estatuto). Para que esta crise seja bem sucedida e facilmente ultrapassada, existe uma necessidade de ajuste, reorganização, consolidação, adaptação e estabelecimento de novos padrões de comportamento. De facto, se nos focarmos nas implicações que advêm do papel maternal que será desempenhado pela mulher após o nascimento de um filho, constatamos que esta estará sujeita a uma reestruturação de todo o contexto relacional da família (cônjuge, família alargada e principalmente na construção da relação com o filho). Uma forma de resolver esta crise e satisfazer essas necessidades será através de uma rede de suporte que inclui: a família, os amigos e as pessoas significativas. A este propósito, Afonso (2000) refere que o suporte pode basear-se na abordagem de temáticas relacionadas com a parentalidade e também na troca de experiências sobre o desempenho do papel parental. Deste modo, é possível ajudar os cônjuges a consciencializar e a clarificar os seus papéis, a assumir as suas funções com maior segurança e a aceitar e valorizar a diferença e a complementaridade desses papéis.

O contributo do suporte social como meio de facilitar a adaptação à

maternidade/paternidade foi também reconhecido por Belsky (1984), bem como por Goldstein, Diener e Mangelsdorf (1996). Através de uma pesquisa mais específica relativamente à importância do suporte social durante a adaptação à parentalidade, Warren (2005) verificou que este corresponde a uma estrutura social que compreende o apoio formal (profissionais) e informal (família/amigos). O suporte social inclui quatro elementos funcionais de apoio, designadamente: instrumental, informativo, emocional e apreciação. Através dos resultados, o autor pôde constatar que o suporte de apreciação e o suporte informativo estão relacionados com a confiança face aos cuidados a prestar à criança e que os enfermeiros de saúde pública foram referidos como os profissionais que mais forneceram este tipo de apoio.

A adaptação à parentalidade é descrita por Roth (1996) como sendo uma transição crítica que é gerada pelo impacto de *stressores* simultâneos e mudanças no papel complexo da família (Merderer & Hill, 1983, citados por Roth, 1996). De entre os diferentes *stressores* identificados durante a vivência da parentalidade pela primeira vez, e que contribuem para uma transição crítica, é o facto de ocorrer a entrada de uma criança como novo membro da família e a passagem de uma díade para uma tríade. São também activados os papéis parentais de mãe e pai, resultando numa mudança de estatuto *major*. Para algumas famílias, o afastamento temporário ou permanente da mulher do mundo do trabalho para cuidar dos filhos pode ser considerada uma mudança de estatuto *major*. Por vezes, pode ser necessário realizar algumas mudanças na casa de forma a acomodar satisfatoriamente todos os elementos da família. As relações de afinidade podem ser reactivadas, surgindo uma maior aproximação e interacção com os avós, tios, tias e outros elementos da família extensa. Estes eventos estruturais ou mudanças no papel complexo da família a acontecerem em simultâneo originam uma reorganização *major* da família, ou uma transição crítica (Roth, 1996).

Nesta linha de pensamento, Ramos *et al.* (2005) referem que, como momento de transição, esta época do ciclo de vida pode não ser apenas uma oportunidade de desenvolvimento mas também representar risco acrescido de perturbação, quer para os pais quer para o filho, dadas as implicações que comporta a nível da competência parental. Os autores destacam, essencialmente, as mudanças emocionais e funcionais (por exemplo: redistribuição das tarefas domésticas e percepção da relação conjugal) que derivam desta transição e originam diferentes níveis de stress. A este propósito, Afonso (2000) considera que a equidade no envolvimento nos cuidados influencia decisivamente a adaptação à parentalidade. Assim, a distribuição de tarefas poderá contribuir para a diminuição das tensões entre o casal porque facilita o apoio mútuo, a partilha de receios,

dificuldades e momentos gratificantes.

Após um estudo de revisão da literatura empreendido por Nyström e Öhrling (2004) acerca das experiências dos pais relativamente à parentalidade durante o primeiro ano de vida do filho, os autores constataram que esta experiência foi encarada como um acontecimento opressivo para ambos, embora as preocupações manifestadas pela mãe e pelo pai nem sempre coincidissem. De acordo com os resultados deste estudo, os autores verificaram que as preocupações maternas estão essencialmente associadas a: confiança e satisfação com o papel, serem a principal pessoa responsável pela criança, não terem tempo para elas próprias e, por último, sentirem-se cansadas devido à prestação de cuidados ao filho. É de salientar o impacto que ser o principal responsável pela criança provoca nas mães, uma vez que este revelou ser a causa de sentimentos de ambivalência, culpa, exaustão, ressentimento e raiva, insuficiência e perda de poder. Quanto às preocupações paternas, segundo este estudo, os pais referiram sentir dificuldades relacionadas com: o cumprimento das novas obrigações, a aproximação ao filho, o desempenho do papel de protector e sustento da família e a confiança e segurança perante o desempenho do papel de pai e companheiro.

O nível de escolaridade dos pais surge como um factor importante na adaptação paterna à parentalidade. De acordo com os resultados de um estudo empreendido por Ramos *et al.* (2005), os níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma adaptação mais desajustada e mais negativa quando comparados com níveis de escolaridade mais baixos. Os pais cujo nível de escolaridade era mais elevado mostraram-se menos felizes, mais tristes e ansiosos do que os pais com níveis mais baixos de escolaridade. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Cooney, Pederson, Indelicato e Palkovitz (1993, citados por Ramos *et al.*, 2005), em que as autoras colocam a hipótese deste facto estar relacionado com a ambivalência vivida entre o envolvimento paternal e o envolvimento profissional.

Existem ainda outros factores que influenciam a experiência da maternidade e o exercício da parentalidade; são eles; o cansaço, a fadiga e a interrupção do sono (Gjerdingen & Chaloner, 1994 citados por Warren, 2005), as tarefas relacionadas com os cuidados ao bebé, nomeadamente, a alimentação, o sono, o banho, a mudança da fralda, entre outros (Kapp, 1998 citado por Warren, 2005) e a preocupação com a saúde e bem-estar do filho (Bennett, 1981 citado por Warren, 2005).

O processo de adaptação à parentalidade pode ser influenciado pelas condições pessoais, crenças e atitudes culturais, estatuto sócio-económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais (Meleis *et al.*, 2000). Ao analisar mais detalhadamente

os factores que podem interferir na realização do papel maternal e, conseqüentemente, no processo de parentalidade, Mercer (1981 e 1986, citada por Mercer, 2004) e Canavarro (2001) consideram como variáveis maternas:

- a idade;
- a percepção da experiência do parto;
- a separação precoce mãe/filho;
- a auto-estima;
- a flexibilidade;
- as posturas na educação da criança;
- a ansiedade;
- a depressão;
- a satisfação;
- a ligação;
- a tensão do papel;
- a personalidade (exemplo: temperamento, empatia e rigidez) ;
- o auto-conceito;
- a atitude face à infância;
- o estatuto de saúde;
- a percepção acerca da criança;
- o stress.

Segundo estas autoras, a criança, a família e a sociedade também podem contribuir decisivamente neste processo. As variáveis relativas à criança são:

- o temperamento;

- a aparência;
- a responsividade;
- o estatuto de saúde.

Continuando a citar as autoras, o modo como funciona a família e a relação mãe-pai influenciam a consecução do papel, assim como, o apoio social. A sociedade pode fornecer apoio em quatro áreas distintas:

- o apoio emocional;
- o apoio informativo;
- o apoio físico;
- o apoio de apreciação.

O processo de preparação para a parentalidade e, mais especificamente, para a mulher tornar-se mãe evolui de forma progressiva e tem vindo a ser analisado por diferentes autores. Mercer (2004) refere que a preparação para a maternidade começa a partir do momento em que a mulher planeia e começa a tentar engravidar, quando a gravidez é confirmada e quando decide mantê-la. A autora acrescenta que a preparação é um processo contínuo e mútuo que envolve um compromisso com a maternidade e que se manifesta pelo cuidado com ela tem consigo própria e com o filho. As estratégias utilizadas para iniciar este processo incluem:

- estar pronta;
- lidar com a realidade (começa durante a gravidez e estende-se até ao período pós-parto);
- ajustar-se à realidade (inicia-se no nascimento e prolonga-se até ao momento em que a mulher se sente confortável e confiante na prestação de cuidados ao filho sendo capaz de tomar decisões relativamente ao mesmo. Este período fica completo cerca de quatro meses após o nascimento);
- sonhar com essa realidade (a mulher sonha com o passado reportando-se à própria infância, vive a experiência do presente e visiona o futuro);

Estas conclusões vão também de encontro àquelas descritas por Rubin (1984 e Sawyer, 1999, citados por Mercer, 2004) que consideram estas estratégias um meio para a

concretização da identidade maternal.

O *coping* desempenha um papel expressivo em todo o processo de adaptação, uma vez que, segundo a CIPE corresponde a uma: “atitude com as características específicas: Disposição para gerir o *stress* que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva: acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (ICNP, 2006:80). Sendo assim, diversos autores têm desenvolvido alguns estudos relativos ao *coping* durante a adaptação à parentalidade, nomeadamente Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a) que descrevem como factores facilitadores do *coping*: o nível educacional dos pais, o estado de saúde da mãe, a experiência da mãe, a auto-confiança materna, o estado mental, a experiência da maternidade e o apoio social. De acordo com um estudo realizado com mães de bebés com 8 meses, Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000b) constataram que o sucesso no *coping* face aos cuidados a prestar à criança estava associado a diversos factores, entre os quais se destacam: a competência materna, a vinculação estabelecida com o filho, o relacionamento com o companheiro/marido, o apoio nas decisões dispensado pela enfermeira de Saúde Pública/Comunitária e, por último, a amamentação.

A relação marital tem vindo a ser estudada em diferentes perspectivas por muitos autores que desenvolveram trabalho de pesquisa relacionada com a parentalidade. A influência da relação marital na adaptação à parentalidade e modo como é afectada pela transição foi abordada por diferentes autores, nomeadamente, Bradt (1995), Roth (1996), Tarkka, Paunonen e Laippala (2000a), Afonso (2000), Knauth, (2001), Ahlborg e Strandmark (2001), Draper (2002), Buist, Morse, e Durkin (2003), Häggman-Laitila (2003), Ramos *et al.* (2005), Lopes e Fernandes (2005), Alonso de Bem e Wagner (2006), Gage e Bullock (2006) e Mendes (2007). Estes autores são unânimes relativamente à ideia de que a qualidade da relação marital irá exercer influência na adaptação à parentalidade. A satisfação e a facilidade com que o casal construiu a relação mútua, se conheceu e aceitou o modo de ser de cada um são determinantes no sucesso desta transição.

A propósito da satisfação marital, Knauth (2001) acrescenta que modo como funciona o casamento no momento da transição vai influenciar a relação entre os membros da família e o funcionamento futuro da família. Existe uma inter-relação entre a relação marital e o relacionamento dos pais com os filhos (Herning & Miller, 1991; Gable, Belsky & Crnic, 1992 e Cowan & Cowan, 1995 citados por Knauth, 2001). Contudo, há uma grande

probabilidade da relação marital vir a apresentar algumas alterações, nomeadamente, o surgimento de conflitos e diminuição da satisfação marital durante o período de adaptação à parentalidade. Os homens e as mulheres referem um declínio significativo na satisfação marital (Whitbourne, 1986 citado por Roth, 1996; Cowan & Cowan, 1995 e Knauth, 2000 citados por Knauth, 2001), uma diminuição das interações positivas e dos sentimentos de amor pelo esposo (Belsky e Pensky, 1988 e Tomlinson, 1987, citados por Knauth, 2001) e um aumento nos conflitos (Belsky, Lang & Rovine, 1985; Cowan *et al.*, 1985, citados por Knauth, 2001).

Estes aspectos são complementados pelos resultados de uma extensa revisão da literatura desenvolvida por Ahlborg e Strandmark (2001). Os autores constataram que a maior causa de conflito marital durante a adaptação à parentalidade estava relacionada com a divisão de tarefas, em que, quando os homens e as mulheres se tornavam pais, passavam a dispor de menos tempo para realizar actividades de lazer em conjunto e as mulheres revelavam uma diminuição na satisfação com o casamento e para com o marido e só recuperavam o desejo sexual 6 meses após o parto. A pesquisa realizada por Whitbourne (1986, citado por Roth, 1996), relativamente à satisfação marital ao longo do ciclo de vida da família, levaram-no a afirmar que existia um decréscimo na satisfação marital no período correspondente à presença de crianças no lar.

A presença de aspectos negativos na parentalidade pode ser explicada por diferentes factores, entre eles:

- stress do dia-a-dia (fadiga, ruído, confusão em casa) ;
- acréscimo de trabalho doméstico;
- sobrecarga financeira adicional;
- perda do controlo sobre todas as rotinas.

Os estudos levados a cabo por Rollins (1989, citado por Roth, 1996) indicam ainda como factores desfavoráveis à satisfação marital a diminuição do companheirismo relacionada com o maior envolvimento nos cuidados à criança. O autor refere também que o desacordo face às práticas de cuidado relativamente à infância, as preocupações relacionadas com as competências parentais e o bem-estar da criança podem igualmente interferir na satisfação marital. Quando o casal trabalha fora de casa, o regresso ao trabalho pode representar uma preocupação para os pais uma vez que eles não vão ser capazes, por eles próprios, de satisfazer as necessidades do filho. Deste modo, os pais

terão de se ajustar emocionalmente a um novo plano deixando o filho ao cuidado de outrem.

O desenvolvimento da intimidade no casal é considerado um factor preponderante na capacidade de enfrentar com sucesso os desafios resultantes da paternidade, mas a presença de uma criança pode condicionar a privacidade e o tempo para que o casal tenha intimidade sexual. O marido pode interpretar a aparente falta de interesse da mulher como sinal de rejeição (Bradt, 1995). Os efeitos negativos que afectam directamente a expressão da intimidade no casal surgem, segundo Roth (1996), devido ao decréscimo na comunicação, à tensão associada ao desempenho do novo papel, à interferência com o relacionamento sexual e à segregação dos maridos e esposas baseada nas esferas de actividade tradicionais.

Nos casais que apresentam um vínculo basicamente fusional e não de intimidade, quando nasce um filho, o seu relacionamento pode ficar em risco devido à maior proximidade do bebé a um dos elementos do casal e o consequente afastamento do outro (Bowen, 1966 citado por Bradt, 1995). A qualidade conjugal pode diminuir tanto no período anterior como no período posterior ao nascimento do primeiro filho, sendo que esta conclusão resulta de diferentes estudos realizados por Belsky e colaboradores em 1985. Contudo, e segundo estes mesmos autores, quando os casais experienciam mais satisfação conjugal antes do nascimento do filho, essa satisfação continua com a chegada do mesmo apesar das oportunidades de diálogo em privado e intimidade reduzirem (Bradt, 1995).

No entanto, este declínio na satisfação marital relacionada com a parentalidade não pode ser considerado universal, uma vez que Belsky e Rovine (1990, citados por Roth, 1996), após investigação desenvolvida nesta área, verificaram que, embora alguns casais tenham referido um decréscimo, outros mencionaram que se manteve ou aumentou ainda a satisfação com os seus casamentos. Estes autores identificaram vários factores que contribuem para o aumento da satisfação marital durante a parentalidade, designadamente:

- a partilha das experiências do nascimento (podem ser vistas por muitos casais como sendo as situações mais significativas das suas vidas);
- uma espécie de partilha e sentimento de orgulho mútuo pelo que criaram;
- as crianças podem criar laços mais fortes entre o casal e solidificar o casamento (Morgan, Lye & Condran, 1988, citados por Roth, 1996).

Os casais partilham ainda experiências agradáveis durante a interacção com o filho ao longo das diferentes fases de desenvolvimento. Outros factores positivos podem ser a possibilidade de:

- alterar alguns comportamentos e actividades que tradicionalmente são atribuídos a um sexo ou a outro;
- satisfazer necessidades pessoais e, através da satisfação no papel parental, potenciar o aumento da performance noutras áreas;
- beneficiar o relacionamento marital;
- crescimento pessoal e mútuo que contribuirá para a resolução de problemas relacionados com a criança;
- igualar o desequilíbrio de poder que por vezes pode ocorrer;
- reforçar o compromisso um com o outro, fortalecendo os laços de intimidade (Whitbourne, 1986, citado por Roth, 1996).

Como forma de facilitar a adaptação à parentalidade, Deutsch, Ruble, Fleming, Brooksgunn e Stangor (1988, Mercer, 1995, citados por Mercer, 2004) propõem diferentes estratégias que poderão facilitar a transição; entre elas: o reconhecimento da permanente necessidade de mudança, a aquisição de modelos para uma nova normalização, a obtenção de informação para a construção de um novo *self* e, por fim, a testagem das próprias competências no desempenho do novo papel. A solidariedade mútua com a/o companheira/o, a partilha de preocupações e o apoio de outros foram considerados, por Nyström e Öhrling (2004), como elementos potenciadores da satisfação e confiança dos novos pais e, conseqüentemente, facilitadores da transição.

Tendo em linha de conta a perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano desenvolvida por Bronfenbrenner em 1986 e a sua apropriação no modelo: “Tornar-se Mãe” de Mercer (1995, citada por Mercer & Walker, 2006), salienta-se o impacto do meio envolvente sobre os indivíduos e vice-versa. A mãe, a criança e o pai estão absorvidos num contexto imediato (família e amigos - microssistema) que proporcionam apoio e linhas orientadoras relativamente ao comportamento nos cuidados com a criança. A comunidade oferece recursos a nível da saúde e dos grupos de suporte, uma comunidade mais vasta (macrossistema) proporciona ajuda às famílias através da transmissão de valores e crenças culturais e estabelece leis que afectam a vida das famílias. Todos estes contextos

estão em constante interação e vão exercer uma influência sobre os pais e a criança (Mercer & Walker, 2006).

1.2- A família e o processo de parentalidade no seu ciclo vital

O conhecimento do passado é fundamental para compreender o presente e mais facilmente perspectivar o futuro. A importância atribuída à família ao longo dos tempos contribuiu, certamente, para o seu desenvolvimento e para a realidade com que nos deparamos actualmente. Conhecer o conceito de família, funções e papéis atribuídos aos seus membros, tipologia, estruturação, formas de organização e tarefas desenvolvimentais previsíveis durante as diferentes etapas do ciclo vital é fundamental de modo a melhor compreender a vivência do processo de parentalidade e o contributo que o enfermeiro pode dar neste período de transição no seio da família. Convém, pois, reflectir em torno das dinâmicas de organização e funcionamento das famílias, bem como acerca da parentalidade enquanto tarefa desenvolvimental no seio das mesmas.

1.2.1- A família e as suas dinâmicas de organização e funcionamento

O termo família deriva do latim *família* cuja origem é *famulus* – servidor. Teve origem na Roma Antiga e surgiu da necessidade de classificar um grupo social novo dedicado à agricultura e escravidão legalizada, com origem entre as tribos latinas. Designava o conjunto de pessoas que viviam sob a autoridade do *pater famílias* também denominada estrutura familiar patriarcal.

Embora a origem do conceito remonte à Antiguidade, a verdade é que a família foi permanecendo, enquanto entidade e organização, ao longo dos tempos. Não obstante, a sua estrutura, papéis e funções foram evoluindo à medida que foram acompanhando a própria evolução das sociedades. De facto, as mudanças a nível da estrutura e modelo de família têm ocorrido em simultâneo com as alterações a nível religioso, económico e sócio-cultural do contexto onde estão inseridas. Pelo que, diferentes autores ao longo do tempo sentiram a necessidade de definir o termo família, encontrando-se múltiplos conceitos que, inevitavelmente, se diferenciam por resultarem de contextos históricos e sociais diversos. De facto, e na perspectiva da Sociologia, a diversidade dos modelos conjugais e familiares é explicada pelo modo como os grupos ou os indivíduos interpretam as normas sociais produzidas num determinado contexto histórico. Deste modo, as transformações sócio-

culturais influenciam os comportamentos familiares e vice-versa (Aboim & Wall, 2002).

Como forma de conhecer e analisar a dinâmica interna das famílias portuguesas, Aboim e Wall (2002) levaram a cabo um estudo articulando as interações da família conjugal com as posições sociais dos seus membros (relações de género no casal) e os contextos sócio-económicos. De acordo com os resultados deste estudo, as autoras concluíram que, actualmente, na sociedade portuguesa existe uma grande diversidade de modelos de viver em casal e em família.

Na área da Psicologia, Andolfi (1981:19-20 citado por Alarcão, 2006:40) refere que a família é um “sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais (...) é um sistema entre sistemas”. Por sua vez, Sampaio e Gameiro (1985:11-12 citados por Alarcão, 2006:39) definem o termo família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

No que concerne à Enfermagem, a participação das famílias nos cuidados de saúde tem integrado a história da Enfermagem ao longo dos tempos. Segundo Hanson e Boyd (1996:21, citados por Wright & Leahey, 2002:14) a “enfermagem da família existe desde os tempos pré-históricos”, uma vez que as mulheres, desde sempre, tiveram como responsabilidade manter o ambiente limpo e seguro com vista à manutenção da saúde e bem-estar. Se nos reportarmos ao conceito de “enfermagem de família”, podemos dizer que, inicialmente, os cuidados eram prestados na casa dos doentes o que pressupunha o envolvimento e centralidade da família. Com o objectivo de garantir a sobrevivência, era necessário cuidar das mulheres em trabalho de parto, das crianças e dos mortos.

Durante a Depressão e Segunda Guerra Mundial assiste-se a uma mudança nas práticas de Enfermagem prestadas em casa para o ambiente asséptico e científico do hospital, retirando o saber aos elementos da família e despersonalizando os cuidados. As famílias passam a ser excluídas do envolvimento nos cuidados aos seus familiares e, sobretudo, de acontecimentos significativos, como são o nascimento e a morte (Wright & Leahey, 2002).

Actualmente, com a evolução e desenvolvimento da Enfermagem, é dado realce à participação das famílias nos cuidados de saúde, tendo por base um conhecimento mais profundo das dinâmicas estruturais e relacionais destas. Feetham, Meister, Bell e Gilliss, (1993; Friedman, 1992; Whall & Fawcett, 1991; Gilliss, 1991; Gilliss, Highley, Roberts &

Martinson, 1989; Lansberry & Richards, 1992, citados por Wright & Leahey, 2002) são exemplos de autores que têm dado um contributo inestimável para a evolução e desenvolvimento teórico da Enfermagem de família, através da contextualização dos cuidados de enfermagem junto das famílias. Por sua vez, a declaração de Munique, assinada em Junho de 2000, consagra um conjunto de medidas que reflectem a importância atribuída à família como unidade central da dinâmica dos cuidados, da mobilização e articulação de recursos e do desenvolvimento de competências científicas e relacionais.

Apesar dos vários conceitos e das diferenças que lhe estão inerentes, podemos afirmar que a família assenta basicamente no conjunto de relações e interacções que os seus elementos estabelecem não só entre si, como também com o meio onde se encontram inseridos. Esta perspectiva é partilhada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE), designadamente através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), onde a família é definida como sendo um: “grupo com as características específicas: 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 legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.” (ICNP, 2006:171). Denota-se, com esta definição, uma maior abrangência do conceito de família, a qual acompanha a evolução verificada nas sociedades. A este propósito, também a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a definição de família não pode limitar-se a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”. Ao referir-se à família como “um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interacções particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia”, Relvas (1997:395, citada por Relvas e Lourenço, 2001:107) introduz as noções de interacção e organização. Na mesma linha de pensamento, Alarcão (2006:28) refere que a família representa “um sistema organizado que aceita um conjunto finito de transformações estruturais, conservando sempre a sua organização”. Enquanto sistema, a família pressupõe uma interacção dos seus elementos em que a modificação num deles provoca alterações nos restantes.

Ao mencionarmos a introdução do termo organização, não podemos deixar de referenciar que, para Alarcão (2006), existe uma articulação entre a estrutura e a organização da

família. A estrutura é entendida como sendo o conjunto de relações que são constituídas ao longo das diferentes etapas da vida da família e que lhe conferem determinadas configurações específicas sem no entanto alterar a sua identidade particular. Por sua vez, a organização consiste no conjunto de relações que constituem o edifício familiar nos seus componentes básicos.

De acordo com Minuchin (1990), aos diferentes membros do sistema familiar corresponde um subsistema que ele designa de: *individual*, *conjugal*, *parental* e *fraternal*. A cada um dos membros pode corresponder mais do que um destes subsistemas. O subsistema *individual* diz respeito ao indivíduo que, para além das funções e estatutos desempenhados dentro da unidade familiar (exemplo: pai, marido, filho, sobrinho, etc.), integra diferentes funções complementares noutros subsistemas as quais contribuirão para o seu próprio desenvolvimento e forma de estar em cada um dos contextos. O subsistema *conjugal* é formado pelo marido e mulher, cada um com funções específicas e, para o seu bom funcionamento, é necessário que haja complementaridade e adaptação recíprocas. Este subsistema exerce um papel importante como modelo relacional durante o crescimento e desenvolvimento dos filhos e servirá, no futuro, como referência no estabelecimento de relações de intimidade. O subsistema *parental* é habitualmente composto por elementos adultos, mas não necessariamente os pais, podendo ser os avós, uma tia, um irmão mais velho, entre outros. As tarefas atribuídas a este subsistema dizem respeito à educação e protecção dos mais novos, com vista ao desenvolvimento da capacidade de negociar e lidar com o conflito, bem como a aprendizagem do sentido da autoridade. O sentido de pertença e filiação é, em grande parte, resultado do exercício desta interacção. O modo de funcionamento do subsistema parental repercute-se no bem-estar das famílias e no desenvolvimento futuro dos seus membros. O subsistema *fraternal* é, como o nome indica, resultado da relação com os irmãos, funciona como um meio de socialização, experimentação de papéis, inicialmente em relação à escola, de seguida ao grupo de amigos e futuramente ao mundo do trabalho. É através da brincadeira entre irmãos que se gera uma aprendizagem relativamente às capacidades relacionais entre pares.

Ainda segundo Minuchin (1990), as famílias distinguem-se de acordo com uma tipologia estrutural. Deste modo, existem as “famílias emaranhadas” (fechadas sobre si mesmas, promovem um nível exagerado de preocupações e intercâmbios entre os seus elementos, rigidez de papéis e fronteiras com o exterior, conseqüentemente, verifica-se uma inibição das habilidades cognitivo-afectivas na criança que pode inviabilizar o desenvolvimento da sua autonomia) e “famílias desligadas” (diminuição das funções protectoras, os membros

funcionam de modo individualista, os papéis parentais são instáveis apesar da sua aparente rigidez, carência de sentimentos de lealdade e pertença, e apesar de serem famílias que necessitam de apoio, raramente o solicitam). O autor destaca o facto de não existir uma diferença qualitativa entre famílias funcionais e disfuncionais, sendo que todas as famílias se encontram num *continuum* que oscila entre estes pólos. Ao longo do tempo e das etapas do ciclo vital as famílias podem passar por períodos de emaranhamento ou de desligamento. A própria relação e limites entre os diferentes subsistemas ou elementos pode variar e, assim, torna-se necessário contextualizar a família na sua cultura e história familiar.

As famílias podem ainda ser descritas, segundo alguns autores, de acordo com a sua tipologia. Hanson (2005:87) define três tipos de família: “casais casados”; “famílias monoparentais” e “casais que coabitam”. Segundo a autora, actualmente verifica-se uma grande mudança estrutural no primeiro tipo de famílias causada pela crescente reconstituição das famílias. O facto de, em muitos dos casais, já ter existido um anterior casamento, poderá influenciar o modo de interacção não só com os filhos, mas também com a sociedade em geral. No caso das “famílias monoparentais”, verifica-se a existência de um chefe de família único, que nunca foi casado ou que não o é actualmente. A autora considera que este tipo de família surge, muitas vezes, em consequência do divórcio, gravidez na adolescência e da quantidade reduzida de parceiros para casar em determinadas sociedades, nomeadamente na população afro-americana e etnias hispânicas. Os “casais que coabitam” representam o tipo de família em ascensão na actualidade, seja porque a coabitação tem surgido como uma continuidade do processo de namoro, seja pelo facto de existir uma maior probabilidade de pessoas divorciadas coabitarem.

A propósito do tipo de estrutura familiar, Whaley e Wong (1989) referem que as famílias diferem de acordo com a posição e a condição dos seus membros socialmente reconhecida, assim como a interacção regular e recorrente dos seus membros socialmente aprovada. Deste modo, a família pode assumir a designação de estrutura *nuclear* ou *conjugal*, *pais únicos* ou *monoparental*, *ampliada* ou *consanguínea* e *alternativas* (onde se incluem as famílias comunitárias e as famílias homossexuais).

A família, apesar das mudanças e transformações que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que tem vindo a apresentar, mantém uma certa constância nas funções que lhe são atribuídas (Hanson, 2005) e continua a ser considerada a célula básica da sociedade. Como refere Martins (2002:111), “a família é a

primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, bem como para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume, em graus diversos mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros”.

A forma de definir família é estabelecida pelas funções e papéis que esta executa na sociedade, notando-se a existência da noção de complexidade já no ano de 1992. Assim, Gameiro (1992:187), ao fazer referência à família, diz-nos que nela existe “uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados. Conceitos importantes como o da personalidade não são aplicáveis ao estudo da família. A simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.”

Ao afirmarmos que as noções de papel e função estão inerentes ao conceito de família, fazemo-lo porque se, por um lado, independentemente da sociedade, cada membro ocupa um determinado estatuto ou posição (os habitualmente denominados papéis), por outro, a família deve dar resposta às necessidades quer dos seus membros quer da sociedade – as designadas funções. Hanson (2005:94) define papel como “um conjunto de expectativas sobre o que cada um deve fazer” e dentro da família existe uma série de papéis como por exemplo, o de marido ou de esposa. Por seu turno, Duvall e Miller (1985:77, citados por Stanhope, 1999:502) definem os papéis como sendo “as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social”. A capacidade de desempenhar estes papéis desenvolve-se ao longo do processo de socialização através dos conhecimentos, desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências. Diferentes autores têm vindo a estudar a família nas suas múltiplas vertentes, nomeadamente em relação aos papéis atribuídos aos elementos que a compõem. A este propósito, Nye (1976, citado por Stanhope, 1999 e Hanson, 2005) ao abordar os papéis inerentes ao cônjuge/adultos, identificou oito papéis: provedor/suporte familiar, dona de casa/encarregada dos assuntos domésticos, prestador de cuidados à criança, socializador, parceiro sexual, terapeuta, organizador de actividades recreativas e finalmente o de parente/manutenção das relações familiares.

O papel de provedor/suporte familiar tem sido alvo de grandes alterações nas últimas décadas pelo facto de haver uma diminuição significativa do número de homens a viver em casa, sem ganhar salários e o conseqüente aumento do número de famílias sustentadas por uma pessoa que não é o chefe de família masculino. As condições de trabalho

tornaram-se sobejamente cansativas, tanto para homens como para mulheres, o que leva a que os membros da família tenham dificuldade em cumprir as obrigações do seu papel familiar. As mulheres, por seu lado, por terem a seu cargo o cuidar dos filhos e da casa, têm dificuldade em conciliarem o papel de provedoras com os outros papéis. (Ward, 1993, citado por Hanson, 2005).

O papel de dona de casa/encarregada dos assuntos domésticos e prestadora de cuidados à criança pode estar relacionado com o rendimento familiar. A este propósito, e embora as mulheres com rendimentos mais elevados passem menos tempo a cuidar dos filhos ou a executar tarefas domésticas, preferindo pagar a outras pessoas para o fazerem, a verdade é que as mulheres com rendimentos mais baixos, por vezes, acabam por entrar num ciclo vicioso dado que as suas responsabilidades familiares ganham menos e têm mais encargos (Hanson, 2005). Parece consensual a importância de ambos os pais no cumprimento do papel relativo à socialização dos filhos. Contudo, é a mãe que na maioria das vezes assume esta responsabilidade.

O estatuto socioeconómico, nomeadamente a repercussão que este pode ter em termos de educação, é um factor condicionante do papel sexual, papel este que exige uma relação igualitária entre o casal. Assim, e de acordo com Francoeur (1987, citado por Hanson, 2005), as mulheres com níveis de instrução mais elevado mostram ser mais decididas e, relativamente aos homens, estes evidenciam uma maior sensibilidade e emocionalmente são mais expressivos. Em contrapartida, nas classes socioeconómicas mais baixas, há uma maior probabilidade das práticas sexuais serem mais tradicionais e ocorrerem mais cedo.

O papel terapêutico consiste no suporte e apoio dos elementos da família quando estes se encontram em situações problemáticas tanto a nível interno como externo ao contexto familiar. A este papel está subjacente uma atitude de partilha, atenção, apoio emocional e envolvimento activo com vista à resolução de problemas. Está ainda inerente a este papel o desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prevenção da doença (Hanson, 2005).

Apesar do papel recreativo não estar culturalmente atribuído às famílias tendem a destinar algum tempo a actividades de recreação que diferem de acordo com os estratos sociais e está relacionada com a sociabilidade, satisfação, intimidades e estabilidade conjugais. O modo como as famílias organizam as actividades recreativas e o tempo dedicado às mesmas poderá depender de alguns factores, nomeadamente, os recursos económicos

que poderão exercer uma influência significativa na escolha destas.

O papel de parente/manutenção das relações familiares surge com o objectivo de manter a proximidade entre familiares e amigos. A forma como este é realizado pode variar consoante se trate de famílias tradicionais ou não tradicionais. Assim, segundo Marks e McJanahan (1993, citado por Hanson, 2005) o desempenho da mulher na concretização deste papel é mais activo do que o do homem. Na família tradicional e nas famílias monoparentais (à excepção dos casos em que as mães coabitam com um parceiro) existe uma maior probabilidade de haver apoio social instrumental por parte dos pais em actividades relacionadas nomeadamente com o transporte das crianças, reparações da casa ou do carro. Finalmente, no caso de casais de homossexuais que coabitam, este papel é desempenhado pela rede de amigos.

Os papéis inerentes a cada família são distribuídos pelos seus elementos os quais lhe depositam determinadas expectativas e influenciam e são influenciados pelo estado de saúde de cada um dos seus membros. Para que a intervenção do enfermeiro junto da família seja eficaz é necessário conhecer estes conceitos de forma a permitir uma compreensão dos papéis desempenhados por cada elemento da família, a identificação dos factores de stress, comportamentos desadequados dos membros da família que podem afectar a sua saúde, identificar incompatibilidades entre o papel e a pessoa que o desempenha, identificar os elementos da família incapazes de desempenhar o seu papel de acordo com as expectativas, entre outros. Por este facto, o conhecimento do enfermeiro (através da colheita de dados) relativamente à distribuição de papéis, tipo de modelo, negociação e o encorajamento de papéis complementares é um instrumento fundamental que lhe permitirá reduzir o stress e a tensão familiares e consequentemente promover o estado de saúde da família (Bomar, 1992, citado por Stanhope, 1999).

As funções atribuídas à família podem variar consoante os diferentes autores, contudo, é indiscutível a função social que está subjacente ao conceito de família. Segundo Hanson (2005:90) “a função familiar é o objectivo que a família serve em relação ao indivíduo, a outros sistemas sociais e à sociedade.” A função familiar resulta da estrutura familiar, no entanto, a estrutura pode realizar diferentes funções.

Na opinião de Parsons (1951, citado por Hanson, 2005), a família necessita de satisfazer alguns pré-requisitos funcionais para ser capaz de garantir a sua integridade como um sistema social; são eles: adaptação, realização de objectivos, integração, manutenção de padrões e controlo da tensão. A capacidade de adaptação tem por objectivo que a família se acomode aos diferentes ambientes: interno (membros da família) e externo

(ambiente físico, cultura e outros sistemas sociais com que interage) de forma a conseguir satisfazer as suas necessidades (Minuchin, 1990). A definição de objectivos é essencial para que a família se comprometa e sinta motivada a procurar os meios adequados à sua concretização. O meio pela qual é conseguida a coesão, a solidariedade e a identidade entre os membros da família é a integração, a qual se refere exclusivamente a actividades dentro do sistema familiar (ambiente interno). A manutenção de padrões, assim como o controlo da tensão, representam dois pré-requisitos funcionais considerados acima de tudo internos, pois referem-se às expectativas comportamentais de cada um dos seus membros e à necessidade de aceitação dos valores, pelos quais são geridas as actividades familiares. Contudo, os elementos constituintes da família necessitam de ser suficientemente flexíveis para serem capazes de aceitar algum desvio que possa ocorrer. Duvall e Miller (1985, citados por Stanhope, 1999) definiram ainda como funções internas as seguintes: geradora de afecto entre os seus membros; proporcionadora de segurança e aceitação pessoal que faz com que haja um desenvolvimento pessoal natural; pelas actividades que satisfazem os seus membros deve proporcionar satisfação e sentimento de utilidade; assegurar a continuidade das relações ao fazer com que estas sejam duradouras entre os familiares. Por sua vez, Johnson (1992, citado por Stanhope, 1999) acrescenta ainda a função relativa à saúde. Cabe à família, através dos cuidados prestados, promover o crescimento biofísico e psicossocial dos seus membros, sendo que é também na família que se transmitem os conceitos e são adquiridos os hábitos de saúde. O autor refere que “a família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (estado de saúde da família)” (Hanson, 2005:503).

Só quando a família consegue satisfazer estes pré-requisitos é que estará preparada para satisfazer a função social. De acordo com Parson e Bales (1955, citados por Hanson, 2005 e Stanhope, 1999) as funções sociais da família são primariamente a socialização dos filhos e a estabilização de personalidades adultas. Estes autores consideram que a função económica e reprodutiva se encontram em fase de mudança. Por seu turno, Stanhope (1999) considera ainda que a função social deve ser “impositora da autoridade e do sentimento do que é correcto”.

A socialização dos filhos é uma das funções da família descrita por Horton e Hunt (1981), Hanson (2005) e Bayle (2006). A família é considerada o grupo primário da criança onde começa o desenvolvimento da sua personalidade e se lançam os “fundamentos básicos da sua personalidade” (Horton & Hunt, 1981:171). Daí que estas mesmas autoras defendam

que há uma dependência da família por parte das sociedades para a socialização das crianças, de modo que as suas crianças se tornem adultos com êxito. Hanson (2005) acrescenta ainda que se verificam diferenças significativas relativamente às atitudes e valores que vão ser adquiridas pelas crianças de acordo com o tipo de família onde estão inseridas.

A ideia de que as crianças oriundas de famílias tradicionais têm uma maior probabilidade de alcançar níveis de sucesso a nível da escola e mais tarde no trabalho é defendida por Hanson (2005). De acordo com esta autora, citando Nock (1988) este facto deve-se à existência de uma hierarquia da família do tipo nuclear que irá contribuir para uma melhor preparação das crianças relativamente às responsabilidades que terão de assumir no futuro. Por sua vez, nas famílias não tradicionais haverá uma maior probabilidade de se assistir a situações de insucesso pela dificuldade de interiorização das atitudes e valores necessários. Este facto é justificado nas famílias monoparentais em que a disciplina é menosprezada pela sobrecarga que representa para um pai/mãe ter filhos em idade escolar e simultaneamente trabalhar. Esta situação pode ser amenizada caso exista um segundo elemento adulto, por exemplo, uma avó, que irá desempenhar um papel complementar no processo parental. (Tomson, *et al.*, 1992, citado por Hanson, 2005). Nos casos das famílias reconstituídas ou que voltaram a casar torna-se mais problemática a educação dos filhos devido, em alguns casos, a maiores dificuldades na comunicação e nos níveis de afecto proporcionados aos enteados. Aliado a esta situação surge ainda um descomprometimento face à responsabilidade na educação manifestada, nomeadamente, pela não aderência a actividades relacionadas com a criança. Contudo, a estrutura hierárquica destas famílias assemelha-se à das ditas tradicionais.

A segunda função social atribuída às famílias é a denominada estabilização de personalidades adultas. Hanson (2005) refere que o estado civil das pessoas tem influência no estado de saúde físico e mental da família. Considera ainda, que as pessoas casadas conseguem uma maior estabilidade das suas personalidades e da sua saúde com base no apoio económico, social e psicológico de que dispõem.

Na maioria das sociedades primitivas, a família era a unidade económica básica. O trabalho era feito em conjunto como uma equipa, e o que era produzido era partilhado por todos e era a família a quem cabia desempenhar esta função. No entanto, a função económica atribuída à família registou uma mudança mais evidente durante o século XX. Esta função passou por várias modificações, desde a família ser vista como “principal fonte de produção de artigos” (Coontz, 1988, citado por Hanson, 2005:91) passando por uma

fase em que o sistema patriarcal dominante da altura servia como fonte de trabalhadores (século XIX), de seguida, na fase de ascensão do capitalismo verificou-se um aumento da divisão entre trabalho de homens e trabalho de mulheres, com muitas mulheres a continuarem a trabalhar fora de casa dada a crescente evolução da economia levar a que os homens não ganhassem um ordenado suficiente para o sustento da família. Ao invés da primeira visão económica da família, a de hoje é de consumo de bens e serviços e não de fonte de produção de artigos pelo que é de extrema importância na manutenção da viabilidade económica.

No que concerne à função de reprodução, Horton e Hunt (1981) referem que a produção de filhos numa determinada sociedade depende principalmente da família. Por seu lado, Robertson (1991, citado por Hanson, 2005) tem uma opinião contrária ao afirmar que a regulação da reprodução nos nossos dias, é muito menos controlada pelas famílias, chegando mesmo a serem incapazes de o fazer. São variadas as situações com que nos deparamos, desde crianças a darem à luz crianças, a inseminação artificial, a obtenção de embriões artificiais, a fertilização *in vitro* e os dilemas éticos, por conseguinte, bem actuais, acerca do aborto, que constituem uma série de fundamentos no sentido de se retirar ainda mais, o controlo da regulação da reprodução às famílias. E a este propósito, Hanson (2005:92) afirma que “Em alguns casos, a fertilização saiu do quarto para o laboratório – do corpo para as placas petri (...) (e que) os desafios religiosos, legais e tecnológicos ao controlo da reprodução pela família aumentarão nos anos vindouros.”

Para além das funções supracitadas Horton e Hunt (1981:170) fazem referência a outras funções inerentes à família, como por exemplo: a função de regulação sexual, afectiva, protectora e de status. No que diz respeito à função de regulação sexual referem que é através da família que as sociedades organizam e regulam os seus desejos sexuais. Contudo, acrescentam que existe um certo “desvio da cultura real para a ideal” tolerado por cada sociedade, ou seja, apesar de cada sociedade se reger por determinadas normas, por vezes estas toleram certos comportamentos que violam essas normas.

A função afectiva é confiada totalmente à família na maioria das sociedades. Considerada como a “nossa necessidade social mais forte” (Horton & Hunt, 1981:172) por ser de importância vital a necessidade de companheirismo e resposta humana íntima e afectuosa. Diferentes autores debruçaram-se sobre a importância da afectividade no desenvolvimento da criança, nomeadamente em termos de saúde mental e emocional. A noção de “base segura”, introduzida por Ainsworth é um exemplo da necessidade da existência de afectividade por parte das figuras significativas da criança. Esta ideia é mencionada por

Bayle (2006) que destaca a necessidade de dar amor, segurança e estabilidade como forma de construir uma base sólida e consequentemente, prepará-la para a vida.

A função protectora pode ser considerada a vários níveis, Horton e Hunt (1981) destacam a protecção física, económica e psicológica. Há muitas famílias em que ao atacarmos um dos seus membros estamos a fazê-lo a toda a família e os outros membros vêem-se obrigados a defendê-la ou até mesmo vingar-se. A forma como cada família exerce esta função pode variar consoante a etnia, entre outros factores. É frequente assistir-se a manifestações de grupos ciganos a exercerem intensamente a sua função protectora, quando por exemplo ocorre o internamento de um dos seus membros e os restantes elementos da família passam os dias junto da instituição.

A função de status é interpretada por Horton e Hunt (1981) como sendo uma herança que a família transmite aos seus membros desde o nascimento. Existem dois tipos de status: social e atribuído. Dentro do status social inclui-se a classe a que pertence, raça, urbana, católica, relativamente ao status atribuído fazem parte a idade, sexo, ordem de nascimento e outros. Os autores consideram que o status pode ser uma condicionante no desenvolvimento dos indivíduos, especialmente a criança, pelo facto de determinar, em alguns casos, as oportunidades e recompensas proporcionadas e ainda as expectativas que irão ser criadas em relação a ela.

Não existem dúvidas quanto à importância de perspectivizar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem. O significado atribuído pelos membros da família ao seu bem-estar exerce uma influência primordial ao longo do processo saúde/doença. Deste modo, o conhecimento e utilização de eficazes metodologias de avaliação e intervenção na família são fundamentais no dia a dia do enfermeiro.

Actualmente, os enfermeiros dispõem de uma diversidade de modelos e instrumentos de avaliação das famílias. Estes modelos têm sofrido um aperfeiçoamento e actualização de forma sistemática em diferentes países (Canadá, Suécia, Brasil, Espanha, Escócia, Austrália e Japão). O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary é considerado aquele que melhor se adapta às características dos cuidados de saúde da actualidade (Wright & Leahey, 2002). O modelo teve origem no Canadá, mais especificamente na Universidade de Calgary, e caracteriza-se por uma estrutura multidimensional com três principais categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, sendo que, cada uma delas comporta diferentes subcategorias. Relativamente à categoria estrutural esta divide-se em: estrutura interna (identifica a composição familiar, género, posição na fratria, sub-sistemas e limites); estrutura externa (refere-se à avaliação das relações com a família

alargada e os sistemas alargados como por exemplo: o trabalho, a escola e as instituições de saúde); o contexto (avalia o modo como a interacção entre os elementos da família no contexto dos padrões culturais, crenças, etnicidade, religião, raça, classe social e ambiente irão influenciar os hábitos, estilos de vida, comportamento e saúde da família) (Wright & Leahey, 2002). A categoria desenvolvimental refere-se às ligações entre os elementos da família, estádios de desenvolvimento e tarefas específicas relativas à etapa do ciclo vital. Por último, a categoria funcional permite descrever o modo como os diferentes elementos da família se comportam uns com os outros e encontra-se subdividida em: instrumental (respeitante à forma como respondem às actividades de vida diária) e expressivo (centrado nas relações entre os vários elementos, especialmente a nível da comunicação permitindo identificar e distinguir a resposta emocional de uma família face a determinada dificuldade).

O genograma e o ecomapa são instrumentos utilizados na avaliação da estrutura familiar interna e externa respectivamente. Carter e McGoldrick (1995), Loveland-Cherry, Ross e Kaufman (1999) e Wright e Leahey (2002) definem o genograma como sendo a representação esquemática de uma família e que descreve a unidade familiar. Ele pode incluir várias gerações, permitindo, de uma forma rápida, ilustrar a composição, relações e padrões de saúde e doença da família. O ecomapa, por seu turno, consiste numa representação visual da interacção familiar com outros elementos externos ao agregado familiar, como por exemplo: o local de trabalho, a escola, as instituições de saúde, vizinhos, a família alargada, clubes e organizações, entre outros. A forma como se processam as relações entre os vários elementos que compõem, tanto no genograma como no ecomapa, é representada por linhas que variam em número e continuidade consoante a intensidade da relação (Carter & McGoldrick, 1989; Loveland-Cherry, Ross & Kaufman, 1999 e Wright & Leahey, 2002).

Conhecer verdadeiramente as famílias nas suas múltiplas vertentes é, de facto, uma tarefa intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem. Apesar de não existir um modelo que seja capaz de explicar todos os fenómenos da família, é fundamental que os enfermeiros adoptem uma estrutura conceptual ou elaborem um mapa da família que lhes permita fazer uma síntese dos problemas e forças da família com vista à elaboração de um plano de intervenção. É muito importante que estes aspectos sejam explorados pelo enfermeiro, sendo contudo necessário que se abstenha dos seus próprios valores de forma a ser capaz de aceitar a unidade familiar com as particularidades que lhe estão inerentes.

1.2.2- A parentalidade enquanto tarefa desenvolvimental da família

O modelo de desenvolvimento do ciclo vital da família tem merecido a atenção de diversos

autores e disciplinas. Contudo, a determinação dos estádios e dos períodos correspondentes nem sempre tem obtido consenso. A primeira classificação dos estádios do ciclo vital é apresentada pelo sociólogo Duvall nos anos cinquenta e descrevia 8 estádios aos quais correspondiam tarefas de desenvolvimento no todo familiar:

- 1º. Casais sem filhos;
- 2º. Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento-30 meses);
- 3º. Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 2,5-6 anos);
- 4º. Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6-13 anos);
- 5º. Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho: 13-20 anos);
- 6º. Famílias com jovens adultos (saída do 1º. filho - saída do último filho);
- 7º. Casal na meia-idade (“ninho vazio”, reforma);
- 8º. Envelhecimento (reforma - morte de um ou ambos os cônjuges) (Duvall, (s/d) citado por Relvas, 2000:18).

Outros autores, nomeadamente, Carter e McGoldrick (1995) classificaram estes estádios de forma diferente, tendo encontrado 6 estádios, entre eles:

- 1º. “Saindo de casa: jovens solteiros”;
- 2º. “A união de famílias no casamento: o novo casal”;
- 3º. “Famílias com filhos pequenos”;
- 4º. “Famílias com adolescentes”;
- 5º. “Lançando os filhos e seguindo em frente”;
- 6º. “Famílias no estágio tardio da vida”.

Indo de encontro à proposta de Carter e McGoldrick (1995), Relvas (2000), ao fazer uma abordagem sistémica à família, propõe cinco etapas de desenvolvimento do ciclo vital e às tarefas específicas de cada uma delas. Estas etapas são denominadas do seguinte modo:

- “Formação do casal” – início da família nuclear e de um novo sistema com padrões e

normas específicas. A negociação e a renegociação fazem parte dele para daí resultar sentimentos de pertença e vinculação aos elementos que constituem a nova família.

- “Família com filhos pequenos” – o nascimento do primeiro filho corresponde ao início desta etapa. É um acontecimento que exige reorganização e implica transformações e adaptações significativas passando por uma definição e redefinição de papéis parentais e limites face ao exterior.

- “Família com filhos na escola” – é o prolongamento da etapa anterior, a entrada na escola primária é considerada um marco no ciclo vital porque reflecte o dever social da educação partilhado com outra “instituição” que não a família.

- “Família com filhos adolescentes” – é a fase de adolescência dos elementos mais jovens da família, sendo ainda um período de redefinição do equilíbrio individual, social e familiar. O contexto envolvente irá desempenhar um papel preponderante na forma como as famílias experienciam e ultrapassam esta etapa, uma vez que ocorre uma entrada e saída de valores, normas e interesses que são transportados dos e para os diferentes contextos (escola, família, grupo de amigos).

- “Família com filhos adultos” é caracterizada basicamente pela intergeracionalidade. A família multigeracional é um tipo de família dominante nos nossos dias que advém do aumento significativo da esperança de vida resultante dos avanços tecnológicos e da ciência médica.

É durante a segunda etapa do desenvolvimento do ciclo vital – “família com filhos pequenos” – que, de acordo com Relvas (2000:83), “os novos pais organizam o *modelo parental*”. Este modelo é composto pelos modelos maternal e paternal, e é através desta representação que, segundo a autora, é possível assumir a função parental. A dimensão sócio-cultural exerce um papel relevante no modo como é encarada esta função. Nesta medida, com a evolução e as transformações sociais ocorridas tem-se verificado uma mudança significativa nos papéis atribuídos, quer ao pai quer à mãe, constatando-se cada vez mais que ambos exercem um papel complementar no exercício da parentalidade.

O ciclo vital que tem vindo a ser descrito pode sofrer algumas alterações consoante a configuração familiar apresentada. Sendo assim, Alarcão (2006) faz referência a seis novas formas de família: famílias reconstituídas, monoparentais, adoptivas, de homossexuais, de colocação e famílias comunitárias. A autora considera mesmo que a família tradicional se encontra em vias de extinção. Não obstante, o surgimento dos filhos

corresponde a uma das etapas do ciclo de vida das famílias e o exercício da parentalidade é assumido como uma tarefa das famílias nesse período. Por implicar uma mudança significativa na família esta etapa exige reajustamento e adaptação, por este facto, é fundamental que os enfermeiros focalizem a sua atenção nas necessidades da mesma.

1.3- A relação enfermeiro-cliente ao longo do processo de parentalidade

A Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem e a acessibilidade da população aos cuidados de saúde e aos cuidados de enfermagem, em colaboração com o Estado, definiu princípios a salvaguardar no regulamento dos centros de saúde. O reforço dos cuidados de saúde primários surge, assim, como uma estratégia essencial, particularmente através do desenvolvimento de serviços de saúde orientados para a comunidade e família (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A implementação do enfermeiro de família, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 e assumida na Conferência de Munique em 2000, contribui para uma melhoria dos cuidados à família pela proximidade e conhecimento da família que o enfermeiro detém. Esta permite-lhe detectar os problemas e intervir precocemente, uma vez que, o alvo de cuidados é a unidade familiar.

A intervenção ao longo do ciclo vital da família incide fundamentalmente em assegurar os cuidados de enfermagem durante a vivência dos processos de vida e na resposta humana aos problemas que daí possam surgir. Além de exercerem o papel de elo de ligação entre o cliente e a equipa de saúde, os enfermeiros ajudam o cliente a gerir os recursos pessoais, familiares e da comunidade, dotando-o de maior capacidade de lidar com os diferentes desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

As necessidades de cuidados de saúde não se centram principalmente nas situações de doença, mas sim “nos processos de transição que os desafios da saúde lhes vão lançando ao longo da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2003a:3). No modelo de gestão dos centros de saúde emanado pela Ordem dos Enfermeiros está patente a importância da prestação de cuidados de enfermagem em períodos significativos da vida das pessoas, entre os quais destacamos a infância (criança e adolescente) e a mulher em idade fértil. Deste modo, são apresentados alguns aspectos que devem ser respeitados e que, em nosso entender,

reflectem a preocupação face às questões que envolvem e podem, de alguma forma, condicionar e influenciar o sucesso do exercício do processo de parentalidade, designadamente:

- a vigilância da gravidez através das consultas de enfermagem de saúde materna;
- a promoção do conhecimento da grávida e preparação para o parto;
- a promoção do papel parental (ensino dos cuidados com a criança nas diferentes etapas do seu desenvolvimento);
- a promoção da adaptação do casal ao novo estágio da vida familiar;
- a garantia dos cuidados de enfermagem domiciliária às puérperas após a alta hospitalar;
- a promoção do aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida;
- a instrução dos pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido;
- a garantia dos cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido após a alta hospitalar;
- a vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil através das consultas de enfermagem de saúde infantil;
- a garantia do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- a garantia da identificação e o encaminhamento das crianças vítimas de maus tratos, negligência e abusos sexuais.

Como podemos constatar, os enfermeiros estão envolvidos na garantia do cumprimento destes princípios e têm a responsabilidade de assegurar a qualidade dos cuidados através da sua prática.

A parentalidade e as questões que lhe estão intimamente relacionadas têm sido, ao longo do tempo, objecto de reflexão por parte de alguns enfermeiros, dos quais destacamos Ramona Mercer. Da investigação realizada por esta autora resultou uma teoria de médio alcance, que consideramos um suporte essencial à prática dos enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho nestas áreas. Mercer iniciou a sua carreira de enfermagem em 1950 estando, desde sempre, ligada à área de enfermagem materno-infantil. Realizou a sua primeira publicação em 1968 e desde então tem dado um contributo valioso no

desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, através de uma investigação ligada continuamente à prática e de um vasto número de publicações. Em 1991, apresentou a teoria de enfermagem designada: “A teoria da Consecução do papel Maternal”. Esta teoria é característica da enfermagem parental-infantil e pode ser aplicada a toda e qualquer mulher durante a gravidez e no período pós-parto até ao primeiro ano após o nascimento do filho. É uma teoria que permite estudar e prever a ligação paternal o que possibilita o estudo e o trabalho com todos os elementos da família. Mercer acredita que os resultados da investigação têm implicações decisivas na prática de enfermagem e considera-a uma ponte para a excelência dos cuidados (Meighan, 2004).

A enfermagem, enquanto profissão, tem por finalidade “ajudar o indivíduo família e comunidade a desenvolver as suas potencialidades de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças da vida” (Guerreiro, 2003:82). Neste sentido, é urgente que continuem a ser desenvolvidos esforços com o intuito de serem criadas estruturas básicas de suporte às famílias nas diferentes transições decorrentes do ciclo de vida e o fomento de condições que proporcionem a sua autonomização. O enfermeiro não pode alhear-se dos diferentes acontecimentos que ocorrem ao longo do percurso de vida dos indivíduos, nomeadamente a adaptação ao processo de parentalidade.

Os processos de adaptação e de desenvolvimento estão progressivamente a despertar o interesse e a necessidade de investimento por parte da Enfermagem, já que a procura de cuidados de saúde nestas áreas é cada vez maior. Paiva (2003:52) exemplifica algumas das necessidades em cuidados, nomeadamente: “a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil; a promoção do papel parental através de ensino aos pais sobre os cuidados com a criança, ao longo das diferentes fases de desenvolvimento infantil; a vigilância da gravidez, a promoção do conhecimento da grávida e a preparação para o parto, o ensino e a instrução sobre cuidados ao recém-nascido...”, entre outros.

Criar e educar um filho é um dos maiores desafios e responsabilidades com o qual os novos pais se deparam, sobretudo aqueles que o fazem pela primeira vez. Independentemente do processo de parentalidade evoluir, ou não, favoravelmente, o Conselho Internacional dos Enfermeiros reconheceu que a parentalidade e a adaptação à parentalidade merecia a atenção dos enfermeiros, considerando-as, tal como já referimos, como um foco da sua prática de cuidados. Além disso, da teoria de enfermagem sobre as transições sobressai a ideia de que o enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transições ao longo da vida (Schumacher e

Meleis, 1994 citados por Davies, 2005 e Meleis *et al.*, 2000). O papel do enfermeiro, nesta situação, passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição na saúde da família. No caso do processo de parentalidade, e de acordo com Nyström e Öhrling (2004), o papel do enfermeiro deve incidir no sentido de minimizar as experiências de tensão dos pais, autonomizando-os no exercício da sua parentalidade.

A relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente no âmbito dos cuidados de enfermagem é muito importante, particularmente quando se trata da prestação de cuidados no processo de transição para a parentalidade. Ao apropriarmo-nos do conceito de cliente/pessoa enquanto ser único, indivisível, social, emocional, espiritual, cujo comportamento se baseia nas crenças e valores do contexto social onde se insere, a relação criada entre o enfermeiro e o cliente deve ser erigida partindo destes princípios. Desta forma, o enfermeiro será capaz de compreender e respeitar o outro e, com maior facilidade, estabelecer uma relação de confiança e proximidade de modo a possibilitar a identificação de necessidades, planeamento de cuidados e intervenção.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser concretizadas utilizando diferentes instrumentos, embora sejam sempre pautadas por um processo relacional. No estudo levado a cabo por Lopes (2005) com vista à construção da teoria de médio alcance sobre relação enfermeiro-cliente, o autor conclui que a “natureza da interação” enfermeiro/cliente corresponde a uma componente expressiva da relação. Apesar da investigação realizada por Lopes (2005) ter sido desenvolvida num contexto muito particular de prestação de cuidados de enfermagem, mais especificamente num hospital-dia de doentes oncológicos, os clientes que participaram no estudo estavam a passar por um momento de transição, resultante dum processo de doença, e os enfermeiros viveram a experiência de acompanhar e prestar cuidados de enfermagem a estes clientes/famílias durante essa vivência.

De acordo com os resultados de Lopes (2005), a relação entre o enfermeiro/cliente/família compreendia dois processos: o “processo de avaliação diagnóstica” e o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”. Ao “processo de avaliação diagnóstica” (colheita de dados, reavaliação do processo e acompanhamento da prestação de cuidados) estão inerentes três perspectivas: vivencial, de ajuda e biomédica. O cliente e a família são o principal foco de atenção do enfermeiro. O “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”, enquanto processo intencional

dirigido ao cliente/família e ao interface deste com a organização, com os outros clientes e com os profissionais de saúde, utiliza diferentes instrumentos com vista à sua concretização, entre outros a:

- “Gestão de sentimentos”. Para que a relação se desenvolva e a intervenção terapêutica se efective é fundamental que seja criado um espaço-tempo (espaço físico, afectivo, incentivo verbal e não-verbal) que favoreça a expressão dos sentimentos e a promoção da confiança/segurança através de: racionalização, desmistificação, não generalização, explicação dos sintomas, transmissão de segurança, antecipação e propostas de soluções e a oferta de disponibilidade;

- “Gestão de informação”. Está associada à gestão de sentimentos e pode desenvolver-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações manifestadas pelo cliente/família. A informação desempenha um papel importante, nomeadamente na reorganização necessária na vivência da transição (Lopes, 2005:223-224).

Como podemos constatar da teoria de médio alcance desenvolvida pelo autor está implícito um processo relacional a que o autor denominou: “processo de relação” e que é composto por três fases:

- “princípio da relação”, que consiste no momento que tem início antes do contacto do enfermeiro com o cliente e que se caracteriza pela preparação formal e informal do enfermeiro para se encontrar com este. É durante a entrevista de admissão que esta fase atinge o seu auge, se desenvolve o “processo de avaliação diagnóstica” e se inicia o “processo de intervenção terapêutica”;

- “corpo da relação”, em que se efectiva o “processo de intervenção terapêutica”, antecedida pelo conhecimento e mediada por uma relação de confiança/segurança com o cliente/família através da utilização, pelo enfermeiro, de diferentes instrumentos, nomeadamente, a “gestão dos sentimentos” e a “gestão da informação”;

- “fim da relação”, que é o culminar de todo o processo interventivo e pode caracterizar-se de duas formas distintas consoante o prognóstico do cliente: por um lado, se o prognóstico for favorável a relação pode terminar sob a forma de celebração, por outro lado, se o prognóstico for mau a relação pode culminar com os sinais de luto e sofrimento que lhe está associado (Lopes, 2005:225).

Uma relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente/família que se salienta pela disponibilidade, continuidade, proximidade, confiança e associada a um processo

contínuo de educação sobre a saúde contribuirá decisivamente para uma facilitação da reorganização pessoal através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, com vista a ultrapassar adequadamente o processo de transição. Na verdade, ao longo do processo relacional estabelecido entre enfermeiro e cliente existe uma alternância de papéis que proporciona uma aprendizagem conjunta que não se restringe apenas ao cliente, contribuindo também para o desenvolvimento pessoal aos mais diferentes níveis (Lopes, 2005).

Acreditamos, portanto, que a relação estabelecida com o cliente se afigura como um meio, por excelência, para a qualidade dos cuidados prestados e, neste caso, para que os novos pais vivam a transição e a adaptação ao processo de parentalidade de uma forma mais ajustada.

Como já foi referido, a determinação do período em que se inicia a adaptação à parentalidade é variável consoante a opinião dos diferentes autores, havendo os que consideram que esta tem início durante a gravidez, e outros que defendem que ela se inicia apenas após o parto. Uma vez que o enfermeiro acompanha a família em ambos os períodos, consideramos importante abordar o seu contributo nos dois períodos distintos – gravidez e pós-parto –, especificando-o para cada um.

1.3.1- A relação enfermeiro-cliente durante a gravidez

Assistir as famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem sucedidos e competentes é uma preocupação dos enfermeiros porque, deste modo, estarão a contribuir para a promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos.

A importância atribuída às diferentes fases do ciclo vital, nomeadamente a gravidez e a infância mereceu a atenção do Ministério da Saúde através da Direcção-Geral da Saúde (DGS) através, como já foi referido, da elaboração de estratégias de saúde previstas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 que definiam estratégias prioritárias: “nascer com saúde” e “crescer com segurança”. Para além destas medidas, a DGS (1993) procedeu à elaboração de um conjunto de orientações técnicas relativas à: “Vigilância pré-natal e revisão do puerpério” onde são definidas as finalidades e os objectivos da vigilância de saúde durante o período pré-natal. Assim, a realização das consultas à grávida têm como finalidade assegurar a saúde materna e fetal e os objectivos das mesmas são:

- avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais

crateriosos;

- detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e bem-estar do feto e orientar correctamente cada situação;
- promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez (DGS, 1993:3).

Ao longo da vigilância da gravidez, os enfermeiros desenvolvem um trabalho de acompanhamento da grávida/família que tem por base as directrizes emanadas pela Direcção-Geral da Saúde. Entre estas destacam-se as que concernem à Educação para a Saúde, transversal aos cuidados de enfermagem e que dão ênfase a intervenções de enfermagem do tipo “ensinar”⁶, “instruir”⁷ e “treinar”⁸, em que a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem emerge com particular enfoque. Os enfermeiros avaliam e diagnosticam necessidades em termos de conhecimentos e capacidades a diversos níveis, relativamente aos quais tem de ensinar os clientes/prestadores de cuidados.

Ao longo do tempo foram sendo identificadas algumas temáticas prioritárias a abordar durante a realização das consultas de enfermagem pré-natal respeitantes ao: regime alimentar, à importância da vigilância de saúde, à actividade física, aos comportamentos de risco, aos movimentos fetais, aos sinais de parto, à preparação para o parto, aos cuidados ao recém-nascido (cuidados de higiene e conforto), ao envolvimento do pai na gravidez, à relação precoce pais/filho, à amamentação (preparação para a amamentação, vantagens do leite materno, posicionamentos, etc.), aos transtornos psicológicos e físicos da gravidez e medidas profiláticas, à preparação dos pais para as mudanças a que tenderão a ocorrer com o nascimento do bebé, à importância da distribuição de tarefas e do suporte social (familiares e amigos), à vinculação, entre outros.

⁶ O termo “ensinar” aparece descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0 como: “Acção de Informar com as características específicas: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICNP, 2006:137).

⁷ A designação “instruir” aparece descrita na CIPE versão 1.0 como: “Acção de Ensinar com as características específicas: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa” (ICNP, 2006:137).

⁸ O termo “treinar” aparece descrito na CIPE versão 1.0 como: “Acção de Instruir com as características específicas: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (ICNP, 2006:137)

Em Outubro de 2007, a Ordem dos Enfermeiros, como resultado do trabalho desenvolvido sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), apresentou um *Core* de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde com o resumo mínimo de Enfermagem – *Core* de Focos. Estes foram organizados por área de assistência e de acordo com o contexto onde são prestados os cuidados (Hospital, Centros de Saúde, outros). Relativamente à mulher em contexto hospitalar foram identificados os seguintes focos: Amamentação (mãe e recém-nascido); Aspiração (recém-nascido); Dor (mãe e recém-nascido); Gravidez; Medo; Parentalidade; Uso de contraceptivos. No que se refere ao contexto de Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde), na área da saúde materna e reprodutiva surgiram os focos: Adesão à vacina; Amamentação; Gravidez; Parentalidade; Uso de contraceptivos. Na área de assistência à criança no Hospital foram identificados os seguintes focos: Adesão ao regime medicamentoso/dietético; Amamentação; Aspiração; Cair; Desenvolvimento infantil; Desidratação; Dor; Excesso de peso; Malnutrição; Medo; Parentalidade; Tomar conta e úlcera de pressão. Na área de saúde Infanto-Juvenil no Centro de Saúde surgiram os focos: Adesão à vacina; Amamentação; Desenvolvimento Infantil; Excesso de Peso; Parentalidade e uso de contraceptivos. Como se pode verificar, a parentalidade é um foco que surge nas duas áreas de assistência: mulher e criança.

A gravidez é um período em que se podem desenvolver um conjunto de acções com vista à “construção” da parentalidade. A preparação para o exercício da função parental envolve conhecimento e treino de competências a diversos níveis: físico, emocional, cognitivo, social. O estabelecimento da ligação com o bebé pode, assim, ser fomentado desde cedo.

Ao providenciarem orientação e suporte antecipatório sobre a função parental, os enfermeiros estão a dotar os pais de novas competências para o exercício do novo papel. A intervenção dos enfermeiros deve, segundo Hudson, Elek e Fleck (2001), incidir, inicialmente, na avaliação das necessidades dos pais através da utilização de escalas de avaliação da auto-eficácia e satisfação parental durante o período de adaptação à parentalidade. O papel do enfermeiro, neste caso, passa por conhecer os contextos mais próximos da família e as interacções entre os seus membros, de modo a identificar os seus medos e dificuldades para um posterior planeamento dos cuidados e uma intervenção efectiva que permita a aquisição de uma identidade parental. A utilização da estrutura conceptual sobre a teoria ecológica de Bronfenbrenner pode ser uma mais valia na avaliação da adaptação ao processo de parentalidade realizada pelos enfermeiros. Através da aplicação da teoria ecológica de Bronfenbrenner (1989), é possível reconhecer a interdependência existente entre os diferentes sistemas intra e extra familiares e o modo

como o resultado desta inter relação afecta as capacidades das famílias e o seu desenvolvimento. De acordo com esta perspectiva, os sistemas familiares operam em diversos níveis nos diferentes sistemas, nomeadamente:

- no sistema familiar (membros da família nuclear tendo em conta as crenças, competências e características da personalidade de cada um);
- no subsistema familiar (família alargada, escola, igreja, redes informais);
- no sistema externo da família (local de trabalho dos pais, comunidade, redes sociais formais).

Estes sistemas, por sua vez, estão inseridos num sistema mais vasto que inclui o estado actual da sociedade, as suas ideologias, valores e normas culturais. As características individuais dos pais e das crianças, o relacionamento da família nuclear com a família alargada e a divisão de tarefas dentro e fora de casa estão relacionados com os processos familiares que medeiam as mudanças maritais que ocorrem durante a transição para a parentalidade.

A aquisição da identidade parental, segundo Mercer (2004), evolui através de quatro fases:

- 1ª. antecipativa (antes do nascimento) - é a fase em que os pais começam a experimentar o novo papel e se começam a adaptar às mudanças sociais e psicológicas;
- 2ª. formal (após o parto) – começa com o nascimento do bebé e o desempenho do papel de acordo com as expectativas dos outros;
- 3ª. informal - a forma própria e única como os pais desempenham o seu papel sem que haja influência do sistema social;
- 4ª. identidade do papel – esta fase corresponde ao período em que os pais se sentem confiantes e competentes no desempenho do seu papel.

Estas fases sobrepõem-se e são alteradas à medida que o bebé vai evoluindo. O modo como elas são vividas é influenciado pela relação entre a mãe e o pai ou outra pessoa significativa, pelo funcionamento da família, pelo stress e pelo apoio social no qual se inclui a intervenção do enfermeiro.

A transição para este novo papel deve ser, tal como temos vindo a explicitar, acompanhada pela intervenção do enfermeiro. Este deve contribuir para a promoção da

consecução do papel parental através de:

- aumento da auto-estima dos pais;
- respeito pelas crenças e valores;
- promoção das interacções pai-bebé-mãe;
- atenção e escuta das dificuldades, sentimentos, expectativas e esperanças dos pais;
- motivação dos pais para a competência;
- avaliação das relações conjugais e o funcionamento familiar.

Na verdade, os enfermeiros são responsáveis pela promoção da saúde das famílias e por isso devem apoiá-las na transição para a maternidade. O enfermeiro pode facilitar esta adaptação através da:

- avaliação que a mãe faz ao seu papel maternal;
- implementação de intervenções educacionais com vista ao aumento do conhecimento da mãe acerca do crescimento e desenvolvimento infantil;
- avaliação do apoio social.

O enfermeiro assume, mais uma vez, um papel significativo na promoção e consecução do papel do pai. Segundo Lopes e Fernandes (2005), a intervenção do enfermeiro passa por encorajar a participação do pai e incentivar a mãe a apoiar o envolvimento do companheiro nos cuidados a prestar ao filho, criando oportunidades para que esse envolvimento se efective.

É imprescindível investir nas áreas de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem⁹ (entre os quais encontramos a família e o papel parental), analisando a família como um sistema, de modo a compreender as interacção e interdependência dos indivíduos uns em relação aos outros e aos outros sistemas. Os cuidados de enfermagem devem, pois, dirigir-se para a orientação familiar, uma vez que a alteração num dos seus membros afectará os restantes membros da unidade familiar. É ainda função dos enfermeiros ajudar

⁹ As áreas de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem são entendidas como aquelas em que os enfermeiros dão os maiores contributos para o bem-estar das pessoas.

os pais a desenvolverem precocemente uma relação afectiva, através do apoio dos mesmos ao longo da construção da maternidade/paternidade auxiliando-os a ultrapassar as dificuldades e obstáculos que lhe estão, muitas vezes, inerentes. Quando este apoio não é prestado e os cuidados se centram apenas na criança, o enfermeiro, por um lado, poderá estar a privá-la daquilo que ela mais tem direito: o sentimento de pertença, segurança, amor e conforto, por outro lado, não está a “ir ao encontro da essência da Enfermagem, que (...) se propõe cuidar do binómio como um todo, corpo e alma.” (Lopes e Fernandes, 2005:42).

É fundamental, ainda, o desenvolvimento de programas de educação parental e acções de formação que vão de encontro às dificuldades sentidas pelos pais. Nyström e Öhrling (2004) acreditam que uma intervenção efectiva deve incidir na prevenção, nomeadamente no período pré-natal. A este propósito, Ahlborg e Strandmark (2001) sugerem que se invista na educação dos pais neste período sobre o relacionamento íntimo e a importância de uma base comunicacional e resolução de conflitos, uma vez que a satisfação marital pode tender a diminuir. Mais tarde, no período perinatal, é conveniente realizar visitas domiciliárias às famílias como forma de detectar possíveis dificuldades e riscos que possam ser solucionados atempadamente.

A atenção dada ao pai durante este período também deverá ser reforçada, uma vez que ele desempenha um papel relevante na saúde da mulher e o nascimento de um filho é acompanhado por algum nível de stress que poderá ter implicações na satisfação marital e no processo de vinculação ao filho (Buist, Morse & Durkin, 2003). Deste modo, os autores sugerem que estes participem nas consultas de vigilância da gravidez onde deverão ser debatidos, entre outras temáticas, o impacto do nascimento de um filho, as mudanças no papel e a adaptação à parentalidade.

Consideramos, portanto, que a relação de confiança e de proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/família permitem identificar as suas necessidades e, numa caminhada conjunta, encontrar recursos e estratégias de *coping* que permitam satisfazer as necessidades, ultrapassando as dificuldades e disponibilizando-se para o acompanhamento na concretização dos projectos de vida individuais.

1.3.2- A relação enfermeiro-cliente no período pós-parto

Considerando a parentalidade como um processo que vai sendo construído ao longo do tempo, no período imediatamente após o parto os pais ainda estão a desenvolver a

caminhada que terão de fazer ao longo das suas vidas, dada a irreversibilidade inerente a este processo de transição. Deste modo, os enfermeiros deverão estar disponíveis para os acompanhar neste período e continuarem o trabalho iniciado durante a gravidez.

Na sequência do que foi referido no capítulo anterior referente às medidas desenvolvidas pela Direcção-Geral da Saúde nas questões relacionadas com a assistência de saúde durante a gravidez, mais uma vez, não foi esquecido o período pós-parto, designadamente, a vigilância de saúde da criança. As orientações técnicas que constam do “Programa-tipo de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil” (DGS, 2005) são explícitas quanto às funções e contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a nível das diferentes faixas etárias que são abrangidas por este programa. Ao analisarmos os objectivos deste programa e as estratégias de intervenção nele expressas, reconhecemos a importância atribuída à prevenção de situações de risco com vista à promoção do bem-estar das crianças e suas famílias. Dos diferentes objectivos traçados destacamos os seguintes, pela importância que assumem, em nosso entender, para a promoção da adaptação à parentalidade:

- detectar precocemente e encaminhar as situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança;
- apoiar, favorecer e estimular o desenvolvimento da função parental valorizando os cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, designadamente, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental;
- prevenir perturbações da esfera psico-afectiva;
- identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência;
- desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, por esse ser considerado um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco».

Neste caso concreto, pensamos que os enfermeiros de saúde pública e/ou de enfermagem comunitária, nomeadamente aqueles que prestam cuidados nos serviços de saúde infantil e na comunidade, merecem um lugar de destaque, uma vez que são aqueles que, no sistema de saúde, contactam com maior regularidade os pais e as crianças. Por esse facto, eles têm a possibilidade de lhes dar suporte durante a parentalidade,

especialmente nos primeiros anos de vida da criança.

Alguns trabalhos realizados com o objectivo de avaliar o impacto da intervenção dos enfermeiros junto das famílias que vivenciavam o processo de transição para a parentalidade revelaram que a sua interferência afecta, de algum modo, a vivência deste processo. Os resultados da investigação levada a cabo por Hakulinen *et al.* (1999, citados por Nyström & Öhrling, 2004) revelaram que os pais que haviam recebido apoio dos enfermeiros de saúde pública/comunitária, bem como suporte social, referiam níveis mais baixos de tensão e maior estabilidade familiar. Não obstante, o período de permanência na maternidade, apesar de ser cada vez mais reduzido, pode contribuir, indubitavelmente, no mesmo sentido, uma vez que os enfermeiros que trabalham nestas unidades desenvolvem variadas acções que concorrem na mesma direcção.

A promoção dos laços vinculativos é incentivada logo após o parto através da aproximação corporal mãe/filho proporcionada pelos enfermeiros. Por sua vez, a educação para a saúde dirigida à mãe/família sobre os cuidados ao recém-nascido (por exemplo: os cuidados de higiene, a alimentação, etc.) revela-se facilitadora no desempenho do papel parental. Os resultados de um estudo levado a cabo por Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a) indicaram que as mães que receberam apoio funcional das enfermeiras durante a prestação de cuidados ao filho na maternidade consideraram essa experiência positiva e, mais tarde, revelaram estar a desenvolver estratégias de *coping* com maior facilidade.

Sendo a vinculação um processo interactivo e evolutivo cujos atributos ou comportamentos são caracterizados pela proximidade, reciprocidade e compromisso, a construção da mesma requer um contacto físico e envolvimento precoce entre os pais e a criança. Um estudo etnográfico sobre a análise da vinculação efectuado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal por Bialoskurki, Cox e Hayes (1999) revelou que a natureza destas unidades pode prejudicar a vinculação entre as crianças e os seus pais e que o processo não é automático, individualizado e está associado a dicotomias mãe/filho e pode ser demorado e problemático. À luz deste conhecimento, os enfermeiros precisam de estar alerta para estas questões e serem elementos facilitadores do processo de vinculação nestes contextos específicos. Nos casos em que a mãe necessita de se separar precocemente do filho (por exemplo, quando este necessita de cuidados especializados de uma Unidade de Neonatologia), o enfermeiro deve facilitar a transição maternal através da sensibilidade face à insegurança materna, sobretudo no caso de ser primípara, encorajar a ligação/compromisso materno (Nelson, 2003).

Nestas circunstâncias, promover o estabelecimento de uma interacção precoce

mãe/filho/pai é contribuir para que a vinculação seja criada e/ou mantida através do desenvolvimento dos laços familiares e do desempenho dos papéis parentais. Assim, e segundo Ferreira e Costa (2004), os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Neonatologia devem integrar os pais na equipa de saúde e envolvê-los na prestação de cuidados ao filho para que possam continuar o processo de vinculação através da activação dos órgãos sensoriais (ver, ouvir, tocar...). Muitas vezes, a sofisticação e a alta tecnologia que caracterizam estas unidades podem gerar ansiedade nos pais, particularmente pela intensificação dos sentimentos de incompetência dos pais e intimidação. Estes podem condicionar, assim, o desenvolvimento da sua função protectora e cuidadora. O papel do enfermeiro, nestes casos, passa por ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do filho facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizar a informação relativamente ao ambiente que envolve a criança, as condições em que esta se encontra e a valorização das suas competências e evolução. Para uma verdadeira parceria é necessário que o enfermeiro, primeiramente, desenvolva um trabalho de ensino, treino e supervisão de cuidados à família até que esta se torne competente e no momento da alta sinta confiança e segurança e autonomia para se responsabilizar pelos cuidados ao bebé quando regressar a casa.

Os programas de suporte pós-parto, segundo (Nelson, 2003), devem privilegiar:

- a discussão pré natal das expectativas face ao período transaccional;
- o uso de modelos de papel;
- o suporte nos primeiros seis meses após o parto;
- a visita domiciliária.

Como já foi referido, durante o processo de desenvolvimento decorrente da parentalidade, poderão surgir situações que coloquem em risco a saúde de ambos os intervenientes: criança e prestadores de cuidados/pais. Por esse facto, é importante que os enfermeiros estejam atentos à qualidade da interacção mãe-bebé e sejam capazes de identificar possíveis dificuldades interactivas e intervenham o mais precocemente possível, evitando o risco de aparecimento de problemas ou a consolidação de eventuais sequelas. A este propósito, Knauth (2001) defende que os enfermeiros podem e devem desempenhar um papel activo no funcionamento da família, nomeadamente quando esta se encontra a atravessar um momento de transição. A autora sugere que a intervenção do enfermeiro se deve basear em três aspectos fundamentais: avaliação, identificação e

encaminhamento das famílias. A avaliação do funcionamento familiar e da satisfação marital permite identificar os níveis de stress e encaminhar para serviços específicos que os ajudem a desenvolver estratégias de *coping* e consequente redução dos níveis de stress. Como forma de fomentar a satisfação marital, a autora propõe que os enfermeiros implementem algumas estratégias, designadamente o encorajamento da divisão de tarefas, o envolvimento parental nos cuidados a prestar à criança e a promoção de momentos em que o casal possa dispor de tempo para estar sozinho.

A satisfação com o papel parental e a própria auto-eficácia são determinantes no processo de parentalidade. É devido a esse facto que Hudson, Elek e Fleck (2001) propõem que os enfermeiros utilizem instrumentos de avaliação no período pós parto durante a estadia na maternidade, em vez de se basearem nas suas próprias percepções de experiência parental. Estes autores sugerem, ainda, que os enfermeiros devem encorajar os pais a participar nas sessões de educação para a saúde e incentivar as mães a promoverem a participação dos pais nos cuidados ao bebé quando eles regressam a casa do trabalho. Por outro lado, os enfermeiros deveriam basear as sessões de educação para a saúde nos resultados da investigação sobre a adaptação à parentalidade, proporcionando assim uma visão realista acerca da mesma. A discussão em pequenos grupos de partilha de sentimentos e dificuldades também é apresentada como uma estratégia para facilitar esta transição. Além disso, os pais com experiência no papel parental poderiam colaborar nestas discussões e servir de modelo nalgumas tarefas inerentes à parentalidade (por exemplo: mudança da fralda, banho, etc.). A criação de *websites* desenhados especificamente por pais e profissionais de saúde (designadamente enfermeiros) para novos pais também poderão constituir recursos eficazes para a promoção da parentalidade. Os autores acreditam que os novos pais poderão experienciar, deste modo, sentimentos de alívio ao perceberem que eles não são os únicos a viverem dificuldades durante o processo de transição para a parentalidade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem focadas no processo interactivo enfermeiro/cliente e que se desenvolvem durante um longo período de tempo revelaram estar associadas a resultados mais positivos e eficazes. De acordo com as conclusões da análise de literatura levado a cabo por Mercer e Walker (2006) referente às intervenções de enfermagem que promovem o processo de tornar-se mãe, estas autoras verificaram que, no caso em que os enfermeiros acompanharam as mães durante um período de tempo longo (dois anos e meio) e focaram a sua intervenção no estabelecimento de uma relação terapêutica recíproca com as mães que se encontravam em situação de alto risco,

estas passavam a apresentar uma maior competência maternal.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais/família durante as consultas de vigilância de saúde da criança é essencial para o sucesso da intervenção. Os diferentes cuidados que são prestados e as actividades que são desenvolvidas permitem deter um maior conhecimento das famílias e das suas necessidades. Através de uma relação próxima, contínua e empática os enfermeiros poderão representar um suporte efectivo para as famílias que estão a viver, pela primeira vez, o processo de transição para a parentalidade. A educação para a saúde realizada abrange diferentes temáticas referentes ao bebé (cuidados de higiene, alimentação, sono e repouso, cólicas, interacção pais/filho, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, etc.) e à família (relação marital, depressão pós-parto, sono e repouso, distribuição de tarefas domésticas, planeamento familiar, etc.) que contribuem para uma adaptação facilitada ao novo processo de transição. A este propósito, Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a) referem que o papel do enfermeiro de saúde pública/comunitária deve incidir:

- na orientação de ambos os pais relativamente aos cuidados ao bebé e desenvolvimento infantil;
- no encorajamento do pai no sentido de dar apoio à companheira no desempenho do seu novo papel de mãe;
- no incentivo dos serviços de saúde e apoio à criança para serem mais centrados na família.

A visitação domiciliária, enquanto tempo importante para a prática de enfermagem, concorre também para a intervenção bem sucedida nesta área. Conhecer os contextos mais próximos onde a família vive permite que os enfermeiros detectem as necessidades, os recursos e os apoios de que a família poderá dispor e que poderão ajudar a fazer face às dificuldades apresentadas. Nesta linha de pensamento, Fägerskiöld, Wahlberg e Ek (2001) referem-se à importância da visitação domiciliária como um meio, por excelência, para a intervenção junto dos novos pais. Assim, estes autores alegam que a visita às famílias no período pós-parto, bem como em outros momentos, pode influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar, podendo ser significativa na prevenção da doença e promoção da saúde. Uma relação próxima com os clientes é um recurso no trabalho de visitação domiciliária e disto pode depender a participação parental (De la Cuesta, 1994).

2- O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PRÓPRIOS PARTICIPANTES

A Enfermagem, tal como as restantes disciplinas do conhecimento, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos. Para que tal aconteça, é necessário que haja uma sucessiva pesquisa e produção de saber, que só serão assegurados através da investigação.

Analisar os resultados da prática clínica dos enfermeiros é, seguramente, um contributo para o desenvolvimento do conhecimento e melhoria das práticas de enfermagem. Collière (1989:340) refere que através da investigação em cuidados de enfermagem são oferecidos “novos caminhos à profissão”, na medida em que a investigação é entendida como um meio para reconhecer os serviços que são prestados à população, os factores que os favorecem ou inibem (na perspectiva dos utilizadores e dos prestadores de cuidados) e as implicações sociais que advêm da prestação desse serviço.

A própria Ordem dos Enfermeiros no Art. 88.º, alínea a) do código deontológico refere como dever do profissional de enfermagem, e com vista à excelência do exercício, “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”. O cumprimento deste dever subentende a utilização de uma metodologia científica que baseie e sustente a prática em estudos de investigação como um dos caminhos promotores da qualidade dos cuidados e da excelência do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2003b).

Foi à luz destes pressupostos que nos propusemos reflectir e analisar a vivência dos pais que, pela primeira vez, experienciaram o processo de parentalidade e o contributo proporcionado pelos enfermeiros ao longo deste processo de transição. Surge, agora, a necessidade de apresentar o processo metodológico que norteou o nosso estudo e que nos permitiu concretizar os objectivos por nós traçados, na procura da resposta às nossas questões de investigação.

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira destinada às opções metodológicas onde são apresentados os objectivos do estudo e respectivas questões orientadoras e a caracterização dos participantes no estudo; a segunda parte é constituída

pela apresentação e interpretação dos dados.

2.1- Procedimentos metodológicos

O presente estudo teve como objectivos:

- Compreender a vivência dos pais no seu processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho;
- Apreender o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro aos pais que estão a vivenciar o processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho.

Como forma de conseguir alcançar estes objectivos, definimos as seguintes questões orientadoras:

- De que modo é que os pais vivenciam o processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho?
- Quais as intervenções de enfermagem que são mais valorizadas pelos pais ao longo do processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho?
- Qual o resultado da interacção do enfermeiro na adaptação ao processo de parentalidade, na perspectiva dos pais, nos primeiros quatro meses de vida do filho?

Para conseguir dar resposta aos objectivos traçados, as opções metodológicas são cruciais devendo, por isso, serem baseadas no método científico de forma a garantir a credibilidade e validação do estudo. Nesta medida, e de acordo com a nossa problemática, pareceu-nos pertinente utilizar uma metodologia qualitativa, uma vez que pretendíamos estudar as vivências dos clientes. A utilização desta metodologia permite-nos descrever com maior exactidão os fenómenos e os factos da realidade em estudo.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a metodologia qualitativa distingue-se, fundamentalmente, nos seguintes aspectos:

- a atenção do investigador centra-se preferencialmente no processo e não tanto nos resultados;

- é descritiva;
- o ambiente natural é a fonte de dados em que o investigador assume um papel essencial;
- os dados são analisados tendencialmente através do método indutivo;
- o significado é fundamental.

A forma como as experiências humanas são interpretadas é múltipla e variada. Deste modo, tornou-se imprescindível recorrer a uma metodologia de investigação que possibilitasse uma pluralidade de interpretações acerca de uma mesma realidade. Streubert e Carpenter (2002) consideram que a metodologia qualitativa permite compreender e interpretar a experiência subjectiva num determinado contexto. Assim, através desta investigação, não se ambiciona encontrar “verdades” universais; o que pretendemos compreender é o particular e único de se ser pai/mãe pela primeira vez e ter de desenvolver mecanismos de resposta com vista à adaptação ao novo papel (papel parental).

Os dados foram obtidos indutivamente pela análise das entrevistas realizadas aos pais de bebés com 4 meses e que se encontravam, na altura, a viver a parentalidade pela primeira vez. Os participantes residiam na mesma área geográfica e os filhos frequentavam a consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde da zona a que pertenciam. Como critério de selecção foi ainda utilizado o facto de que os bebés, até à data da entrevista, tivessem realizado pelo menos 3 consultas de enfermagem de saúde infantil (média) nesse centro de saúde.

Parece-nos pertinente apresentar alguns dados que caracterizam, de modo geral, o serviço de saúde onde era realizada a vigilância de saúde dos filhos dos participantes que colaboraram no estudo. O referido Centro de Saúde abrange dezanove (19) freguesias do concelho. Nesse Centro existe um serviço de Saúde Infantil que realiza a vigilância de saúde das crianças de nove (9) freguesias, nas restantes dez (10), os cuidados são assegurados pela equipa de saúde que se desloca ao posto de saúde (extensão do centro de saúde). À data da realização do estudo, o serviço de Saúde Infantil era composto por seis enfermeiros, um deles com a categoria de especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Todos pertenciam ao sexo feminino e as suas idades estavam compreendidas entre os 29 e os 48 anos, a prática profissional variava entre os 5 e os 22 anos. O acesso àquele serviço poderia ser feito com ou sem marcação prévia sendo dada prioridade, na ordem de atendimento, às crianças que tivessem consulta marcada. Quando a criança recorria pela

primeira vez ao serviço, era realizada a inscrição da mesma pelos serviços administrativos. Actualmente, e cada vez mais, o número de crianças sem médico é maior, sendo que, no ano de 2006, existiam cerca de 2000 crianças que faziam a vigilância de saúde exclusivamente na consulta de Enfermagem.

Primeiramente, e de forma a identificar os potenciais participantes do nosso estudo, foi efectuado um pedido de autorização ao Centro de Saúde para consulta dos dados relativos ao registo de nascimentos e processo clínico (Anexo I) dos bebés que correspondiam aos critérios definidos. Nos meses de Outubro e Novembro de 2007, e após consentimento do referido centro de saúde, procedemos ao levantamento de dados relativos aos participantes. A nossa amostragem foi do tipo intencional ou teórica uma vez que procedemos à inclusão de informantes privilegiados ou, como Bogdan e Biklen (1994:101) designaram, “indivíduos particulares”. Nesta situação, cabe ao investigador a decisão de escolher quais os dados a seguir e o local onde os recolher ficando assim a sua amostragem constituída por um grupo de pessoas com uma particularidade específica em comum.

As pessoas que acederam participar no estudo tinham idades compreendidas entre os 17 e os 40 anos, o nível de escolaridade variou entre o 6.º ano de escolaridade e o grau de doutoramento. Importa ainda destacar que os participantes do sexo feminino apresentavam níveis de escolaridade superior aos do sexo masculino e que o conjunto das pessoas que contribuíram para a realização do estudo se salienta pela diversidade dentro de uma homogeneidade: serem pais pela primeira vez.

A entrevista semi-estruturada pareceu-nos ser uma estratégia de recolha de dados adequada à metodologia escolhida, uma vez que permitia, através de um conjunto de questões relativamente abertas, conduzir uma conversa sem desviar grandemente o tópico da questão. Quivy e Campenhoudt (1992:192) consideram que, através da entrevista semi-estruturada, é possível compreender o “sentido que os actores dão às suas práticas e aos seus valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.” A utilização deste tipo de entrevista impõe a construção de um guião de entrevista com as linhas orientadores das temáticas que se pretendem estudar, servindo de fio-condutor ao investigador. O guião de entrevista foi validado através da realização de um pré-teste a dois casais que reuniam as mesmas características dos nossos participantes. A realização das entrevistas teve por base esse guião (Anexo II) e decorreu nos meses de Novembro e Dezembro. O local onde estas foram realizadas variou consoante a preferência das

peessoas entrevistadas. Na grande maioria das situações, os pais optaram por realizar a entrevista na sua residência, tendo-se registado apenas um caso em foi efectuada no serviço de saúde infantil do centro de saúde.

É de realçar que, no momento do primeiro contacto com as famílias, considerámos importante contactar pessoalmente os pais. Para o efeito, e nos casos em que os bebés tinham consulta de enfermagem programada na altura prevista para o contacto com as famílias, a autora deslocou-se ao centro de saúde no dia e à hora da consulta com o objectivo de apresentar-se aos pais, explicar o objectivo do estudo e verificar a sua disponibilidade para participarem no mesmo. Nos casos em que não foi possível seguir este princípio, procedeu-se ao contacto telefónico. Foram realizadas dezasseis (16) entrevistas, das dezassete (17) famílias contactadas, dezasseis (16) acederam participar no estudo. Participaram nas entrevistas ambos os pais do bebé; porém, em duas delas apenas a mãe participou por se tratar, num dos casos, de uma família monoparental e, no outro, por recusa do pai.

As entrevistas decorreram nos meses de Novembro e Dezembro de 2007 e a marcação do dia, hora e local das mesmas foi realizada de acordo com a preferência das pessoas que acederam participaram no estudo. A duração das entrevistas variou entre os quinze (15) e os sessenta (60) minutos. Os dados foram colhidos através da gravação em áudio das entrevistas e da análise documental dos processos clínicos dos filhos dos participantes. Aquando da efectivação das entrevistas procedemos à codificação das mesmas com o recurso da letra “E” com o número referente à ordem em que foi realizada (exemplo: de E1 a E16). Apesar da possibilidade de podermos sempre encontrar dados novos com a realização de mais uma entrevista (Streubert & Carpenter, 2002), considerámos ter atingido a saturação dos dados a partir da décima sexta entrevista, uma vez que os dados encontrados passaram a ser semelhantes.

Durante a realização das entrevistas, tivemos a preocupação de respeitar as técnicas de comunicação, particularmente através da escuta activa, dando liberdade aos participantes para se expressarem livremente e respeitando os silêncios. Sempre que se considerou necessário foram introduzidas questões com vista à clarificação de conceitos.

Como forma de salvaguardar os direitos da pessoa, foi proporcionada a informação essencial acerca do estudo aos participantes, de modo a que pudessem proceder a um consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2003). Sendo assim, foi solicitado um consentimento informado aos participantes entrevistados (Anexo III). Os dados obtidos

foram trabalhados de maneira a preservar a confidencialidade e o anonimato dos participantes deste estudo.

Após a audição das entrevistas, procedemos à transcrição das mesmas para suporte escrito, respeitando integralmente a linguagem utilizada pelos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram lidas diversas vezes e, a partir daí, procedemos à análise dos dados de acordo com Streubert e Carpenter (2002). Começámos, então, por atribuir códigos a toda a informação contida nas mesmas, privilegiando as palavras dos entrevistados (códigos substantivos). Não obstante, os autores considerarem que a colheita e análise dos dados tem início a partir do momento que o investigador ouve as descrições do fenómeno porque desde logo começa a analisá-lo.

Ao longo do processo de codificação, fomos comparando as categorias entre si, o que nos permitiu encontrar novas categorias, características e relações entre elas. Consequentemente, passámos à criação de grupos ou categorias de dados de acordo com a sua semelhança (Anexo IV). Através da revisão da literatura foi-nos possível ir encontrando sustentabilidade para os dados emergentes.

2.2- Apresentação e análise dos dados

Nesta fase do estudo, através da análise minuciosa do discurso das pessoas que participaram no nosso estudo, e tendo em consideração o nosso quadro teórico, procedemos à análise do conteúdo das entrevistas.

A adaptação à parentalidade é um processo com implicações diversificadas e que é influenciado por múltiplos factores. Assim, e de acordo com a análise realizada foi construído o seguinte diagrama que pretende de forma sistematizada ser o reflexo dos resultados do estudo por nós desenvolvido (**Figura 1**):

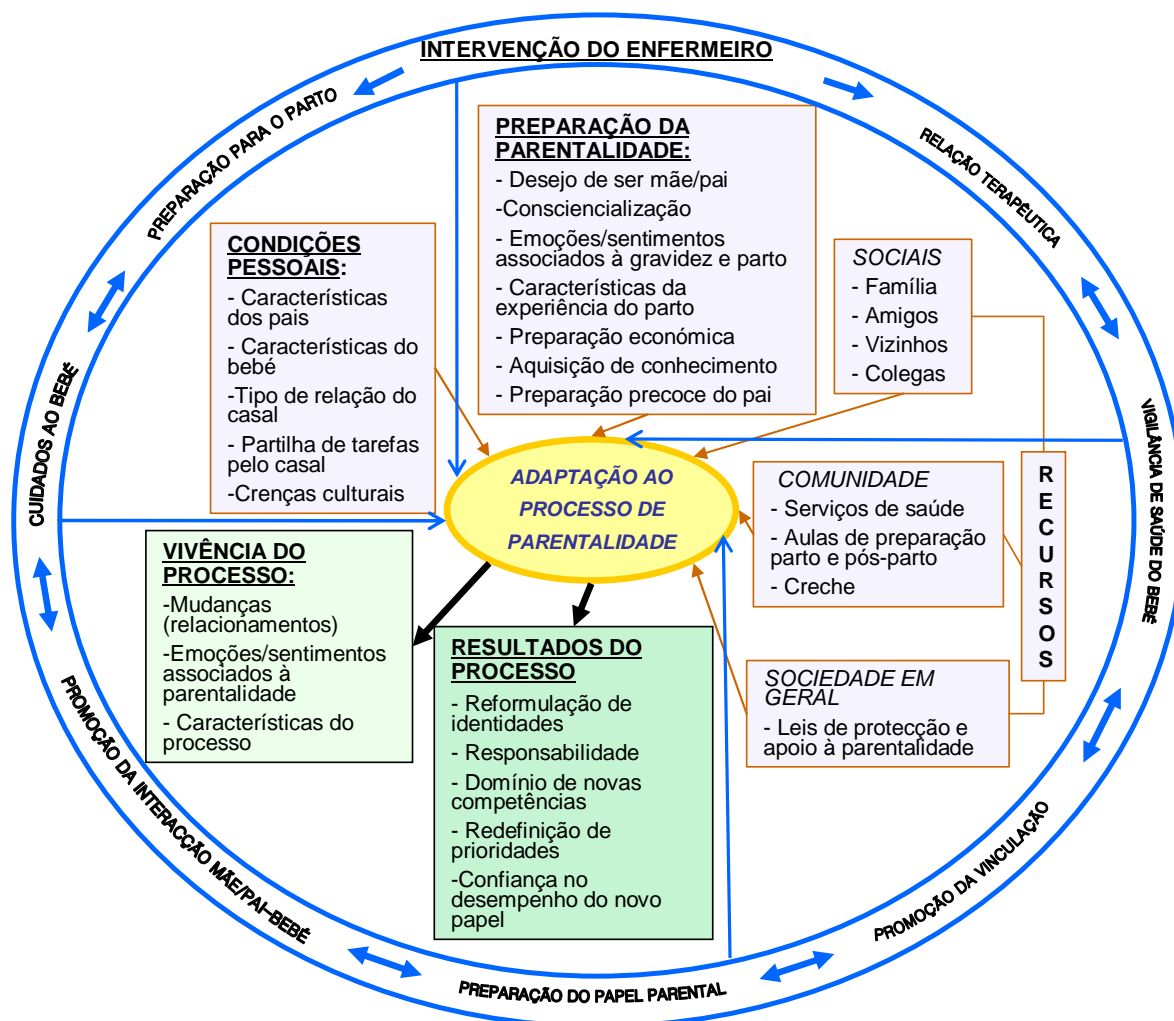


Figura 1- Diagrama síntese das categorias e subcategorias encontradas no estudo

Dimensão 1: “Preparação da parentalidade”

Ao longo da análise do conteúdo das entrevistas foram então criadas diferentes dimensões e posteriores categorias e subcategorias. Deste modo, e referente à dimensão: “Preparação da parentalidade” surgiram as seguintes categorias: “Desejo de ser mãe/pai”; “Consciencialização”; “Emoções/sentimentos associadas à gravidez e parto”; “Preparação económica”; “Aquisição de conhecimento” e “Preparação precoce do pai” (**Quadro 2**).

Quadro 2- Categorias e subcategorias da dimensão: “Preparação da parentalidade”

DIMENSÃO	Categoria	SubCategoria
Preparação da parentalidade	- Desejo de ser mãe/pai	
	- Consciencialização	
	- Emoções/sentimentos associadas à gravidez e parto	- Emoções/sentimentos positivos: <ul style="list-style-type: none"> • Alegria • Confiança • Prazer • Esperança • Expectativa • Êxtase • Choro de alegria
		- Emoções/sentimentos negativos: <ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Ambivalência • Ansiedade • Cansaço • Choque • Depressão • Desespero • Frustração • Insegurança • Medo • Nervosismo • Sentimentos de impotência • Sofrimento • Solidão • Surpresa • Tristeza
	- Características da experiência do parto: <ul style="list-style-type: none"> • Compensador • Magnífico 	
	- Preparação económica	
	- Aquisição de conhecimento	- Conhecimento experiencial - Adquirido na escola - Adquirido pelos meios de comunicação (Livros/revistas; CD's; Internet; Programas televisivos)
	- Preparação precoce do pai	- Notícia da gravidez - Apoio à companheira - Atenção à companheira - Acompanhamento da mulher nas consultas da gravidez e exames - Interação com o feto através do toque e da voz - Participação no trabalho de parto - Participação no parto

A preparação da parentalidade é um processo evolutivo no qual interferem diferentes factores. Os pais entrevistados consideraram que “a preparação da parentalidade” se associou ao “desejo de ser mãe/pai”, tal como podemos observar no relato que se segue:

- “preparar?!...eu tinha na minha cabeça que queria (ter filhos) e eu acho que é a melhor preparação que a pessoa pode ter!” (E14).

De facto, o “desejo de ser mãe/pai” foi considerado por Mercer (2004) como a primeira etapa da preparação para a maternidade. A autora refere ainda que esta etapa é complementada com o planeamento da gravidez, a concretização da gravidez e a aceitação de prosseguir com a mesma. Apesar da investigação ter privilegiado, maioritariamente, a vivência deste processo segundo a perspectiva feminina, não restam dúvidas de que a parentalidade é um processo conjunto que afecta pai e mãe. Por esse facto, foram valorizadas as experiências de ambos os pais e apresentados os testemunhos de acordo com as diferentes perspectivas. Como podemos constatar pelo discurso dos participantes, na maioria dos casos, o desejo de ser pai/mãe é comum ao casal e, progressivamente, estamos cada vez mais a assistir, cada vez mais, a uma partilha, participação e envolvimento de ambos nas diferentes etapas da gravidez, parto e nos cuidados ao filho.

A partir do momento em que surge a gravidez os pais gradualmente vão tomando consciência da sua nova situação e das mudanças que daí surgirão. Nas palavras das próprias pessoas:

- “A preparação vai sendo gradual, à medida que as coisas vão surgindo, à medida que ela (filha) se vai desenvolvendo através das ecografias a gente vai vendo... aquela fase de escolher os nomes...acho que isso tudo contribui para a pessoa ir-se mentalizando para aquilo que vai ser, para aquilo que vai fazer...depois quando começa a comprar as roupinhas, os biberões...eu acho que é isso tudo. Eu não consigo pensar: bem, eu ontem ainda não tinha a noção que ia ser pai e hoje já tenho, vou ser pai, vou ser pai! Isto é uma coisa progressiva que acontece sem a gente dar por isso.” (E16).

Na teoria das transições, Meleis *et al.* (2004) fazem referência à consciencialização como um dos atributos das propriedades das transições. A tomada de consciência do novo estado, decorrente de uma alteração nas suas vidas, permite que os indivíduos activem mecanismos capazes de fazer face às necessidades que decorrerão em virtude da vivência da transição. Como já foi referido, a preparação da parentalidade é um processo evolutivo que, segundo alguns autores, se inicia nos períodos correspondentes à gravidez

e se prolonga no pós-parto. Este processo faz-se acompanhar de uma multiplicidade de sentimentos e emoções que podem variar de indivíduo para indivíduo, sendo afectado por diferentes factores.

As emoções e os sentimentos são contínuos, não sendo possível delimitar as suas fronteiras. Esta ideia é descrita por Damásio (2003:63) da seguinte forma: “o pano de que são feitas as nossas mentes e o nosso comportamento é tecido não só de factos mas de ciclos de emoções seguidos de sentimentos que, uma vez conhecidos, geram novas emoções, numa polifonia contínua”. Na verdade, e segundo Slepj (1998), as emoções distinguem-se dos sentimentos apenas pela duração e intensidade. Assim, as primeiras são menos duradouras e mais intensas que os segundos, sendo normalmente acompanhadas de modificações fisiológicas e somáticas evidentes ou ocultas. Essas reacções fisiológicas podem ir desde alterações do tom de voz à alteração do ritmo cardíaco (Maisonneuve & Deutz, citados por Phaneuf, 2005). Nesta linha de pensamento, decidimos proceder a uma associação entre emoções e sentimentos. Apesar de existirem diferentes formas de classificar as emoções e os sentimentos optámos por considerá-los como positivos e negativos, uma vez que esta forma de classificação é descrita por diferentes autores, designadamente, Hartmoon citado por Pino (2003:109). Nas suas palavras: “só há sentimentos positivos ou negativos no momento da aplicação concreta a um objecto e num contexto determinado”. Por sua vez, e na opinião de Slepj (1998) o bem ou o mal que fazem ao indivíduo ou ao contexto interpessoal é que os distingue entre si.

De acordo com o relato das pessoas entrevistadas à gravidez e ao parto associaram-se, por um lado, “emoções/sentimentos positivos”, por outro lado, “emoções/sentimentos negativos”.

A “alegria”, a “confiança”, o “prazer”, a “esperança”, a “expectativa”, o “êxtase” e “choro de alegria” foram incluídas nas “emoções/sentimentos positivos”. Assim, e pelo testemunho das pessoas:

- “quando soube que estava grávida foi uma alegria (sorriso).” (E11); “houve uma altura perto da hora dela (filha) nascer em que a frequência cardíaca dela começou a baixar, elas (enfermeiras) colocaram uma sonda na cabeça da bebé e viram que afinal estava tudo bem mas naquela altura eu já não estava ansiosa (...) não sei se me sentia mais apoiada...” (E4); “A partir do quinto mês estas hormonas do prazer e do bem estar acabam por mascarar aquele estado e uma pessoa passa a viver aquele estado de graça.” (E13); “O pensamento era sempre: vai correr bem! E isso ajudou.” (E4); “eu queria era que

o tempo passasse depressa para a ver.” (E7); “uma pessoa fica meio tolo. Fica sem saber o que fazer. Eu estava na lua, estava assim...ria por tudo e por nada (riso). Eu não conseguia definir aquilo que estava a sentir! Eu não sabia se estava contente se não estava, eu estava assim...com a cabeça na lua...quando o ouvi chorar...não tem explicação, a gente fica assim...sem saber qual é a reacção que há-de ter” (E14); “é uma emoção muito grande!...quando cheguei cá fora só chorava de alegria!” (E7).

De acordo com Relvas (2000), emoções/sentimentos como a alegria e o prazer estão associados à vivência da parentalidade. Segundo a autora deve-se ao facto da parentalidade ser um meio através do qual a função social e afectiva se concretiza razão pela qual o indivíduo atinge a sua realização pessoal e se completa enquanto ser humano. Embora a confiança, a esperança, a expectativa, o êxtase e o choro de alegria não sejam referenciados pela mesma, consideramos que se tratam de emoções/sentimentos que, além de terem sido expressos pelos entrevistados, demonstram a riqueza que a vivência da preparação para a parentalidade assume na vida das pessoas.

As “emoções/sentimentos negativos” incluíram: a “angústia”, a “ambivalência”, a “ansiedade”, o “cansaço”, o “choque”, a “depressão”, o “desespero”, a “frustração”, a “insegurança”, o “medo”, o “nervosismo”, o “sentimento de impotência”, o “sofrimento”, a “surpresa” e a “tristeza”. Deste modo, e pelo relato das pessoas entrevistadas:

- “era mesmo uma angústia que eu queria que aquilo (gravidez) passasse a todo o custo!...” (E14); “(reacção face à notícia da gravidez) fiquei (...) assustada, estava mais stressada era com o pai dele (companheiro)! É uma pessoa mais... impõe mais respeito (...) Eu fui para a escola, estive bem mas quando cheguei a casa começou aquele nervosismo (...) foi bom (...) gostei da ideia” (E12); “a partir daí (referindo-se ao diagnóstico de Atraso de Crescimento Intra-Uterino) foi sempre muita ansiedade” (E4); “eu também começava a sentir-me cansada” (E15); “aos sete meses e meio eu estava no serviço e senti assim umas pontadas, uma coisa estranha (...) Eu fui à minha médica e ela disse-me que eram contracções e mandou-me para casa. Isso chocou-me porque eu sou uma pessoa muito activa e eu tive de ficar em casa sem poder sequer levantar-me (...)” (E5); “Eu lembro-me (...) no dia em que ela (filha) nasceu e passados uns dias, eu estava ainda no hospital e deu-me um ataque de choro, chorei, chorei” (E13); “teve uma altura em que eu já estava a ficar desesperado” (E7); “eu sempre pensei que quando ficasse grávida ia ser o melhor da minha vida.” (E4); “a mãe dela (companheira) teve um parto difícil, estive à beira da morte. E a gente teve sempre aquela coisa: como ela é baixinha será que vai ser parto normal?...” (E14); tinha medo do parto, não sabia como é que ia ser!...”

(E3); “ela (companheira) enervava-se e muitas vezes perguntava: “como é que a gente vai comprar leite, fraldas...” (E3); “começou um problema muito mais grave, ela (companheira) começou a vomitar, não comia...eu fazia a comida e ela vomitava a seguir! (...) comecei a sentir-me um bocado impotente.” (E9); “uma dor...mal... senti-me mal...” (E4); “quando a gente descobriu (referindo-se à gravidez) foi um bocadinho complicado porque não estava à espera (...) íamos casar em Julho, estava tudo planeado e, de repente, aconteceu.” (E7); “de vez em quando dava-me uma tristeza!...” (E13).

A presença de “emoções/sentimentos negativos” durante a preparação para a parentalidade devem-se, na nossa opinião, ao facto de alguns dos participantes deste estudo terem vivenciado situações complexas no decorrer da gravidez, designadamente, gravidez não planeada; gravidez na adolescência; diagnóstico de Atraso de Crescimento Intra-uterino; risco de parto prematuro; a experiência negativa do parto vivida por um familiar; as dificuldades económicas da família e a descompensação da diabetes. De facto, e na maioria dos casos, as pessoas entrevistadas encontravam-se numa situação em que a sua saúde e a do bebé estavam em risco, o que, por si só, pode ser um factor gerador de grande stress propício ao surgimento de emoções/sentimentos negativos.

No que diz respeito ao estado de saúde do filho, Bennett (1981, citado por Warren, 2005) refere que a saúde e o bem estar do filho é uma principais preocupações dos pais. Mercer (1981 e 1986, citada por Mercer, 2004), Tarkka, Paunonen e Laipalla, (2000a) e Canavarro (2001) consideram que, para além do estado de saúde do bebé, a própria situação de saúde materna interfere no processo de parentalidade.

De acordo com Tarkka, Paunonen e Laipalla, (2000a) e Canavarro (2001), a ansiedade e o stress podem acompanhar os pais durante este período, particularmente nos casos em que se trate do primeiro filho. Rogan, Shmied, Barclay, Everitt e Wyllie (1997), em resultado de um estudo realizado com mães que estavam a viver a maternidade pela primeira vez, verificaram que estas relatavam um profundo sentimento de cansaço e fadiga. Além disso, os autores também concluíram que, no período pós-parto, estas apresentavam sinais e sintomas depressivos. A insegurança aparece também descrita como um sentimento habitual, especialmente nos casos da gravidez ocorrer na adolescência (Nelson, 2003). No que se refere à ambivalência, esta é descrita nos trabalhos de Nyström e Öhrling (2004) como sendo comum estar associada à vivência da parentalidade.

Embora o choque, o desespero, a frustração, o medo, o nervosismo, os sentimentos de impotência, o sofrimento, a surpresa e a tristeza não sejam mencionados pelos

autores consultados, em nosso entender, estas emoções/sentimentos vêm reforçar o impacto que as transições têm na vida das pessoas sobretudo, e no caso particular de alguns dos entrevistados, quando, para além da transição em si – parentalidade –, esta é acrescida de interferências inesperadas que colocam em risco a evolução normal da gravidez e, conseqüentemente, a saúde da mãe e do bebê.

As pessoas entrevistadas durante o seu discurso deram relevância às “características da experiência do parto” descrevendo-o como: “compensador” e “magnífico”. Assim, e pelas suas palavras:

- “eu pensava assim: valeu a pena as dores que senti, que passei durante este tempo todo, valeu a pena!” (E12); “Ai! foi uma coisa...fabulosa...” (E8).

A experiência do parto é, conforme está expresso nestes excertos, considerada como sendo compensadora e magnífica. De facto, após um longo período de espera, os pais podem encarar esta experiência como algo gratificante. A percepção dos pais relativamente à experiência do parto interfere no modo como a adaptação à parentalidade decorre. Uma experiência positiva deste acontecimento, no entender de Mercer (1981 e 1986, citada por Mercer, 2004) e Canavarro (2001), condiciona positivamente a transição.

Algumas das pessoas entrevistadas consideraram a questão “económica” como um factor importante, incluindo-a no processo de preparação da parentalidade, como podemos confirmar na seguinte expressão:

- “Começámos a guardar algum dinheiro” (E1); “eu pensava: agora tenho que poupar” (E13).

A teoria das transições de Meleis *et al.* (2000) dá sustentabilidade ao discurso dos pais, uma vez que o estatuto sócio-económico é considerado um dos condicionalismos pessoais que pode afectar positiva ou negativamente a vivência da transição. De facto, não podemos esquecer que o factor económico também deve ser tido em conta quando alguém decide tornar-se pai/mãe. O exercício da parentalidade implica alguns custos financeiros devendo, por isso, ser valorizado. Além disso, esta preocupação quanto a este aspecto revela, em nosso entender, uma atitude responsável por parte dos pais.

Os conhecimentos do casal também foram reconhecidos como um factor facilitador durante a preparação para a parentalidade. Assim, e pelo testemunho das pessoas:

- “eu já tinha experiência com a minha irmã...a minha mãe ia trabalhar e eu é que ficava

com ela, já sabia como se mudava a fralda, dava comida...” (E12); “O C (companheiro) (...) ajudou-me muito porque ele tinha muita experiência e no início ele não estava a trabalhar, aos poucos eu fui apanhando o jeito!...ele já estava preparado!” (E12); “para mim foi mais fácil pelo facto dela (companheira) ser enfermeira, gostar da parte de saúde infantil e do tanto querer ser mãe” (E4); “na escola eu andei na área de ciências e era sempre aquela curiosidade que eu tive ...então, eu estava bem informada.” (E16); “lemos muitos livros relacionados com a infância, a estimulação dos bebés. Estamos sempre a par daquilo que ela (filha) vai fazer a seguir e como a podemos ajudar.” (E5); “Eu estava em casa, levava o computador para a cama, ligava a Internet, eu passei a gravidez toda a pesquisar...” (E8); “tenho um CD que tem umas revistas que tem imensa variedade de temas inclusive tem sobre os pais.” (E16).

Como podemos constatar pelo testemunho dos participantes, a experiência em cuidar de crianças, o conhecimento associado à profissão, a formação académica e o conhecimento adquirido através dos diferentes meios de comunicação revelaram-se condicionalismos facilitadores durante a transição. Estas conclusões, para além de serem sustentadas por Mercer (1981 e 1986, citada por Mercer, 2004), Meleis *et al.* (2000), Canavarro (2001) e Mercer (2004), também Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a) defendem que o nível educacional dos pais e a experiência da mãe são factores facilitadores do *coping*.

Segundo alguns autores, uma preparação precoce da transição por parte do pai revela-se vantajosa e facilitadora no processo de adaptação. A forma como o pai participou, em particular, na preparação para a parentalidade surgiu no discurso dos participantes da seguinte forma:

- “Ele (companheiro) (...) estava sempre presente, fazia-me sentir bem” (E1); “eu tive naqueles nove meses mais mimos que durante toda a minha vida! Ele (companheiro) mimou-me sempre muito e prestou-me sempre muita atenção” (E14); “anunciámos a gravidez no Natal (...) guardamos a notícia para a noite de Natal!” (E5); “eu nunca fui a uma ecografia que ele (companheiro) não fosse comigo” (E4); “Ele (companheiro) passava-me sempre a mão na barriga, o tal toque do pai” (E1); “Ele (marido) falava muito para a minha barriga, conversava muito com ela (filha)” (E7); “(referindo-se ao período de trabalho de parto) eu ia-lhe (companheira) pondo água na boca e na testa” (E14); “(referindo-se à participação do pai durante o parto) (sorriso) sim, assistiu. E ajudou bastante!” (E14).

O apoio e atenção dedicado à companheira, o acompanhamento aquando da realização das ecografias obstétricas e das consultas de vigilância, a interacção face aos

movimentos fetais, nomeadamente através do toque e da voz e a participação no trabalho de parto e parto revelam-se, na opinião de Draper (2002), ser um meio facilitador da construção precoce da parentalidade no masculino, capaz de prevenir dificuldades associadas a este processo. Cada vez mais, e perante as mudanças verificadas na sociedade actual em que a mulher passou a desempenhar um papel social activo, surge a necessidade de uma maior partilha de tarefas e participação por parte do companheiro no processo de parentalidade. Sendo assim, muitas das dificuldades sentidas principalmente pela mulher passam a ser comuns ao homem, razão pela qual nos deparamos com uma nova realidade que exige, dos profissionais de saúde, uma postura que promova a aproximação e envolvimento com ambos os elementos do casal estando também atentos às necessidades do pai no desempenho do novo papel.

Embora as pessoas que colaboraram no estudo não o tenham referido, Relvas (2000) defende que a preparação para a parentalidade começa numa fase ainda mais precoce da vida das pessoas. Segundo esta autora, a preparação é edificada na infância: por um lado, através da brincadeira com as bonecas, a criança interpreta o papel de mãe e de pai e, por outro lado, as representações de um modelo parental que ela vai construindo pela experiência vivida com a observação das suas figuras parentais. Posteriormente, através de um processo imaginativo, pode fantasiar o relacionamento com o bebé e aquando da gravidez há uma aceleração desse processo para o qual contribuem as novas tecnologias de controlo da gravidez e evolução do feto (ecografia). Porém, é no momento do nascimento que se deparam com o bebé real, muitas vezes diferente do bebé imaginado, que se apercebem, verdadeiramente, do seu papel de pais. Como acabámos de constatar, a preparação não é imediata, é sim um processo contínuo e progressivo.

Dimensão 2: “Condições pessoais”

O sistema familiar que, segundo Bronfenbrenner (1989), corresponde aos membros da família nuclear (crenças, competências e características da personalidade de cada um) desempenha uma influência marcante na etapa de adaptação à parentalidade. Na verdade, as pessoas entrevistadas salientaram, durante o seu discurso, a interferência de alguns destes aspectos durante esta etapa das suas vidas. De acordo com a interpretação de Bronfenbrenner, o sistema familiar é um factor preponderante em todo o processo de parentalidade. Além da preparação da parentalidade, as condições pessoais surgiram como uma dimensão de análise associada ao processo de adaptação à parentalidade. Assim, desta dimensão resultaram diferentes categorias e subcategorias, designadamente,

“as características dos pais e do bebé” (temperamento e estado de saúde); “o tipo de relação do casal” (cumplicidade, união, proximidade, confiança, estabilidade e amor); “a partilha de tarefas pelo casal” (cuidar do bebé e da casa) e “as crenças culturais” (**Quadro 3**).

Quadro 3- Categorias e subcategorias da dimensão: “Condições pessoais”

DIMENSÃO	Categoria	Subcategoria
<u>Condições pessoais</u>	- Características dos pais	- Temperamento - Estado de saúde
	- Características do bebé	- Temperamento - Estado de saúde
	- Tipo de relação do casal	- Cumplicidade - Estabilidade - Confiança - União - Amor
	- Partilha de tarefas pelo casal	- Cuidar do bebé: <ul style="list-style-type: none"> • Tomar conta • Pegar ao colo • Vestir • Dar o banho • Mudar a fralda • Alimentar - Cuidar da casa
	- Crenças culturais	

Algumas “características dos pais e dos bebés”, especialmente, “o estado de saúde” e “o temperamento”, foram valorizadas pelas pessoas entrevistadas, como podemos verificar pelas suas palavras:

- “O bebé é muito risonho, é muito bem disposto como eu.” (E10); “Ela (filha) também sido uma bebé que tem estado bem.” (E1); “eu tive uma tromboflebite numa perna (...) eu sabia perfeitamente o risco que estava a correr (...) podia correr risco de vida e a bebé também sofrer...para mim foi horrível, eu chorava dia e noite, não conseguia controlar-me...” (E5); “ele (companheiro) é muito calmo! Tem de estar muito cheio para rebentar. Ao contrário de mim, eu sou muito exaltada! (...) exalto-me muito depressa.” (E12).

Mercer (1981 e 1986, citada por Mercer, 2004) e Canavarro (2001) identificaram diversas variáveis referentes às mães e à criança que podem influenciar, positiva ou negativamente, o processo de parentalidade, dos quais fazem parte o temperamento e o estado de saúde. Os resultados da investigação desenvolvida por Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a) corroboram esta ideia, ao revelarem que, de entre os diferentes factores facilitadores do *coping* se destacam: o estado de saúde da mãe, a auto-confiança materna e o estado mental. As próprias técnicas disciplinares utilizadas pelos pais e o comportamento educativo parental, segundo Salles-Costa, Heilborn, Werneck, Faerstein e Lopes (2003, citados por Alonso de Bem & Wagner, 2006) e Cruz (2005), parecem ser influenciados por estas variáveis.

O “tipo de relação do casal” foi muito valorizado pelas pessoas entrevistadas e considerado um aspecto relevante no modo como o processo foi vivenciado. Na verdade, e pelos seus testemunhos, podemos verificar o seguinte:

- “apoiamo-nos mutuamente (...) damos força um ao outro...acabámos por estar os dois sozinhos apoiados um no outro e isto tem-se mantido desde que nos casámos. Até agora temos tido sempre coisas que nos movem, nos movimentam, os dois juntos e uma grande proximidade. E pronto, a confiança um no outro é básica! A confiança, o amor, tudo isto...é como se fosse um só! Somos duas partes de um só! E agora temos mais outra parte e acho que...(riso) é a Santíssima Trindade (E9); “nós somos muito unidos (E10); “já lá vão dez anos e a nossa relação sempre foi muito estável” (E9).

O discurso das pessoas entrevistadas é sustentado por diferentes autores, nomeadamente, Bradt (1995), Roth (1996), Tarkka, Paunonen e Laippala (2000a), Afonso (2000), Knauth, (2001), Ahlborg e Strandmark (2001), Draper (2002), Buist, Morse, e Durkin (2003), Häggman-Laitila (2003), Ramos *et al.* (2005), Lopes e Fernandes (2005), Alonso de Bem e Wagner (2006), Gage e Bullock (2006) e Mendes (2007). Estes são unânimes quanto à influência que a qualidade da relação irá afectar a adaptação a esta transição. Na verdade, a satisfação e a facilidade com que o casal construiu a relação mútua, se conheceu e aceitou o modo de ser de cada um são determinantes no sucesso desta transição.

“A partilha de tarefas pelo casal”, designadamente, nos cuidados com o bebé (tomar conta, pegar ao colo, vestir, dar o banho, mudar a fralda e alimentar) e da casa, foi facilitadora durante o processo de adaptação; nas palavras das próprias pessoas:

- “durante a noite enquanto ela (companheira) prepara o biberão eu vou buscá-lo (filho) ao

berço, pego nele...” (E14); “a gente tenta sempre a parte do banho dar sempre os dois (E4); “Ele (companheiro) muda a fralda” (E7); “a vestir ele (companheiro) também ajuda” (E7); “Eu costumo dar o biberão...” (E14); “Desde que começamos a viver juntos ele sempre ajudou a arrumar o quarto, aspirar a casa, limpar o pó (...). Quando eu me sentia mais em baixo ele arrumava o quarto sozinho” (E12).

Na sequência da adição de mais um elemento na família surge um acréscimo de trabalho e desgaste de energias associado à prestação de cuidados ao bebé e ao desempenho das tarefas domésticas. A este propósito, Afonso (2000) considera que, existindo uma equidade no envolvimento nos cuidados, esta influencia indubitavelmente a adaptação à parentalidade. Assim, a distribuição de tarefas poderá contribuir para a diminuição das tensões entre o casal porque facilita o apoio mútuo, a partilha de receios, dificuldades e momentos gratificantes.

As “crenças culturais” onde se podem incluir as questões relacionadas com a religião não pode ser desvalorizado, uma vez que, estas podem desempenhar um papel importante na vida das pessoas, sobretudo em situações que conduzem ao medo, insegurança, etc. A religião pode representar um meio através do qual estas podem atenuar o seu sofrimento ganhando esperança e restabelecendo o seu equilíbrio. Deste modo, e como se pode verificar pelo testemunho de uma das pessoas entrevistadas:

- “deu-me uma aflição e eu só dizia: o umbigo caiu, o umbigo caiu! E agora?! A minha mãe disse: ‘Oh mulher, calma, vai-se meter uma moedinha para ficar direitinho, a gaze, vai-se desinfetar, meter a moedinha, embrulhar com uma liga’ (...) a minha preocupação era: ‘Ah, os gatos não podem comer o umbigo! os gatos não podem comer o umbigo!’ (riso) (...) são coisas antigas, são coisas que as pessoas antigas têm (...) a minha mãe disse: ‘eu vou queimar o umbigo como queimei o teu!’ e depois a preocupação era: ‘o que vou fazer às cinzas?!’ Que era para os gatos não terem hipótese... (riso) (...) são aflições! A gente pensa em tudo...os mais pequenos pormenores, a gente pensa que não pode acontecer aquilo ou não sei o quê!...é aflitivo!” (E14).

Como acabámos de verificar as crenças culturais afectam o comportamento dos indivíduos. O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary destaca o papel que o contexto desempenha na vida das pessoas. Assim sendo, e segundo este modelo, o contexto poderá influenciar os comportamentos das pessoas. Portanto, quando é feita a avaliação da família, deve ser avaliada a forma como os seus elementos interagem com o contexto do qual fazem parte, entre outros, a religião e os padrões culturais porque estes irão afectar o comportamento da família (Wright & Leahey, 2002). Pelas palavras

das pessoas entrevistadas depreendemos que em algumas situações os hábitos culturais podem funcionar como um condicionalismo da transição. De facto, também Meleis *et al.* (2000) consideram que as crenças culturais e as atitudes podem exercer uma influência facilitadora ou inibidora na transição. A interferência da cultura no desenvolvimento dos indivíduos é inquestionável, sendo esta questão reforçada por Cruz (2004), ao realçar a influência das normas e valores na construção das ideias parentais. Apesar do peso que a cultura exerce sobre os indivíduos, a autora reconhece, ainda, que a própria experiência de vida das pessoas e o seu nível educacional afectam o comportamento parental. Por este facto, as crenças culturais e as atitudes devem ser tidos em consideração quando abordamos o modo como as pessoas vivenciam a adaptação à parentalidade.

Dimensão 3: “Recursos”

O contributo de diferentes “recursos” pode considerar-se fundamental para a evolução bem sucedida de um processo de transição. Nesta medida, as pessoas entrevistadas identificaram, além dos recursos individuais, anteriormente apresentados, outros que segundo estas, as influenciaram positivamente ao longo da sua adaptação à parentalidade (Quadro 4).

Quadro 4- Categorias, subcategorias e subsubcategorias da dimensão: “Recursos”

DIMENSÃO	Categoria	SubCategoria	SubSubCategoria
<u>Recursos</u>	- Sociais	- Família	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio material • Apoio psicológico • Apoio nas lidas da casa • Apoio nos cuidados ao bebé • Esclarecer dúvidas • Partilha de experiência
		- Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio material • Apoio psicológico • Partilha de experiência
		- Vizinha	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiência
		- Colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiência
	- Comunidade	- Serviços de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Clínico geral • Obstetra • Pediatra • Auxiliares de acção médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas • Dar informação sobre o desenvolvimento fetal • Simpatia • Disponibilidade • Confiança • Dedicção

		- Aulas de preparação para o parto e pós-parto: • Fisioterapeuta	• Treino de exercícios respiratórios e pélvicos • Massagem infantil
		- Creche	
	- Sociedade em geral	- Leis de protecção e apoio à parentalidade	

De acordo com o relato das pessoas entrevistadas, a “família” foi considerada um apoio importante a diferentes níveis (material, psicológico, nas lidas da casa, nos cuidados ao bebé, esclarecer dúvidas e na partilha de experiência), como podemos constatar pelos seus relatos:

- “a minha mãe, a minha sogra davam toalhetes, fraldas, a roupa quase toda foi oferecida pela minha sogra!” (E12); “Para desabafar era mais à minha irmã (...) Eu ia a casa dela, estava lá um bocadinho e falava.” (E11); “não tive assim aquele stress de ter de tomar conta da casa, tomar conta de roupas e ainda ter a bebé (...) Tive a ajuda das avós para isso (sorriso)” (E15); “às vezes ela (filha) acorda (...) eu venho para a sala, a minha mãe levanta-se, fica com ela e eu vou dormir (E16); “Quando havia uma dúvida a gente informava-se ou com a minha mãe, ou com a mãe dela (companheira)” (E14); “ela (sogra) com a sua experiência ajudava-me, deitava-o de barriga para baixo, explicava as massagens como é que se fazia, ela conseguia acalmá-lo plenamente” (E6).

Tal como a “família”, os “amigos”, os “colegas” e os “vizinhos” foram incluídos nos “recursos sociais” pelas pessoas entrevistadas e valorizado o seu apoio nos mesmos níveis da família. A “partilha de experiência”, o “apoio material e psicológico” constituiu o principal apoio prestado pelos amigos; a “partilha de conhecimento” adquirido pela experiência foi referida também como um apoio prestado, tanto pela vizinha como pelos colegas de trabalho.

- “eu tenho uma amiga minha que me ajudou, às vezes eu telefonava-lhe a perguntar...a gente conversava...” (E14); “os meus amigos (...) fizeram-me uma festa antes da bebé nascer, ofereceram-me presentes e quando ela nasceu eu já tinha um bocado de coisas.” (E1); “nós fomos tirando muitas dúvidas com a nossa vizinha, ela tem sido espectacular!” (E9); “algumas colegas minhas que já foram mães e que me vão explicando” (E15).

O apoio da família efectivou-se, como verificámos, a vários níveis, designadamente, material, psicológico, lidas da casa, cuidados ao bebé e a partilha de conhecimento. De acordo com Cruz (2005), para que as figuras parentais desenvolvam plenamente

a sua parentalidade devem utilizar diferentes recursos, entre os quais se destacam a família e a comunidade. A família e os amigos exercem um papel preponderante no modo como a parentalidade é vivenciada. Na verdade, o modelo ecológico realça a influência dos diferentes contextos no desenvolvimento do indivíduo e vice-versa. O contexto imediato (família e amigos - microssistema) proporciona apoio e linhas orientadoras relativamente ao comportamento nos cuidados com a criança (Bronfenbrenner, 1989).

Na teoria das transições, Meleis *et al.* (2001) consideraram como condicionalismos da transição, além das características pessoais, a sociedade e a comunidade onde se incluem os amigos e a família. As relações de suporte social foram descritas por Lewis (1988, citado por Canavarro, 1999) como parte integrante dos contextos onde o indivíduo se insere, contribuindo significativamente para o seu desenvolvimento. Warren (2005) distinguiu quatro elementos funcionais de suporte social, designadamente: instrumental, informativo, emocional e apreciação. Este tipo de suporte influencia a adaptação e o exercício da parentalidade (Belsky, 1984; Goldstein, Diener & Mangelsdorf, 1996; Relvas, 2000; Afonso, 2000; Lopes & Fernandes, 2005) e pode representar um meio facilitador ou inibidor da mesma (Meleis *et al.*, 2000).

As pessoas entrevistadas identificaram diferentes recursos a nível da “comunidade”, dando particular realce ao contributo dos “serviços de saúde”, das “aulas de preparação para o parto e pós-parto” e da “creche”. Assim, e nas palavras das pessoas:

- “eu fui às consultas todas! Quando eu não sabia alguma coisa perguntava-lhe (médico assistente)” (E13); “a minha médica de família, também gosto muito dela! (...) vou às consultas e faço os aconselhamentos com ela” (E15); “quando ela (médica) fazia as ecografias ela dizia: ‘as mãos, os pés, as pernas...’ ela explicava-me o que estava ali” (E14); “Algumas dúvidas que eu tinha...ela (pediatra) estava sempre disponível! (E9); “a dra. X (pediatra) foi incansável! Ela tratou do nosso filho como se fosse um filho dela! (E9); “As auxiliares (referindo-se às auxiliares de acção médica) foram muito simpáticas.” (E5).

Como se pôde verificar o contributo dos diferentes profissionais de saúde revelou-se significativo pelos participantes a nível da partilha de conhecimento (esclarecer dúvidas e dar informação sobre o desenvolvimento fetal) e dos aspectos positivos que caracterizaram a relação estabelecida com estes profissionais (simpatia, disponibilidade, confiança e dedicação).

A existência de “aulas de preparação para o parto e pós-parto” particulares e a existência de instituições de guarda diurna de crianças, as designadas “creches”, são referidas pelas

peessoas entrevistadas, sendo entendidas como recursos a nível da comunidade. Nesta medida, e pelo testemunho das pessoas:

- “em muitas aulas (referindo-se às aulas de preparação para o parto) fazia exercícios para a zona pélvica, mesmo a nível de respiração” (E7); “ela (fisioterapeuta) deu aulas de massagens para ajudar nas cólicas” (E7); “conheço uma das educadoras que lá está (referindo-se à creche) (...) confio nos profissionais de lá, estou tranquila. Eu não seria capaz de o deixar com qualquer pessoa” (E9).

De facto, e apesar do custo que comportam, estes recursos de apoio social foram reconhecidos pelos participantes como sendo algo significativo no seu processo de preparação e consequente adaptação à parentalidade.

A “sociedade em geral”, através das “leis de protecção e apoio à parentalidade”, constituiu um recurso para algumas das famílias, particularmente nos casos em que estas apresentavam maiores dificuldades a nível económico, o que é mencionado pelas pessoas do seguinte modo:

- “o abono (referindo-se ao abono de família) dela (filha) que é só para as coisas que ela (filha) precisa...” (E3); “a assistente social dá-nos um subsídio (referindo-se ao Rendimento Social de Inserção)” (E12).

As leis que afectam a saúde das crianças e das suas famílias constituem um factor, tal como outros, que segundo Meleis *et al.* (2001), condicionam a vivência da transição. Como acabámos de verificar, e porque o exercício da parentalidade implica, para além de outros custos, um custo económico importante, por esse facto, é fundamental que sejam criadas medidas de apoio, promoção e protecção da parentalidade. Portugal, tal como a maioria dos países da Europa, está a registar uma descida progressiva na taxa de natalidade, pelo que nos parece importante que continuem a ser desenvolvidas medidas políticas que incentivem os casais a terem filhos e possam contar com uma rede de suporte que os apoie no desempenho do seu papel.

Dimensão 4: “Vivência do processo”

A experiência das pessoas que vivenciam uma transição permite-nos apreender uma panóplia de acontecimentos sobre os quais se torna importante reflectir. Considerando o testemunho das pessoas que colaboraram connosco tornou-se possível identificar que, da dimensão: “Vivência do processo de parentalidade”, surgiram diferentes categorias,

subcategorias e subsubcategorias como podemos ver no quadro que se segue (**Quadro 5**):

Quadro 5- Categorias, subcategorias e subsubcategorias da dimensão: “Vivência do processo”

DIMENSÃO	Categoria	SubCategoria	SubSubCategoria
<u>Vivência do processo</u>	- Mudanças	- Relacionamento do casal	<ul style="list-style-type: none"> • Maior união • Conflitos • Ciúme • Menos atenção ao companheiro/a • Menos disponibilidade para o companheiro/a • Manutenção do relacionamento
		- Relacionamento com a família	<ul style="list-style-type: none"> • Maior proximidade • Conflitos • Manutenção do relacionamento
		- Relacionamento com os amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento • Manutenção do relacionamento
	- Emoções/sentimentos associadas à parentalidade	- Emoções/sentimentos positivos: <ul style="list-style-type: none"> • Prazer • Confiança • Alegria • Esperança • Amor • Realização pessoal • Entrega 	
		- Emoções/sentimentos negativos: <ul style="list-style-type: none"> • Nervosismo • Medo • Desespero • Insegurança • Cansaço • Angústia • Ambivalência • Desorientação 	
	Características do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil • Gradual • Estranho • Compensador 	

Durante a vivência da parentalidade os pais identificaram algumas “mudanças” a nível dos relacionamentos, designadamente, do próprio “relacionamento do casal”, relacionamento com a família” e, por último, o “relacionamento com os amigos”.

Contudo, alguns dos participantes considerarem que não houve alteração nos seus relacionamentos:

- “eu acho que (o relacionamento) ficou mais ou menos no mesmo.” (E15).

Não obstante, e como podemos observar através do discurso de uma grande maioria das pessoas entrevistadas, a relação do casal sofreu algumas alterações:

- “o bebê é mais (...) um elo de ligação mas existe já um elo muito forte, solidificou um bocadinho” (E9); “(referindo-se à distribuição de tarefas) às vezes é motivo de conflito porque tanto eu como ele (companheiro) achamos que o que nós temos que fazer é muito importante e ele acha que quando chega a casa também precisa de tempo para fazer as suas coisas. Mas a gente vai tentando...” (E4); “Se ele (companheiro) já andava amuado, ciumento antes de ela nascer, então, depois dela nascer ainda foi pior.” (E11); “mudou um bocadinho, a atenção não vai ser só para uma pessoa, vai ter que ser neste momento, se calhar, mais para ela (filha).” (E4); “pois, sempre rouba algum tempo. Por exemplo: eu posso ir deitar-me e ela (companheira) ainda fica com a bebé...antes, quando estávamos sozinhos tínhamos mais tempo para estarmos a conversar” (E7).

O nascimento de um filho contribuiu, de acordo com alguns testemunhos, para uma mudança positiva no relacionamento do casal, sobretudo, a nível da “união” do casal que em seu entender, ficou reforçada pelo nascimento do filho. Porém, houve situações em que a relação sofreu algumas alterações menos positivas, particularmente, com o surgimento de “conflitos”, “ciúmes”, “menos atenção ao companheiro/a” e “menos disponibilidade para o outro”. Estes resultados são congruentes com os achados de Whitbourne (1986 citado por Roth, 1996; Cowan & Cowan, 1995 e Knauth, 2000 citados por Knauth, 2001) que indicaram um declínio na satisfação marital. Por seu turno, o aumento nos conflitos também surge em resultado da adaptação à parentalidade (Belsky, Lang & Rovine, 1985; Cowan *et al.*, 1985, citados por Knauth, 2001). No caso das pessoas que participaram no nosso estudo, a causa dos conflitos, por vezes, estava relacionada com a distribuição das tarefas indo de encontro as conclusões de Ahlborg e Strandmark (2001).

Ao longo das entrevistas, alguns dos participantes, além de reconhecerem a influência da “família” e “amigos” na adaptação e exercício da parentalidade, também identificaram algumas alterações no relacionamento com estes a partir do momento em que se tornaram pais, especificamente, uma “maior proximidade” da família, “conflitos” (aquando da notícia da gravidez nos casos em que esta não havia sido planeada) e “afastamento” por parte de

alguns amigos. Contudo, e também como no caso anterior, algumas pessoas referiram que o relacionamento tanto com a família como com os amigos se manteve igual. Assim, e nas palavras das pessoas entrevistadas:

- “com a família...não mudou nada!...” (E12); “não houve alteração (...) mantém-se sempre, sempre que precisamos deles eles (amigos) estão lá” (E9).

Quando surgiram modificações no relacionamento com a família e os amigos, as pessoas expressaram-se da seguinte forma:

- “(reação face à notícia da gravidez) eu disse a ela (mãe) e ela começou logo a disparatar! (riso). Ela (mãe) começou logo a brigar, a minha avó também. Elas ficaram naquele momento...pronto, não estavam à espera! Ficaram assustadas, surpreendidas. Depois passou-se, a minha mãe telefonou, pediu-me desculpa por ter brigado comigo e disse que não estava à espera, começou a chorar e disse: ‘a gente está contentes’ ” (E12); “em relação à família há uma proximidade maior (...) agora eu sinto necessidade de falar com a minha mãe por isto ou por aquele outro... eu antes nunca tinha saudades deles e agora tenho! Quando eu tive a Z (filha) telefonava mais vezes à minha mãe (...) uma pessoa sente-se segura, está ali...está-se consolando (...) a proximidade foi mais física porque nós somos todos muito chegados!” (E13); “com os amigos, acabámos por nos afastar mais (...) de todos!” (E8).

O período de adaptação à parentalidade é um momento de transição em que ocorrem algumas transformações nos contextos e nos indivíduos que a estão a viver. De facto, o resultado do estudo de meta-análise conduzido por Nelson (2003) revelou que, durante esta transição, quem a vivencia desenvolve um processo de crescimento e transformação com implicações e rupturas a diversos níveis, designadamente, nos relacionamentos (adaptação às mudanças no relacionamento com o companheiro, família e amigos). De entre os diferentes papéis atribuídos à família encontra-se o “papel de parente/manutenção das relações familiares” (Hanson, 2005). Manter a proximidade entre familiares e amigos para além de, como já foi referido, ser uma forma de garantir a transmissão de conhecimento, experiência, valores, hábitos, crenças, entre outros, é um meio de obter suporte emocional num período vulnerável da vida das pessoas. Na verdade, e segundo Roth (1996), é comum verificar-se uma maior proximidade e interacção entre as pessoas consideradas mais significativas durante os períodos transaccionais das famílias.

Associado à vivência do processo de parentalidade, e à semelhança da preparação que a antecede, emergiram emoções/sentimentos no discurso dos participantes deste estudo.

Também durante este período, emoções e sentimentos tocam-se, pelo que procedemos à sua análise e interpretação conjunta, tal como efectuámos anteriormente. As “emoções/sentimentos positivos” associados à parentalidade são: “prazer”, “confiança”, “alegria”, “esperança”, “amor”, “realização pessoal” e “entrega”. Assim, e nas palavras dos participantes:

- estou muito feliz por ser mãe! É uma experiência ótima” (E10); “eu acho que foi fácil! (E12); “isto é uma alegria!” (E7); “depois dela (filha) nascer a sensação que uma pessoa tem é de que a gente se há-de desenrascar e pronto!...ela (filha) está comigo e está com Deus!” (E13); “O prazer da ligação com ele (filho) e o amor que nós lhe temos...é tudo muito intenso!” (E9); “um filho nosso?! (...) é um concretizar ...é aí que uma pessoa se realiza por completo. É uma coisa mesmo...eu não sei como descrever!...é complicado! (riso) sem palavras!...(riso). A vida começa a ser...a conversa de café com os colegas que também foram pais e a ideia é a mesma: a pessoa completa-se!...” (E14); “há uma entrega muito grande a esta posição de pais.” (E9).

Relvas (2000), refere que a concretização da parentalidade é um meio do indivíduo atingir a sua realização pessoal e de se completar enquanto ser humano razão pela qual esta experiência se pode revelar compensadora e rica em sentimentos positivos, nomeadamente, alegria e satisfação. A experiência da parentalidade pode ser influenciada pela realização das tarefas relacionadas com os cuidados ao bebé (Kapp, 1998 citado por Warren, 2005). A confiança face aos cuidados prestados é conseguida com base num suporte informativo e de apreciação. De facto, e de acordo com os resultados do estudo de Warren (2005), as mães referiram que os enfermeiros de saúde pública/comunitária foram os profissionais que mais forneceram este tipo de apoio. Esta ideia é reforçada pelos achados do estudo longitudinal efectuado com mães pela primeira vez na Finlândia e que foi levado a cabo por Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000a).

As “Emoções/sentimentos negativos” associados à parentalidade identificadas nos testemunhos das pessoas que participaram no nosso estudo foram: “nervosismo”, “medo”, “desespero”, “insegurança”, “cansaço”, “angústia”, “ambivalência” e “desorientação”. Deste modo, e transcrevendo as suas palavras:

- “eu ficava muito nervosa, eu nunca tinha sido mãe!” (E3); “à noite (...) eu já tinha pavor daquela hora! Eu olhava para o relógio e dizia: ‘está quase...’ porque mesmo que ele (filho) estivesse a dormir, ele acordava! Era impressionante, parecia um relógio! Eu sabia que lhe ia dar aquelas cólicas e que não havia muito a fazer” (E14); “era um desespero porque ela (filha) chorava e a gente ficava sem saber (...) como fazer para que ela

parasse de chorar!” (E7); “o primeiro mês foi aquela loucura que eu acho que acontece a toda a gente. Eu nunca me senti tão incompetente na vida! (E13); “(sorri e suspira) além de cansativo é...o meu dia a dia é ele (filho)! É as tarefas de casa...mas é ele, dar-lhe banho, dar-lhe atenção, brincar com ele” (E14); “Eu queria dar o meu melhor para ela (filha) mas como é que eu era capaz de dar o meu melhor para ela se eu não tinha um momento para descansar!? Como é que eu vou cuidar dela!? Isso é complicado (...) É angustiante até hoje eu tenho isso na minha memória.” (E16); “(sorriso) é uma alegria e ao mesmo tempo uma sensação muito estranha. De repente olhar para a cadeira e ter um bebé que é nosso filho, é...estranho!” (E6); “a nossa vida muda completamente! Ficamos mais dependentes” (E4); “eu ficava desorientada” (E6).

Sendo a incorporação de um novo membro na família, particularmente, um primeiro filho, responsável pela vivência de emoções/sentimentos positivos, este acontecimento, enquanto processo de transição pode fazer-se acompanhar inclusive por momentos de tensão e stress (Roth, 1996 e Buist, Morse & Durkin, 2003). Esta ideia é reforçada por Relvas e Lourenço (2001) ao considerarem esta fase do ciclo evolutivo como uma fonte de stress esperável e normativa. De facto, Gjerdingen e Chaloner, (1994, citados por Warren, 2005); Relvas (2000) Rogan, Shmied, Barclay, Everitt e Wyllie (1997) referem que esta etapa é assinalada por cansaço, fadiga, e incerteza, tensão, culpabilidade frequentes interrupções do sono.

Parece-nos pertinente assinalar o facto da maioria das pessoas entrevistadas fazerem referência às emoções/sentimentos negativos utilizando o pretérito perfeito. Em nosso entender, tal revela que os pais foram capazes de ir desenvolvendo estratégias de *coping* que lhes permitiram lidar favoravelmente com as diferentes situações facilitando o processo de transição.

As pessoas que participaram no estudo caracterizaram este processo como algo difícil, gradual, estranho mas também compensador. Nas palavras das próprias pessoas:

- “aquela época foi difícil para me adaptar! Foi complicado!” (E6); “No início era um reboiço (...) aos poucos é que me fui adaptando a certas rotinas dela” (E4); “os primeiros dias eu achava muito estranho sentir mais uma respiração dentro do quarto (...) eu estranhava” (E8); “está a ser muito gratificante para mim.” (E9).

As mudanças que advêm da vivência da parentalidade podem tornar este processo difícil para as pessoas que a experienciam como nos refere Tomlinson (1987, citado por Hudson, Elek & Fleck, 2001). Esta ideia de dificuldade é reforçada por LeMasters (1957), Dyer

(1963), Hobbs e Cole (1976), Entwisle e Doering (1981, citados por Roth, 1996) e Lopes e Fernandes (2005). Contudo, e apesar das dificuldades, os pais consideram a experiência compensadora indo de encontro à opinião de Relvas (2000).

Dimensão 5: “Resultados do processo”

A experiência da parentalidade é um processo com grandes implicações na vida das pessoas que a vivenciam. De facto, a partir do momento que se decide tornar-se pai e tornar-se mãe, assume-se um compromisso irreversível, particularidade esta que distingue a parentalidade das restantes transições. É um processo com repercussões a diferentes níveis mas que se verifica, essencialmente, a nível individual. Os “resultados deste processo” foram identificados pelos pais que participaram no estudo e distinguiram-se principalmente a cinco níveis, a saber: “reformulação de identidades”; “responsabilidade”; “domínio de novas competências”; “redefinição de prioridade” e, por último; “confiança no desempenho do novo papel” (**Quadro 6**).

Quadro 6- Categorias da dimensão: “Resultados do processo”

DIMENSÃO	Categoria
<u>Resultados do processo</u>	- Reformulação de identidades
	- Responsabilidade
	- Domínio de novas competências
	- Redefinição de prioridades
	- Confiança no desempenho do novo papel

Assim, e através das palavras dos participantes:

- “antes éramos dois e agora somos uma família” (E5); “o coração de uma pessoa muda completamente depois de se ser mãe (...) quando digo o coração é a forma de ver o mundo, a minha forma de agir, eu acho que muda tudo!...o facto de eu sair de casa de manhã e pegar no carro para ir para o trabalho eu já vou a pensar que eu tenho uma criança atrás, ou mesmo que ela não vá, eu vou todo o caminho a pensar que eu tenho uma filha e...muda tudo! A nossa perspectiva do mundo muda, é isso!...” (E8); “começamos a perceber os sinais porque vamos descobrindo e pondo hipóteses, se é isto é isto, se não é aquilo e chegamos lá...” (E9); “ela (filha) agora é a prioridade da nossa vida, ela está acima de tudo! Antes uma pessoa falava mas ainda não sabia o que era,

depois dela nascer tudo gira à volta dela” (E7); “a gente agora sabe porque é que ele chora, é a fralda, é a comida, pode ser alguma coisa que ele tenha...a gente consegue favorecer o que ele precisa” (E9).

A consciência de que a família assume um significado diferente após o nascimento de um filho é defendida por Brazelton e Cramer (2001). Na verdade, tal como um dos nossos participantes relatou, o autor considerou que a família surge, no seu verdadeiro sentido, a partir do momento os indivíduos se tornam pais. Meleis *et al.* (2001) referem que um dos resultados da vivência de uma transição é a “reformulação da identidade”. Associada a esta reformulação de identidade, surge, em nosso entender, uma “redefinição de prioridades” na medida em que o filho passa a assumir a centralidade da vida do casal. O sentido de “responsabilidade” está relacionado com a parentalidade e é referido por diferentes autores, designadamente, Ainsworth *et al.* (1974, citada por Fuertes, 2005); Nock (1988, citado por Hanson, 2005); Martins (2002), Nelson (2003); Hanson (2005) e ICNP (2006). A “confiança no desempenho do novo papel” e o “domínio de novas competências” reflectem, na opinião de Meleis *et al.* (2000), um resultado favorável do modo como as pessoas lidam com o processo de transição servindo assim como indicador do mesmo.

Dimensão 6: “Intervenção do enfermeiro”

A importância atribuída à gravidez e infância foi contemplada pelo Ministério da Saúde (2004) através da Direcção-Geral da Saúde (DGS) aquando da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 com a definição das estratégias prioritárias: “nascer com saúde” e “crescer com segurança”. Todavia, já em 1993 a DGS procedeu à elaboração de orientações técnicas relativas à “Vigilância pré-natal e revisão do puerpério” das quais fazem parte a educação para a saúde, nomeadamente, ao nível dos cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, da amamentação (preparação para a amamentação, vantagens do leite materno, técnica da mamada, posicionamentos, entre outros). O “Programa-tipo de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil” (DGS, 2005:7-8), de entre os diferentes objectivos destacam-se, especificamente: “estimular a opção por comportamentos saudáveis” (por exemplo: através da nutrição adequada à idade e fase de desenvolvimento e da adopção de medidas de segurança para prevenir o risco de acidentes) e “apoiar e estimular a função parental e promover o bem estar da família”. Assim, e no que se refere ao contributo do enfermeiro durante a vivência da parentalidade, emergiram com particular enfoque as intervenções focadas na

“preparação para o parto”, “cuidados ao bebé”, “promoção da interacção mãe/pai-filho”, “preparação do papel parental”, “promoção da vinculação”, “vigilância de saúde do bebé” e “relação terapêutica” (**Quadro 7**).

Quadro 7- Categorias e Subcategorias da dimensão: “Intervenção do enfermeiro”

DIMENSÃO	Categoria	Subcategoria
<u>Intervenção do enfermeiro</u>	- Preparação para o parto	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiologia do parto - Técnicas de respiração durante o trabalho de parto e parto - Conhecimento prévio da maternidade e dos profissionais de saúde - Convívio com outras grávidas
	- Cuidados ao bebé	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene e conforto - Alimentação - Cuidados face a alterações do estado de saúde - Prevenção de acidentes
	- Promoção da interacção mãe/pai-filho	
	- Preparação do papel parental	
	- Promoção da vinculação	
	- Vigilância de saúde do bebé	<ul style="list-style-type: none"> - Rastreio de doenças metabólicas - Avaliação do desenvolvimento psicomotor - Avaliação do crescimento - Vacinação
	- Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade - Simpatia - Sentido de humor - Confiança - Visitação domiciliária - Dar atenção - Dar informação - Partilha de experiência - Tranquilidade - Afectividade - Reforço positivo - Apoio

No que concerne à categoria “preparação para o parto” a intervenção do enfermeiro incidiu fundamentalmente nos seguintes aspectos: “fisiologia do parto”; “técnicas de respiração no trabalho de parto e parto”; “conhecimento prévio da maternidade e dos profissionais de saúde” e a promoção do “convívio com outras grávidas”. Desta forma, e pelos testemunhos das pessoas entrevistadas:

- “elas (enfermeiras) falam (...) aconselham e explicam (...) como é o parto. Como é que corre o trabalho de parto (...) a hora do parto (...). Elas (enfermeiras) tinham lá

umas imagens gravadas do bebé a nascer e isto já desde o princípio que elas vinham alertando” (E11); “a questão da respiração e da concentração foi muito boa porque na altura do parto ela (companheira) esteve sempre: ‘lembra-me daquilo que a gente treinou!’” (E8); “foi bom fazer (preparação para o parto) no hospital porque eu nunca tinha ido ao hospital nem à maternidade, eu não conhecia nenhuma enfermeira então decidi ir fazer preparação no hospital mais no sentido de me familiarizar com aquilo tudo.” (E13); “(nas aulas de preparação para o parto) era também uma maneira de estar com outras grávidas porque o meu universo é muito distante de pessoal que está ligado à maternidade (...) senti necessidade de falar com outras pessoas que estivessem a viver a mesma experiência.” (E13).

No modelo de gestão dos centros de saúde apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (2003a), é dado particular destaque à prestação de cuidados de enfermagem nos períodos significativos da vida das pessoas. Nestas inserem-se, entre outros, as consultas de enfermagem de saúde materna com vista à vigilância de saúde da grávida e do feto, a promoção do conhecimento da grávida e a preparação para o parto.

Ao investir no aumento do conhecimento e das capacidades dos clientes, o enfermeiro está a contribuir para a aquisição de confiança e domínio de novas competências por parte destes. De facto, quando o cliente se sente seguro por saber como deverá agir perante um acontecimento novo (o trabalho de parto e parto) mais facilmente será capaz de manter a calma e o controlo sobre a situação. Além disso, conhecer previamente o contexto (físico e humano) onde irá decorrer o parto e familiarizar-se com os equipamentos e profissionais que dele fazem parte facilita a posterior integração no mesmo. O convívio com outras grávidas, proporcionado durante estas aulas, possibilitou a partilha de dúvidas, receios e conhecimentos. Na verdade, os resultados dos estudos levados a cabo por Hudson, Elek e Fleck (2001) revelaram que a formação de pequenos grupos com características comuns com vista à discussão de diferentes temas relacionados com a parentalidade é uma forma de facilitar a transição, uma vez que, muitas dos sentimentos, dúvidas e medos são comuns à maioria dos participantes.

A intervenção do enfermeiro a nível dos “cuidados ao bebé” pareceu ser bastante valorizada pelos enfermeiros. De facto, entre as dezasseis entrevistas realizadas todas as pessoas fizeram referência a este tipo de intervenção por parte dos enfermeiros. Os cuidados ao bebé abrangeram várias vertentes, nomeadamente: “cuidados de higiene e conforto”; “alimentação”; “cuidados face a alterações do estado de saúde” e “prevenção de acidentes”. Assim, e nas palavras dos próprios participantes:

- “quando eu vou à consulta de enfermagem elas (enfermeiras) dão dicas sobre o que eu posso aplicar no corpo dela (filha) (...) o que é que eu posso fazer para ela dormir melhor (...) ensinaram-me a dar o banho nela, que tipo de produtos é que eu deveria usar no banho (...) ensinaram-me a mudar a fralda dela” (E16); “elas (enfermeiras) então explicaram-me como é que se devia dar o peito, colocar o biquinho dentro da boca para ela (filha) começar a mamar (...) quando é que se deve introduzir os primeiros alimentos” (E15); “houve uma altura quando ela (filha) nasceu que eu me preocupei muito, foi com a boquinha dela (...) começou a ficar com «sapinhos», tinha a boca, as gengivas, a língua, tudo, tudo branco! (...) Eu fui lá e elas (enfermeiras) explicaram-me como é que se fazia” (E3); “elas (enfermeiras) também falam (...) na segurança do bebé” (E1).

Do exposto podemos considerar que a intervenção do enfermeiro incide num trabalho de formação e preparação dos pais com o objectivo de torná-los competentes e autónomos no desempenho dos cuidados básicos que devem ser prestados ao filho, nomeadamente, higiene e conforto, sono, segurança, e alimentação. De acordo com Mercer e Walker (2006) o modo como esta intervenção é efectuada influencia de forma significativa os resultados obtidos. Segundo estas autoras, e de acordo com os resultados da sua investigação, as mães que receberam a informação através de áudio ou vídeo não apresentaram um aumento expressivo de conhecimento referindo que preferiam ter aulas ao vivo para poderem colocar as suas dúvidas. Por outro lado, as mães cuja intervenção educativa foi individualizada obtiveram resultados de sucesso. Assim, e de acordo com os resultados empíricos, podemos concluir que quando se trata de uma intervenção a nível educativo os enfermeiros devem privilegiar o contacto directo com os clientes.

Relativamente à “promoção da interacção mãe/pai-filho” os pais distinguiram o papel desempenhado pelos enfermeiros a vários níveis: “relação precoce”; “descodificação dos sinais do bebé” e “estimulação”. As intervenções de enfermagem focaram-se na educação/ensino sobre a interacção mãe/pai-filho através da construção do conhecimento e responsividade materna/paterna face às capacidades interactivas do bebé também se destacaram ao longo do discurso das pessoas entrevistadas quando verbalizarem aspectos como:

- “o apoio do pai durante a gravidez, o falar...depois do parto o bebé iria conhecer a voz do pai...isso foi uma coisa que me ficou muito marcada porque por acaso aconteceu” (E11); “Elas (enfermeiras) explicavam que ele (filho) podia ter dorzinhas podia encolher as perninhas que eram dores (...) o facto de saber quando é que ele tinha dores, eu acho que foi essa parte que me ajudou mais.” (E14); “(as enfermeiras) explicam quais os

brinquedos adequados (...) explicam o que é que eu tenho de estimular nela (filha) para o bom desenvolvimento dela” (E7).

De facto, as acções enunciadas pelos pais entrevistados e acima descritas apontam para a relevância da intervenção do enfermeiro a nível da educação/ensino sobre a interacção mãe/pai-filho, uma vez que, o conhecimento das capacidades interactivas do filho favorecem uma maior responsividade materna/paterna. Segundo Mercer e Walker (2006), este tipo de intervenção concorre no sentido da promoção da sensibilidade materna/paterna e reciprocidade nas interacções mãe-filho. Consequentemente, as percepções maternas sobre os filhos foram mais positivas. Além disso, quando o enfermeiro associa à sua intervenção acções do tipo: “ensinar”, a “demonstrar” e “treinar”, os pais expressam maior envolvimento na estimulação do filho e sensibilidade face às necessidades do mesmo. O impacto desta intervenção foi especialmente relevante quando efectuado com populações de risco e pais bebés prematuros. A este propósito, Ferreira e Costa (2004) acrescentam ainda que, no caso da prematuridade, os enfermeiros que trabalham nas unidades de Neonatologia têm um papel crucial no estabelecimento de uma interacção precoce mãe/filho/pai ao ajudar os pais no processo de descoberta e interpretação dos sinais do bebé e facultar-lhes estratégias de interacção para que a família se torne competente e autónoma no desempenho das suas responsabilidades e se sinta segura e confiante aquando do momento da alta hospitalar.

A intervenção do enfermeiro na “preparação do papel parental” foi descrita pelas pessoas que participaram no estudo da seguinte forma:

- “(as enfermeiras) falavam do papel do pai, que ele podia ajudar durante o parto (...) eu acho que elas preparam muito bem a gente para ser pais e como ia ser...souberam explicar as coisas, a gente já estava mentalmente preparados...” (E12); “Eu já tinha aquela prática com bebés mas elas dão aquela prática mais certa de fazer as coisas” (E3).

As intervenções do enfermeiro ao nível da preparação para o desempenho do papel materno/social afigura-se como uma área valorizada, uma vez que a competência e segurança no desempenho deste papel repercutir-se-á no processo de adaptação à parentalidade e no próprio desenvolvimento da criança. Mercer e Walker (2006), com base na análise de alguns estudos sobre esta temática, concluíram que os pais que foram sujeitos a este tipo de intervenção (preparação do papel maternal) exibiram uma maior sensibilidade face às necessidades da criança e ao seu desenvolvimento sócio-emocional. Consequentemente, as mães ficaram mais confiantes e competentes no

cuidado aos filhos.

A realização do papel maternal/paternal no exercício da parentalidade pode ser influenciada pela interferência de vários factores (por exemplo: variáveis maternas, variáveis da criança, apoio da sociedade, o funcionamento da família e a relação mãe-filho. No caso particular da responsividade e sensibilidade dos elementos da díade, as variáveis associadas à mãe e à criança exercem uma maior interferência (Mercer, 1981 e 1986, citada por Mercer, 2004 e Canavarro, 2001). Segundo o Modelo Transaccional (Sameroff & Fiese, 1990) mãe e filho afectam-se mutuamente e a mudança de comportamentos é feita através de passos (transacções). Em cada transacção o comportamento da mãe contribui para a mudança do comportamento do filho e vice-versa; no fim, ambos estão mudados e, consequentemente, a díade também. Na verdade, quando os pais são ajudados no processo de identificação das capacidades interactivas dos filhos, a sua predisposição para se envolverem e irem de encontro às necessidades dos mesmos é facilitada fazendo emergir sentimentos de confiança face à prestação de cuidados e satisfação com o desempenho do papel (Nurcombe *et al.*, 1984, citado por Sameroff & Fiese, 1990).

Como acabámos de verificar, o modo com a interacção mãe-filho-pai é estabelecida tem repercussões na ligação da tríade e constitui um meio através do qual se desenvolverá o processo de vinculação. O papel dos enfermeiros na “promoção da vinculação”, apesar de surgir apenas nos testemunhos de cinco pessoas das dezasseis entrevistas efectuadas, foi tido em atenção como se verifica pelos seguintes relatos:

- “Elas (enfermeiras) é que explicavam o que é que o bebé ia fazer a seguir, o que é que aparecia em cada mês, como é que ele estava, mostravam-me no computador” (E12); “Eu lembro-me que uma vez durante a noite ele (filho) estava a chorar e não era fome nem dores e elas (enfermeiras da maternidade) disseram-me que ele (filho) só queria o meu calor para eu o encostar ao peito e (sorriso) foi isso mesmo. Eu encostei-o ao peito e ele (filho) passou a noite toda ali.” (E6); “(as enfermeiras) ensinaram-nos (...) as massagens ao bebé” (E5).

Pelo que foi apresentado anteriormente, salienta-se a importância da promoção da ligação dos pais ao filho, inclusive no período gestacional. O contacto físico é, indubitavelmente, um meio, por excelência de promover a criação de laços vinculativos. A vinculação mãe/pai-filho é um pilar básico na evolução e desenvolvimento equilibrado de qualquer indivíduo, a promoção de laços vinculativos através da criação de um ambiente favorável ao estabelecimento da ligação mãe/pai-filho revelou ser valorizada pelos

enfermeiros ao longo da sua intervenção, como se pôde verificar através do testemunho das pessoas entrevistadas.

Para que uma criança cresça e se desenvolva saudavelmente, é necessário que, desde muito cedo, o meio envolvente seja capaz de satisfazer as suas necessidades básicas, proporcionando cuidados que garantam não só o seu crescimento mas que lhe confirmem protecção, estímulo e afecto, componentes indispensáveis para um desenvolvimento harmonioso. O estabelecimento da vinculação deve ser iniciado desde cedo porque é uma forma de garantir a sua sobrevivência. A presença de uma figura de referência sensível que age de forma responsiva aos seus sinais e comportamentos interactivos, capaz de lhe dispensar atenção e disponível para criar laços duradouros com ela representa um elemento essencial ao longo da sua vida. Na verdade, e de acordo com Schenk, Kelley e Schenk (2005) e Mercer e Walker (2006), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na construção e facilitação do processo de vinculação mãe-filho e pai-filho. A sua intervenção deve começar durante o acompanhamento da gravidez e prolongar-se ao momento do parto e pós-parto. Segundo os autores, durante a gravidez através da interacção que é estabelecida enfermeiro-mãe/pai, o enfermeiro pode ser um elemento facilitador do envolvimento e ligação precoce mãe/pai-feto. Ao disponibilizar informação relativa à evolução fetal, nomeadamente em relação às características e competências adquiridas ao longo do seu desenvolvimento intra-uterino e estratégias de interacção mãe/pai-filho, o enfermeiro pode dar um contributo efectivo na edificação desta ligação. A análise de estudos realizada por Mercer e Walker (2006) revelou que quando as mães haviam recebido a intervenção do enfermeiro no domicílio, nos primeiros dias após o parto, as suas percepções relativamente aos filhos eram mais positivas.

Os comportamentos de vinculação fazem parte do reportório instintivo que acompanha o bebé logo à nascença (Bowlby, 1954) e o aumento da reactividade materna no pós-parto (Klaus, Kennell & Klaus, 2000, citados por Figueiredo, 2003) podem, em associação, potenciar a resposta materna e a ligação mãe-filho e vice-versa. Cabe, pois, ao ambiente envolvente, em particular aos profissionais de saúde, tirar partido destes factores e promover condições favoráveis ao desenvolvimento da interacção, designadamente, através do contacto corporal mãe-filho nos primeiros 20 a 30 minutos a seguir ao parto, momento em que o recém-nascido apresenta um maior estado de alerta e que lhe permite responder ao som das suas vozes e olhar a mãe e o pai nos olhos. A atenção dispensada pela mãe/pai e o modo como a interacção se processa permitirá ao bebé desenvolver representações mentais das relações afectivas que estabelece com os

outros e simultaneamente da imagem que tem de si próprio (Bowlby, 1954).

Não podemos esquecer que ocorrem situações que afectam as competências do recém-nascido (por exemplo: a prematuridade) e que obrigam ao seu internamento em serviços especializados. Nestes casos, assistimos a uma separação precoce mãe-filho que pode ter repercussões negativas a nível do processo de vinculação (Bialoskurki, Cox & Hayes, 1999). Por esse facto, os enfermeiros que trabalham nessas unidades devem estar atentos a estas questões e tornarem-se elementos facilitadores do processo, nomeadamente através do encorajamento da ligação /compromisso materno (Nelson, 2003); da integração dos pais na equipa de saúde e na prestação de cuidados ao filho activando os diferentes órgãos sensoriais como o ver, o ouvir e o tocar; disponibilização de informação relativa às condições de saúde da criança e ao ambiente que a envolve (a tecnologia que caracteriza estas unidades é muitas vezes geradora de sentimentos de ansiedade, intimidação e incompetência por parte dos pais); desenvolvimento de uma parceria antecedita por um trabalho de ensino, treino e supervisão de cuidados acompanhado por uma valorização do contributo parental.

A intervenção do enfermeiro a nível da “vigilância da saúde do bebé” surgiu em doze do total das dezasseis entrevistas efectuadas. Desta categoria derivaram as subcategorias: “rastreamento de doenças metabólicas”; “avaliação do desenvolvimento psicomotor”; “avaliação do crescimento” e “vacinação”. As pessoas entrevistadas descreveram-no do seguinte modo:

- “eu fui sempre muito ao centro de saúde! Ia ter com a enfermeira X ela é que me atendeu desde o início. A primeira vez que fui foi para ir fazer o teste do pezinho.” (E13); “(as enfermeiras) Avaliam (...) o desenvolvimento...elas estão a fazer tudo para ver se o bebé está a desenvolver-se bem (...) já começaram a pôr coisinhas à frente dela para ver se ela agarra (...) se ela ouve o som” (E1); “elas (enfermeiras) pesam, medem” (E11); “Ela (filha) leva as vacinas e eu fico muito mais descansada sempre que vou lá (centro de saúde) (...) (as enfermeiras) explicam (...) as vacinas, as reacções, o que fazer...” (E8).

A importância desta intervenção foi realçada na medida em que o acompanhamento da evolução do desenvolvimento dos filhos, particularmente através da acção do enfermeiro, lhes permitiu, de certo modo, obter um retorno do seu desempenho do papel de parental, o que terá funcionado, na maioria dos casos, como um reforço positivo. Pensamos que esta situação ganha uma maior expressão, especialmente, devido ao facto de muitas destas famílias não possuírem médico assistente, sendo que algumas das crianças estavam a ser acompanhadas, exclusivamente, pelos enfermeiros do

serviço de saúde infantil do centro de saúde da sua área de residência.

Assegurar a vigilância do desenvolvimento e crescimento das crianças e o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação são objectivos previstos nas orientações técnicas que constam do “Programa-tipo de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil” (DGS, 2005). Estes aspectos também são referenciados pela Ordem dos Enfermeiros (2003a) aquando da elaboração do modelo de gestão dos centros de saúde, ao ser reforçada a importância do cumprimento destes objectivos na prestação de cuidados de enfermagem à infância.

A “relação terapêutica” desenvolvida durante a relação enfermeiro-cliente caracterizou-se por um conjunto de atitudes, comportamentos e sentimentos que foram agrupadas por: “disponibilidade”; “simpatia”; “sentido de humor”; “confiança”; “visitação domiciliária”; “dar atenção”; “dar informação”; “partilha de experiência”; “tranquilidade”; “afectividade”; “reforço positivo” e “apoio”. As pessoas entrevistadas descreveram a relação terapêutica da seguinte forma:

- “as enfermeiras sempre me disseram que sempre que a gente precisasse viesse aqui que elas estavam dispostas a ajudar!” (E12); “elas (enfermeiras) sempre foram muito simpáticas, elas vão à sala de espera e perguntam se está tudo bem com a gente e com o menino!...elas sempre foram impecáveis!” (E12); “gosto muito da X (enfermeira) tem um contacto muito próximo (...) ela é muito engraçada” (E13); “é a ligação...a relação de confiança que se cria com o profissional. Ela (enfermeira) conhece tudo sobre ele (filho), há uma relação de proximidade, além de um profissional de saúde é mais...um amigo! E é isso que era desejável, uma certa ligação.” (E9); “(as enfermeiras) sempre apoiaram, quando ele (filho) nasceu fizeram-nos uma visita, ficaram um bocadinho com a gente a conversar, a dar opiniões...” (E12); “(as enfermeiras) foram muito atenciosas! (E15); “a enfermeira chefe veio falar comigo e explicar que aquilo era normal que eu não devia ficar ansiosa porque não havia nenhum problema com a bebé...” (E15); “elas (as enfermeiras) são mães! Elas sabem! Elas dizem: ‘eu também sou mãe’. Há uma mãe que é mãe de trigêmeos e ela disse: ... eu não estava a dormir bem e não conseguia dormir à tarde, e ela disse-me: ‘vais ver que daqui a uns tempos já consegues dormir à tarde!’ e foi!” (E12); “gostei muito da Y (enfermeira), no contacto com crianças, ela, não sei se é da experiência dos anos, ela tem uma serenidade, uma doçura, uma segurança que uma pessoa que é mãe de primeira embarcação sente-se à vontade (...) gostei muito da maneira como ela gera ali aquela coisa toda, foi fácil...” (E13); “Elas (enfermeiras) foram bastante afáveis, foram mesmo carinhosas!” (E16), “elas (enfermeiras) dão elogios e dizem: ‘ele (filho) está muito grande, estão a cuidar muito bem dele!’ ” (E12); “eu senti um

bocado de apoio da parte deles, sempre que estava mais triste tentavam animar-me (...) ajudou!” (E5).

Na verdade, a descrição que as pessoas entrevistadas realizaram relativamente à relação estabelecida com os enfermeiros vão de encontro às conclusões de Lopes (2005) quando este se refere à natureza da interacção enfermeiro-cliente. A intervenção terapêutica é realçada sob duas vertentes principais: a “intervenção terapêutica de enfermagem” e a “relação com os restantes profissionais e a organização”. A “gestão de sentimentos” e a “gestão de informação” ajuda o enfermeiro a concretizar a intervenção terapêutica e, no caso do presente estudo, foram elementos facilitadores na relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais. De facto, as acções enunciadas pelas pessoas entrevistadas e acima descritas apontam para a relevância da relação terapêutica enfermeiro/cliente estabelecida com as pessoas que vivenciam a adaptação ao processo de parentalidade pode assumir a nível da prática da enfermagem, já que se tratam de acções de enfermagem de cariz autónomo. O enfermeiro pela sua formação e experiência está habilitado a estabelecer uma relação terapêutica com o cliente. A sua capacidade para compreender e respeitar o outro, abstendo-se de fazer juízos de valor permite-lhe estabelecer uma verdadeira parceria com o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

O papel terapêutico consiste no suporte e apoio dos elementos da família quando estes se encontram em situações problemáticas tanto a nível interno como externo ao contexto familiar. A este papel está subjacente uma atitude de partilha, atenção, apoio emocional e envolvimento activo com vista à resolução de problemas. Está ainda inerente a este papel o desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prevenção da doença (Hanson, 2005).

A intervenção focada na relação terapêutica é valorizada por Mercer e Walker (2006), de acordo com a análise de estudos realizada por estas autoras, quando esta intervenção foi dirigida a populações de alto risco os resultados revelaram-se particularmente positivos a nível do desenvolvimento das competências: social e materna. A duração da relação também influenciou os resultados. Assim, nos casos em que o tempo de intervenção foi mais longo as mães evidenciaram um aumento significativo das suas competências comparativamente com os casos em que a intervenção ocorreu num período de tempo mais curto. As autoras enfatizam, deste modo, a importância de ser mantida a relação enfermeiro-família na gravidez, no pós-parto e durante o desenvolvimento da criança. Na verdade, a implementação do enfermeiro de família, preconizada pela OMS em 1998 e

assumida na Conferência de Munique em 2000, é um meio de assegurar este tipo de relação dando ainda continuidade aos cuidados prestados.

A partir da análise efectuada sobre as intervenções dos enfermeiros ao longo do processo de parentalidade podemos concluir que, apesar de terem sido classificadas em categorias distintas, elas estão interligadas, complementam-se e são efectivadas através de um processo de relação. Pensamos, por este facto, que também nesta situação específica de transição, a intervenção do enfermeiro vai de encontro à própria natureza dos cuidados de enfermagem que se encontra alicerçada na relação interpessoal.

Apesar do relato das pessoas entrevistadas, na sua globalidade, se salientar pela satisfação das mesmas face aos cuidados prestados pelos enfermeiros, parece-nos importante fazer referência a alguns aspectos que estas consideraram menos positivos, sobretudo por constituírem uma oportunidade de reflectir sobre as práticas. Pelo discurso das pessoas constatamos que por vezes os enfermeiros demonstram alguma falta de: disponibilidade, conhecimento sobre os clientes e consenso nas orientações. Estas acrescentaram, ainda, que a informação transmitida durante as consultas era, por vezes, excessiva. Por outro lado, em uma ou outra situação, sentiram-se criticadas e que nem sempre foi promovida a sua dignidade, particularmente, em alguns momentos em que foram alvo de atitudes menos cuidadosas. Assim, e nas palavras das pessoas que participaram no estudo:

- “há uma enfermeira que não é assim tão...a gente chega lá ela dá a vacina e despacha...” (E8); “deveriam ter o cuidado de conhecer melhor...eu tenho quase a certeza de que ela (enfermeira) não conhece a profissão dela (companheira), o que é que eu faço, não sabem o historial (...) quem atende deveria saber um pouco do que se passou, o miúdo o que é que tem (...)” (E9); “eu tenho sempre muitas dúvidas e (...) já reparei que cada uma (enfermeira) tem a sua opinião! Não são consensuais (...) especialmente em relação às questões da pele” (E13); “A senhora (enfermeira) foi muito simpática mas foi muita informação no mesmo dia.” (E15); “há uma coisa que também me fez recuar nas perguntas (...) se eu disser outra coisa qualquer que não está bem, elas (enfermeiras) «brigam», elas não brigam mas falam num tom diferente é um tom seco e uma pessoa que vai ali quer ser bem recebida para se dar bem com as pessoas (...) parece que a gente está a fazer alguma coisa de mal” (E1); “durante a noite era muito barulho, elas (enfermeiras) não respeitam assim muito os doentes.” (E7).

Embora pontuais estas situações enunciadas por alguns entrevistados vêm reforçar a importância de os enfermeiros estarem mais atentos aquando da sua actuação

pautando-a pelo profissionalismo. Não obstante, seria a nosso ver, necessária uma análise mais minuciosa dos contextos de trabalho destes profissionais (designadamente em termos de condições físicas, recursos humanos, Sistemas de Informação em Enfermagem, entre outros, para uma compreensão mais alargada das situações referidas.

3- CONCLUSÕES

«O nosso caminho é que nos descobre, sempre que passe por nós o caminho de alguém.»

(Eduardo Sá, 2006)

A realização deste estudo foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora se conclui. Não era nossa intenção obter conclusões e resultados generalizáveis, contudo, através de um processo de análise e interpretação pretendíamos reflectir acerca das vivências dos pais que, pela primeira vez, estavam a experienciar a parentalidade e o contributo do enfermeiro ao longo do processo de adaptação à parentalidade com a intenção de podermos melhorar as práticas e proporcionarmos um acompanhamento efectivo às famílias.

Durante este percurso investigativo surgiram diferentes oportunidades de aprendizagem que procurámos explorar de forma a crescermos enquanto pessoa e enfermeiro. O mesmo permitiu-nos compreender, mais profundamente, o processo de adaptação à parentalidade através de um trabalho de pesquisa e, sobretudo, pela partilha de experiência que as famílias nos proporcionaram. A utilização da entrevista como instrumento de colheita de dados revelou-se um excelente meio de atingirmos os objectivos por nós traçados. Na verdade, as famílias que participaram no estudo prestaram um contributo inestimável na realização do presente estudo. A disponibilidade, simpatia, e capacidade de abertura face às suas vivências enriqueceram e facilitaram consideravelmente o nosso trabalho.

Apesar dos objectivos da entrevista estarem claramente definidos à priori, ficámos com a sensação que a realização da mesma foi, em muitos casos, uma oportunidade para as pessoas partilharem aspectos positivos inerentes à sua nova condição de pais mas também, e fundamentalmente, algumas dificuldades, receios e dúvidas que estavam a viver naquele momento e que careciam da intervenção do enfermeiro. Acreditamos que a utilização das estratégias propostas por Wrigth e Leahey (2002) sobre: “como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família” permitem que os enfermeiros identifiquem, muito rapidamente, as necessidades dos clientes, e a partir daí, em conjunto com o cliente, estabelecerem um plano de intervenção ajustado às reais necessidades deste.

A partir das vivências dos pais que estavam a vivenciar a parentalidade pela primeira vez foram encontradas sete dimensões: preparação da parentalidade; condições pessoais; recursos; vivência do processo; resultados do processo e intervenção do enfermeiro. A partir destas dimensões emergiram diferentes categorias, subcategorias e subsubcategorias.

Da dimensão - **preparação da parentalidade** - surgiram as categorias: desejo de ser mãe/pai; consciencialização; emoções/sentimentos associados à gravidez e parto; características da experiência do parto; preparação económica; aquisição de conhecimento e preparação precoce do pai.

A preparação para a parentalidade é um processo gradual e, de acordo com Relvas (2000), inicia-se numa fase bastante precoce da vida dos indivíduos. A representação mental de um modelo de papel parental começa a edificar-se na infância, designadamente através da interpretação os papéis de mãe e pai, da experiência vivida e da observação das próprias figuras parentais. Durante a gravidez, através de um processo imaginativo, pode fantasiar o modo como se relacionará com o bebé, contribuindo, para tal, as tecnologias de controlo da gravidez e evolução fetal, nomeadamente a ecografia. Contudo, é no momento do parto que os pais têm a possibilidade de se defrontarem com o bebé real e a partir daí encararem o seu verdadeiro papel parental.

As pessoas entrevistadas consideraram que a sua preparação teve início a partir do momento em que desejaram ter um filho, sendo que, ao longo da gravidez e à medida que o bebé se ia desenvolvendo, foram tomando consciência de que viriam a ser pais e sentiram necessidade de se prepararem economicamente e adquirirem conhecimento que lhes possibilitasse desempenhar com sucesso o seu papel de pais. A forma como obtiveram o conhecimento foi diversificada; assim, algumas das pessoas fizeram referência à experiência adquirida a cuidar de crianças, outras valorizaram o conhecimento que lhes foi transmitido na escola e, por último, e na maioria dos casos, os pais referiram-se ao recurso a meios de comunicação social, designadamente: livros/revistas, programas televisivos, Internet, etc.

A gravidez e parto, períodos no qual se integra a preparação para a parentalidade, foram etapas marcantes para as pessoas entrevistadas pela riqueza emocional que as acompanharam. Deste modo, foram descritas algumas emoções/sentimentos positivos e negativos que caracterizaram estas etapas das suas vidas. Conseguir concretizar o desejo de ter um filho é um acontecimento gerador de alegria e satisfação que atinge o

seu auge no momento do parto razão pela qual as pessoas entrevistadas caracterizaram o parto como algo compensador e magnífico.

As modificações que advêm de uma gravidez são múltiplas e têm repercussões na vida do casal e da família. Na verdade, e maioritariamente as emoções/sentimentos negativos que emergiram do discurso dos participantes estavam associados aos casos em que surgiram complicações ao longo da gravidez e que colocaram a saúde da mãe e do filho em risco. Contudo, é de salientar que mesmo nestas situações, alguns pais manifestaram emoções/sentimentos positivos como a esperança e a confiança.

Devido às alterações do papel da mulher na sociedade, a participação do pai na preparação para a parentalidade é cada vez mais comum nos dias que correm. A partilha de tarefas e o envolvimento do homem nos cuidados ao bebé e nas lidas da casa já é uma realidade em muitas famílias. Na opinião de Draper (2002), algumas das dificuldades sentidas pela incorporação de mais um elemento na família podem ser atenuadas através de uma preparação precoce do pai para a transição, designadamente a notícia da gravidez, o apoio e atenção à companheira, o acompanhamento da mulher às consultas de vigilância da gravidez e exames, a interacção com o feto através da voz e do toque na barriga da companheira e a participação no trabalho de parto e parto. De facto, a grande maioria dos homens que participaram no nosso estudo demonstraram ter efectuado este tipo de preparação precoce para a parentalidade.

A dimensão – **condições pessoais** – deu origem às categorias: características dos pais e do bebé; tipo de relação do casal; partilha de tarefas pelo casal e crenças culturais. Quanto às características dos pais e do bebé, as pessoas reconheceram que o temperamento e o estado de saúde quer dos pais quer do bebé influenciaram o modo como a adaptação à parentalidade decorreu. O tipo de relação do casal também condicionou o modo como a transição foi vivenciada. Assim, e na opinião dos participantes, quando existe cumplicidade, amor, união, estabilidade e confiança na relação, as dificuldades são mais facilmente ultrapassadas. Relativamente à partilha de tarefas do casal, as pessoas entrevistadas afirmaram que uma distribuição equitativa das tarefas contribui positivamente para o bem-estar da família e reconheceram que essa necessidade se acentuou com a chegada do bebé. As crenças culturais tiveram um papel importante na vivência da parentalidade e no modo como os pais ultrapassaram os obstáculos e encararam as situações.

Da dimensão – **recursos** – emergiram as categorias: recursos sociais; recursos da comunidade e recursos da sociedade em geral. A existência de recursos disponíveis

para os pais que se propõem ter filhos é um factor fulcral no modo como a experiência da parentalidade vai ser vivida. Pelo discurso dos participantes é notória a importância que a família e os amigos desempenham ao longo deste processo. O apoio verifica-se a diferentes níveis, nomeadamente a nível: material, psicológico, nas lidas da casa, nos cuidados ao bebé, no esclarecimento de dúvidas e partilha de experiência. Algum deste apoio também se verificou por parte dos vizinhos e colegas de trabalho. Em termos de apoios da comunidade, as pessoas entrevistadas destacaram os serviços de saúde dos quais se incluíram: o médico de clínica geral, o obstetra, o pediatra e os auxiliares de acção médica. Além dos serviços de saúde também foram referenciadas as aulas de preparação para o parto e as instituições de guarda diurna (creches). O contributo da sociedade em geral no exercício da parentalidade, apesar de não ter sido referenciado pela maioria das pessoas entrevistadas, na verdade, aquelas que estavam a passar por dificuldades económicas no momento da entrevista, e que se encontravam a beneficiar de subsídios complementares de apoio à parentalidade, reconheceram a importância dos mesmos.

A dimensão – **vivência do processo** – originou as categorias: mudanças; emoções/sentimentos associados à parentalidade e características do processo. As mudanças ocorreram essencialmente a nível dos relacionamentos do casal, da família e dos amigos. Embora algumas das pessoas não tenham identificado alteração nos diferentes níveis de relacionamento, uma grande maioria verbalizou alterações significativas que se destacaram a nível da ligação com a família. Assim, e segundo estas, o filho proporcionou uma maior proximidade entre os seus elementos. O relacionamento do casal sofreu algumas alterações que se salientaram no primeiro mês após parto, nomeadamente o ciúme e os conflitos. A atenção e a disponibilidade para com o companheiro/a também diminuiu tendo os participantes atribuído a justificação para este facto ao tempo que tinham de dispensar para os cuidados ao filho. Contudo, muitas das pessoas referiram que a presença do filho conduziu a uma maior união do casal.

Pelo testemunho dos participantes, o processo de parentalidade foi considerado compensador, apesar de difícil, gradual e, por vezes, estranho. Em nosso entender, à medida que os pais vão sentindo maior confiança e autonomia no exercício da parentalidade vão sendo capazes de encarar o processo com maior naturalidade. Na verdade, estes, durante a vivência da parentalidade, experienciaram um conjunto de emoções/sentimentos negativos que foram sendo substituídos por emoções/sentimentos positivos. Parece-nos que este facto se relacionou com a evolução do processo de

adaptação à parentalidade. À medida que o tempo foi passando, os pais apropriaram-se de novas competências e desenvolveram estratégias de *coping*, conseqüentemente o nervosismo, o medo, o desespero, a insegurança, o cansaço, a angústia, a ambivalência e a desorientação foram substituídos pelo prazer, a confiança, a alegria, a esperança, o amor, a entrega e a realização pessoal.

Da dimensão – **resultados do processo** – emergiram as seguintes categorias: reformulação de identidades; responsabilidade; domínio de novas competências; redefinição de prioridades e confiança no desempenho do novo papel. As alterações resultantes da vivência dos processos de transição reflectem a forma como os indivíduos foram capazes de ultrapassar as dificuldades/desafios e encontrar estratégias adequadas de adaptação. Pelos relatos das pessoas que participaram no nosso estudo apercebemo-nos que, através da experiência da parentalidade, os pais sofreram uma reformulação das suas identidades associada a uma redefinição de prioridades e a um maior sentido de responsabilidade. Com o passar do tempo, os pais ganharam uma maior confiança no desempenho do papel parental e adquiriram o domínio de novas competências.

A dimensão – **intervenção do enfermeiro** – deu origem às categorias: preparação para o parto; cuidados ao bebé; promoção da interacção mãe/pai-filho; preparação do papel parental; promoção da vinculação; vigilância da saúde do bebé e relação terapêutica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003a) ao apresentar o modelo de gestão dos centros de saúde, realça a preocupação face às questões relacionadas com o sucesso do exercício do processo de parentalidade, designadamente, na prestação de cuidados de enfermagem que a promoção do papel parental (ensino dos cuidados com a criança nas diferentes etapas do seu desenvolvimento), a instrução dos pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido. Mais recentemente, a importância atribuída à intervenção de enfermagem na área dos cuidados a prestar à criança é mais uma vez confirmada e manifestada quando a OE (2007) apresenta um Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde com o Core de Focos, onde a amamentação e a parentalidade surge, simultaneamente, nos diferentes contextos de assistência à saúde da mulher e da criança (Hospital, Centro de Saúde, outros). Pelo testemunho das pessoas que participaram no nosso estudo foi possível confirmar que os enfermeiros estão atentos às questões que dizem respeito à parentalidade e põem em prática medidas que promovem o sucesso da parentalidade.

O momento do parto é um acontecimento sobre o qual, desde sempre, se têm tecido diferentes considerações. As dúvidas e medos que assombram as mulheres que,

pela primeira vez vão ser mães, podem ser geradoras de ansiedade e sentimentos de impotência face ao modo como o parto irá decorrer. A preparação para o mesmo é um meio através do qual o enfermeiro pode proporcionar ao casal conhecimento e desenvolvimento de capacidades que lhes permitam ter um papel activo no parto e mantendo o auto-controlo e o domínio da situação. O ensino e o treino sobre os cuidados a prestar ao bebé são variados e exigem dos pais aprendizagem e desenvolvimento de novas competências. Mais uma vez, o enfermeiro é o profissional da saúde que pela sua posição privilegiada na equipa de saúde, tem a possibilidade de os apoiar e acompanhar durante a vivência da parentalidade.

A preparação do papel parental é bastante abrangente e, em nosso entender, resulta de um conjunto de intervenções do enfermeiro junto dos pais com vista à obtenção, por parte destes, de determinados conhecimentos que os tornem capazes de desempenhar as tarefas subjacentes à parentalidade. A promoção da vinculação é uma temática fundamental quando se trata de intervir no processo de adaptação à parentalidade, porque o conhecimento da evolução das diferentes fases da vinculação e o desenvolvimento de respostas adaptadas contribui para uma qualidade na prestação materna/paterna. Mais uma vez, ao longo do acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade, o enfermeiro tem oportunidade de identificar as dificuldades dos pais no estabelecimento da vinculação ao filho e, se necessário, intervir a nível da instrução, ensino e treino relativamente às competências parentais, que conduzem à criação de uma vinculação segura e, conseqüentemente, uma parentalidade bem sucedida. No entanto, e pelo testemunho dos participantes, os enfermeiros necessitam de investir ainda mais nesta área, uma vez que, o seu contributo a este nível foi pouco visível, dado que das dezasseis entrevistas realizadas, apenas em cinco surgiram relatos de intervenções do enfermeiro relativos à promoção da vinculação.

É, pois, importante preparar os pais para o processo de transição, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades que vão surgindo no decorrer do processo de adaptação à parentalidade, através da adequação das respostas às características e necessidades dos seus filhos. Estes aspectos serão facilitadores da interacção de qualidade que permitirá a criação de laços afectivos mútuos e um desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo saudável da criança, servindo de alicerce na relação que estabelecerá com ela própria e com o mundo. O envolvimento e investimento dos profissionais de saúde é imperativo porque, citando Biscaia (2001:62), “a inexistência de laços vinculativos iniciais com uma figura materna e/ou paterna só pode ser ultrapassada por um mundo imaginário a que um pequeno objecto ou a simples memória de um gesto dão a consistência de

realidade inabalável. Só essa memória permite uma resiliência que irá tornar possível encontros de alteridade com um futuro de permanência. (...) Ora, esse encontro deve conter em si os condimentos da eternidade.”.

A vigilância de saúde do bebé surge como uma intervenção do enfermeiro privilegiada, uma vez que, frequentemente, aparece nos relatos das pessoas entrevistadas. Assegurar que o crescimento e o desenvolvimento da criança se efectiva adequadamente e através desta avaliação identificar precocemente anomalias e agir atempadamente é, de facto, essencial. A infância corresponde a um período sensível e condicionador da saúde futura da criança, pelo que, evitar que os problemas se agravem e as sequelas se instalem é fundamental. Na verdade, é necessário que os enfermeiros continuem a desenvolver esforços no sentido de garantir que as crianças recebem os cuidados indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento harmonioso. No caso das situações de risco, é importante que seja realizada a sinalização atempada e o encaminhamento para os serviços especializados, nomeadamente as equipas de intervenção precoce.

Por último, a relação terapêutica surge integrada na intervenção do enfermeiro. Em nosso entender, esta intervenção é transversal a todas as outras e é através dela que as outras se efectivam. Sendo esta uma acção de enfermagem de cariz autónomo, o enfermeiro tem a possibilidade de construir uma relação suficientemente forte e próxima com os clientes onde a disponibilidade, o conhecimento, a acessibilidade e a confiança, entre outros, são uma constante. A relação de ajuda está inerente à intervenção terapêutica e envolve um processo comunicacional. Através desta o enfermeiro consegue ajudar o cliente no seu processo de adaptação às diferentes transições promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes e adequadas. Contudo, pelo testemunho dos participantes no estudo também depreendemos que os enfermeiros nem sempre estão atentos às questões que envolvem a comunicação. Na verdade, a comunicação é um fenómeno central na vida em sociedade e é pela comunicação que interagimos uns com os outros e somos capazes de construir uma relação. O desenvolvimento das competências comunicacionais contribui no sentido de melhor agir, elevando a qualidade da acção. Os enfermeiros necessitam de aplicar os seus saberes e habilidades comunicacionais para mais facilmente serem capazes de conhecer o indivíduo em toda a sua globalidade e nas diferentes dimensões e, assim, detectar as suas necessidades e com ele encontrar a forma de alcançar o potencial máximo de bem-estar.

Se a Enfermagem se distingue das restantes profissões pela capacidade que os seus

profissionais possuem para estabelecer relações terapêuticas com os clientes, então, há que pôr em prática essa competência em qualquer situação onde os enfermeiros se encontrem a desempenhar a sua profissão. Caso contrário, corre-se o risco de comprometer a efectivação do compromisso assumido pela Ordem dos Enfermeiros em 2001 aquando da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e da obtenção de ganhos em saúde resultantes da intervenção dos enfermeiros.

Pensamos que a intervenção do enfermeiro face a este foco de atenção deve incidir, inclusive, nas questões relacionadas com a educação dos filhos, uma vez que, e de acordo com aquilo que temos vindo a observar, os pais necessitam de algum apoio face às práticas educativas actuais. Os problemas comportamentais que começam a preocupar os pais e conduzem cada vez mais às consultas de Psicologia, reflectem, na nossa opinião, a necessidade de uma orientação precoce dos pais sobre a importância das práticas educativas. O enfermeiro, pela posição privilegiada que possui, tem a possibilidade de apoiar os pais também nesta função parental e através de um trabalho interdisciplinar dar resposta às necessidades actuais. Acreditamos que os enfermeiros estão atentos a estas questões e que, no quotidiano, não desvalorizam a intervenção a este nível. O facto dos pais não terem feito referência a este tipo de intervenção durante as entrevistas, em nosso entender, prendeu-se com a precocidade da idade dos seus filhos, sendo que as suas preocupações incidiam sobre outras vertentes.

Não restam dúvidas de que o enfermeiro tem um papel fundamental no processo de adaptação à parentalidade, a sua intervenção é bastante abrangente e exige conhecimento, empenho, perseverança e, sobretudo, muito profissionalismo. Consideramos ainda que a consecução deste papel seria facilitada através da adopção do sistema de enfermeiro de família, uma vez que, esta medida já começou a dar provas da sua eficácia noutros contextos. Deste modo, a proximidade entre o enfermeiro e as famílias deixará de ser uma utopia e ele será responsável por atingir uma grande meta: proporcionar às populações as estratégias e os meios para que cada cidadão seja capaz de alcançar um potencial máximo de bem-estar.

3.1- Limitações do estudo

A sociedade, em geral, exerce uma influência marcante sobre os indivíduos e nos seus processos de vida. Ao longo da realização do nosso estudo, e particularmente durante a análise do conteúdo das entrevistas, apercebemo-nos de que o apoio da sociedade em

geral era pouco valorizado pelas pessoas entrevistadas. Em nosso entender, esta foi uma das limitações do nosso estudo, uma vez que, Bronfenbrenner (1986), através da teoria ecológica do desenvolvimento humano, corrobora a ideia de que o indivíduo é afectado e afecta os diferentes contextos: microssistema, mesossistema, exossistema e o macrossistema (sociedade em geral) onde se insere. De facto, neste estudo, em particular, o contexto – macrossistema – não se salientou como esperado, provavelmente, devido ao facto de não ter sido suficientemente explorado aquando da realização das entrevistas.

4- BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. & Wall, K. (2002). Tipos de família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37(163), 475-506.
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em Foco*, SEP, 38, 35-38.
- Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention-first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavia Journal Caring Science*, 15, 318-325.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychology*, 44(4), 709-716.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment - A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3.^a ed.). Coleção: *Psicologia Clínica e Psiquiatria*. Coimbra: Editora Quarteto, ISBN 989-558-067-3.
- Alonso de Bem, L. & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconómico. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 63-71.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-796-249-1.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bialoskurki, M., Cox, C. & Hayes, J. (1999). The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 13(1), 66-77.
- Biscaia, J. (2001). O casal e a fecundidade. Em L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald & M. Renaud. *Novos Desafios à Bioética* (Coord.). Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-06036-0.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à*

Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora.

Bowlby, J. (1954). *Soins maternels et santé mentale* (2.^a ed.). Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss* (vol. I). London: Penguin Book.

Bradt, J. (1995). Tornando-se Pais: famílias com Filhos Pequenos. Em Carter, B., McGoldrick & colaboradores. *As mudanças no ciclo de vida familiar* (2.^a ed.), Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T. & Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce* (3.^a Reimpressão), Lisboa: Terramar, ISBN: 972-710-083-X.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), 723-742.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 287-249.

Buist, A., Morse, C. & Durkin, S. (2003). Men's Adjustment to Fatherhood: Implications for Obstetric Health Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 172-180.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental, uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto editora.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - representações e tarefas desenvolvimento. Em Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Carter, B. e McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85-7307-833-2.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce – Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.
- Crittenden, P. M. (1999). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. Em J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among at developmental risk. Monographs of the society for research in child development*, 258, 64, 145-171.
- Crittenden, P. M. (2003). *A guide to expansions and modifications of the Ainsworth Infant Strange Situation* (não publicado)
- Cronin, C. (2003). First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260–267.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-054-1.
- Damásio, A. (2003). *O sentimento de si – o corpo, a emoção e a neurologia da consciência* (14.ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671.
- De la Cuesta, C. (1994). Relationships in health visiting: enabling and mediating. *International Journal of Nursing Studies*, 31(5), 451-459.
- Decreto-Lei n.º 154/88 de 29 de Abril
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
- Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 de Agosto
- Decreto-Lei n.º 333/95 de 23 de Dezembro
- Decreto-Lei n.º 347/98 de 9 de Novembro
- Decreto-Lei n.º 77/2000 de 9 de Maio

Decreto-Lei n.º 77/2005 de 13 de Abril

Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation, *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563-570.

Fägerskiöld, A., Wahlberg, V. & Ek, A.-C. (2001), Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3, 139-147.

Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 51-57.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões desenvolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-538.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3.ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.

Fuertes, M. (1998). *A organização dos comportamentos de vinculação na criança com alterações neuromotoras*. Dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Fuertes, M. & Lopes dos Santos, P. (2003). Interacção mãe-filho e a qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Revista Psicologia*, 17(1), 43-64.

Fuertes, M. (2004). *Rotas da vinculação – O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro*. Dissertação de Doutoramento apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Gage, J., Everett, K. & Bullock, L. (2006), Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 56-62.

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.

Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social

- support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10, 60-71.
- Guerreiro, T. (2004). Relação enfermeiro-família. Em M. C. P. Neves, e S. Pacheco (Org.). *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Häggman-Laitila, E. (2003). Finnish Families' need for special support as evaluated by Public Health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing*, 20(4), 328-338.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação* (2.^a ed.). Lusociência, Loures, ISBN: 972-8383-83-5.
- Harrison, M.B. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 3-6.
- Horton, P. & Hunt, C. (1981). *Sociologia*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.
- Hudson, D., Elek, S. & Fleck, M. (2001). First-Time Mothers' and Fathers' Transition to Parenthood: Infant Care Self-Efficacy, Parenting Satisfaction, and Infant Sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31-43.
- Isabella, R. (1993). Origins os attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 12-21.
- Kennedy, J. & Kennedy, C. (2004). Attachment theory: Implications for school psychology. *Psychology in the Schools*, 41(2), 247-259.
- Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Lei n.º 35/2004 de 29 de Julho
- Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto
- Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto
- Lohaus, A., Keller, H., Ball, J., Voelker, S. & Elben, C. (2004). Maternal Sensitivity in Interactions with Three-and12-Month-Old Infants: Stability, Structural Composition, and Developmental Consequences. *Infant and Child Development*, 13(3), 235-252.

- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo*, 39(2), 220-228.
- Lopes, S. & Fernandes, P. (2005). O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem, *Sinais Vitais*, 36-42.
- Loveland-Cherry, C., Ross, L. & Kaufman, S. (1999). Effects of a home-based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. *Journal of Studies on Alcohol suppl*, 13, 94-102.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Meighan, M. M. (2004). Consequência do Papel Maternal. Em Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (Ed.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: (modelos e teorias de enfermagem)* (5.ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-0.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.
- Mendes, R. (2007). A parentalidade experimentada no masculino: as vivências da paternidade. Lisboa: CIES-ISCTE, 22, 1-24.
- Mercer, R. & Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 456-464.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 465-477.
- Nelson, Antonia M. (2003). Transition to Motherhood, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 465-477.
- Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Rede de Cuidados de Saúde Primários – Regulamento dos Centros de Saúde, princípios a salvaguardar*. Recuperado em 2008, Janeiro 15, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. SI: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado em 2008, Fevereiro 19, de http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/_97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, J. (1997). *Um bebé diferente*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pino, C. (2003). *Teoria dos sentimentos*. Lisboa: Fim de Século.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar (1993). *Vigilância pré-natal e revisão de puerpério* (2.^a ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação* (2.^a ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde*

2004-2010: orientações estratégicas. Lisboa: DGS.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, M. M., Canavarro, M. C., Araújo, A., Oliveira, C. & Monteiro, S. (2005). A adaptação paterna na transição para a parentalidade. Recuperado em 2006, Maio 15, de http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/moura/moura.htm
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0413-2.
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. Em Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Rogan, F., Shmied, V., Barclay, L., Everitt, L. & Wyllie, A. (1997). "Becoming a mother"-developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 877-885.
- Roth, P. (1996). Family health promotion during transitions. Em Bomar, Perry J., *Nurses And family health promotion in concepts, assessment, and interventions* (2.^a ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Sá, E. (2006). *Tudo o que o amor não é* (3.^a ed.). Oficina do Livro. Colecção: Extra Oficina do Livro, ISBN: 989-555-021-9.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (1990). Transactional regulation and early intervention. Em Meisels, S. & Shonkoff, J. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press.
- Schenk, L. K.; Kelley, J. H. & Schenk, M. P. (2005). Models of Maternal-Infant Attachment: A Role for Nurses. *Pediatric Nursing*, 31(6), 514-517.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image Journal Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os sentimentos: para se conhecer melhor a si a aos outros*. Lisboa: Editorial Presença.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na*

adolescência. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.

- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. Em Stanhope, M. & Lancaster, J.(Ed.), *ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4.^a ed.). Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-05-3.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação em Enfermagem: avançado o imperativo humanista* (2.^a ed.) Loures: Lusociência.
- Tarkka, M.-T., Paunonen, M. & Laippala, P. (2000b). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 20-26.
- Tarkka, M-T., Paunonen, M. & Laipalla, P. (2000a). How first-time mothers cope with child care while still in the maternity ward. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 97-104.
- Warren, L. P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Whaley, L. F. & Wong, D. L. (1989). *Enfermagem Pediátrica, elementos essenciais à intervenção efetiva* (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Wright, L. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (3.^a ed.). São Paulo: Editora Roca, ISBN: 85-7241-346-4.

ANEXOS

Anexo I - Autorização do estudo

004180 07-07-10 14:32 004180

004180 07-07-10 14:32 004180

Exmo. Sr. Presidente

do Conselho de Administração do

Centro de Saúde de

À REUNIAO DO C.A. 2007/7/11 *Stet*

DELIBERAÇÃO AUTOMÁTICA CONSULTA
DOS PROCESSOS, DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS
PELO SÍGILIO PROFISSIONAL. Acta n.º 38
INFORMA A S. IN FAMILIA. 2007/7/12
ATMUT DE CUSTAS DEFECTIVAP *Stet*

Eu, Hélia Maria Soares, portadora do Bilhete de Identidade n.º. 11941910, de 30/01/2003, do Arquivo de Identificação de Angra do Heroísmo, residente na Rua Caminho dos Diabretes, n.º 38, Terra-Chã, aluna n.º. do XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem (turma B) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade Porto, venho, por este meio, solicitar a V/Exa. autorização para proceder à consulta dos processos clínicos referentes às crianças nascidas a partir de Janeiro de 2007 (inclusive) e que fazem vigilância de saúde na V/Instituição.

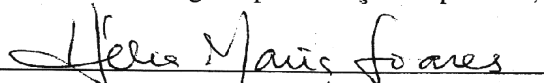
Este pedido prende-se com a elaboração da Tese de Dissertação, a qual versará o tema do papel do enfermeiro no processo de adaptação à parentalidade e pretende dar resposta à seguinte questão:

- Qual o papel do enfermeiro nas vivências dos pais, pela primeira vez, no processo de adaptação à parentalidade durante o período decorrente da licença de maternidade?

Solicito, desde já, que me seja concedida autorização para realizar o estudo na vossa instituição, desde já, agradeço.

Peço deferimento.

Atenciosamente e grata pela atenção dispensada,


(Hélia Maria Soares)

Angra do Heroísmo, 9 de Julho de 2007

Anexo II – Consentimento informado

XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem (Turma B)

Consentimento informado

Eu, _____(nome)

concordo em participar no estudo que tem como objectivos compreender a vivência dos pais no seu processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho e apreender o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro aos pais que estão a vivenciar o processo de adaptação à parentalidade nos primeiros quatro meses de vida do filho.

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim seja;
- Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos;
- Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

(contacto telefónico: 962556944)

Data:...../...../.....

Anexo III- Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

- 1- Gostaria que me contassem como tem sido a vossa vida desde que nasceu o (nome da criança)?
- 2- Quais os sentimentos, emoções que têm feito parte desta etapa?
- 3- Quais as mudanças que têm ocorrido nas vossas vidas em resultado do nascimento do vosso filho? Podia descrever-me como é o dia-a-dia?
Relacionamento com amigos, família, casal?
- 4- Como se prepararam para esta nova etapa?
- 5- Quais os recursos e apoios que vocês têm tido ao longo deste processo?
- 6- Que contributo/ajuda é que o enfermeiro vos deu? Tendo em conta este contributo, o que é que foi mais importante para vocês?
- 7- Há algum aspecto que gostassem de mencionar e que não perguntei?

Anexo IV- Categorização das entrevistas

DIMENSÃO 1: “Preparação da parentalidade”

Categoria	SubCategoria	Unidades de Registo
Desejo de ser mãe/pai		<p>E1: “era um dos meus sonhos ter um filho”</p> <p>E4: “Ela (companheira) queria muito ser mãe!”</p> <p>E5: “foi desejado! (...) o primeiro objectivo era engravidar”</p> <p>E5: “decidimos ter um filho”</p> <p>E5: “A decisão de ter um filho foi conjunta”</p> <p>E6: “eu sempre gostei de ter um filho independentemente de ser um menino ou uma menina”</p> <p>E8: “a gente naquela altura tinha muito receio de que não acontecesse (a gravidez) por isso queríamos mesmo que acontecesse!”</p> <p>E9: “a partir do momento que eu sei que tenho um bebé eu queria-o a todo o custo”</p> <p>E9: “ a gente falava com as médicas sobre a hipótese de ter filhos e a opinião delas ia de encontro à nossa, era um grande risco dada a situação de saúde dela e não valia a pena correr riscos e pôr a vida dela em perigo. Na altura nós até pusemos a hipótese de mais tarde adoptar uma criança...”</p> <p>E10: “ eu estou casada há três anos, isto foi muito, muito esperado! Porque eu sempre gostava muito de ter e depois tentei, tentei e nunca consegui e depois fiz exames e tinha quistos nos ovários e depois era sempre com aquela expectativa. A dra. L dizia que era sempre mais difícil, muito mais difícil...só que eu estava sempre com isto na cabeça.”</p> <p>E11: “ eu sempre gostei muito de crianças, desde pequenina (...) Já antes de casar tinha a cisma de engravidar, quando casei levei cinco meses a tentar engravidar”</p> <p>E11: “ a gravidez foi planeada”</p> <p>E13: “ isto começou tudo porque começamos a pensar: “havíamos de ter uma M., havia mos de ter uma M.!” e pronto, e eu como já tinha a idade que tinha pensei que ainda ia levar algum tempo até conseguir engravidar! Porque a ideia era ela nascer por esta altura!...entretanto, o R.</p>

		<p>(companheiro) como é um pequeno novo fiquei logo grávida! Foi logo à primeira!”</p> <p>E13: “ em três meses acabámos por decidir ter a bebé! E depois logo à partida a gente acabou por gostar”</p> <p>E13: “ esta gravidez foi bastante desejada”</p> <p>E14: “ casámos pela igreja e começamos logo a tentar (engravidar)! Fomos passar a lua de mel para Cuba e começámos logo a tentar”</p> <p>E14: “ eu sempre adorei crianças! Pronto, e eu sempre disse: “eu vou-me casar tarde mas quando eu casar</p> <p>quero logo ter um filho que eu adoro crianças!”.”</p> <p>E14: “ a gente tinha na ideia que queria ter! tínhamos muita vontade...”</p> <p>E14: “ preparar?!...eu tinha na minha cabeça que queria e eu acho que é a melhor preparação que a pessoa pode ter!”</p> <p>E15: “ inicialmente eu não queria ter filhos. Depois comecei a sentir...comecei a ver as minhas colegas com os seus bebés, comecei a achar que me podia vir a arrepender de não ter tido. Ele por si nunca impôs que queria ter, sempre respeitou a minha opinião e depois pronto, quisemos ter um filho...”</p> <p>E16: “ Eu sempre gostei de crianças e a gente sempre fez planos de ter (filhos)”</p> <p>E16: “ depois dela ter abortado quase que se tornou uma necessidade para ela ter um filho”</p> <p>E16: “ desde criança que sempre quis ter filhos...”</p>
Consciencialização		<p>E1: “a preparação foi no dia a dia, à medida que a barriga ia crescendo e a gente ia pensando nas coisas, eu ia-me sentindo diferente...”</p> <p>E13: “ mal a menina nasceu eu acho que a gente acaba logo por se preparar mal a viu, não é?!”</p> <p>E13: “ isto é ter a filha nos braços e veres como aquilo vai ser e fazes como podes e quando não</p>

		<p>se sabe telefona-se...”</p> <p>E14: “quando ele (filho) nasceu eu acho que esqueci quase tudo o que li! (riso) É ...a viver é diferente!...a ler e a tomar notas é uma coisa e a viver é diferente!..”</p> <p>E14: “quando a gente está a passar pelas coisas acaba por aprender as formas de...”</p> <p>E16: “ A preparação vai sendo gradual, à medida que as coisas vão surgindo, à medida que ela se vai desenvolvendo através das ecografias a gente vai vendo... aquela fase de escolher os nomes...acho que isso tudo contribui para a pessoa ir-se mentalizando para aquilo que vai ser, para aquilo que vai fazer...depois quando começa a comprar as roupinhas, os biberões...eu acho que é isso tudo. Eu não consigo pensar: “bem, eu ontem ainda não tinha a noção que ia ser pai e hoje já tenho, vou ser pai, vou ser pai!” isto é uma coisa progressiva que acontece sem a gente dar por isso.”</p> <p>E16: “Aquela parte da gravidez, dela se desenvolver, cada passo que ela ia progredindo já na barriga...temos uma filmagem dela em que ela está fechando o dedo e coçando a orelha ao mesmo tempo!...quer dizer, essas coisinhas a gente...cada coisa é um progresso. A gente dizia: “Ah, ela agora já sabe fazer isso, ela agora já abre os olhos e pisca, ela agora já engole o liquido amniótico” e víamos isso também nas ecografias! Isso tudo faz parte da preparação e a pessoa querer saber como é que vai ser e depois dela nascer toda aquela empolgação para ver e “agora ela já está rindo, ela já troca os pezinhos, ela brinca com as mãos...”</p> <p>E16: “ sempre que eu pensava ter um filho eu nunca pensava tanto nessa fase, eu sempre pensava mais além, no futuro. O que vai ser dela? Ela vai ter uma profissão? Ela vai querer estudar? Ela vai ser isso, vai ser aquilo?...isso era o tipo de preparação que eu fui fazendo enquanto ela estava dentro da barriga e aquela expectativa de como é que ela é, como é que ela não é?...”</p> <p>E6: “Eu acho que não tive tempo para me preparar, informar, tentei durante e gravidez mas não foi suficiente.”</p> <p>E8: “Eu acho que nunca há uma preparação, por mais que a gente queira...prepara-se psicologicamente mas nunca é uma preparação ... próxima da realidade, só mesmo passando pela experiência!”</p> <p>E12: “eu tinha aquela ideia: “será que isto está mesmo a acontecer?” só quando ele chegou cá fora é que a gente se apercebeu que ia ser mesmo pais!”</p> <p>E13: “eu não me preparei! (...) quando estava grávida eu não li nada para não ficar ansiosa”</p> <p>E13: “eu acho que não há preparação teórica possível”</p>
--	--	--

		<p>E13: “quando eu estava grávida eu não tinha bem a noção de que tinha um bebê a caminho (sorriso), eu não sei, é uma coisa estranha! Uma pessoa sabe que está grávida mas é uma coisa muito teórica, é muito intelecto, é muito de cabeça não é real!”</p> <p>E13: “ a gravidez era muito teórico”</p>
<p>Emoções/sentimentos associadas à gravidez e parto</p>	<p>Emoções/sentimentos positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alegria • Confiança • Prazer • Esperança • Expectativa • Êxtase • Choro de alegria 	<p>ALEGRIA</p> <p>E11: “ quando soube que estava grávida foi uma alegria (sorriso).”</p> <p>E14: “ Eu fiquei assim meio coisa, fiz uma festa logo!”</p> <p>E15: “ eu fiquei contente”</p> <p>E1: “estava contente, só de pensar que... principalmente quando vi a primeira ecografia.”</p> <p>E2: “Alegria há sempre. Ele (filho) não era para vir agora mas é sempre uma alegria. Conformámo-nos com isto (...) é claro que não era para ser agora...mas já que veio...”</p> <p>E9: “ o que predominou mais foi o sentimento de alegria”</p> <p>E9: “ Aquele entusiasmo durante o mês de Março foi uma alegria, não tinha medo de nada, ia trabalhar, estava grávida, estava muito contente na altura.”</p> <p>E11: “ Oh, aquilo era uma alegria! Aquilo para mim era...misericórdia!”</p> <p>E5: “a bebé nasceu e foi uma alegria imensa!”</p> <p>E7: “Foi uma alegria muito grande!”</p> <p>E8: “depois foi festa!”</p> <p>E8: “um espectáculo!”</p> <p>E10: “(sorriso)...foi uma alegria, nunca mais o larguei!”</p> <p>E11: “ depois dela nascer, eu não sei...foi a maior alegria!...misericórdia, foi tudo e mais alguma coisa!”</p> <p>E14: “ eu estava contente! Contento é pouco!”</p> <p>CONFIANÇA</p> <p>E4: “houve uma altura perto da hora dela nascer em que a frequência cardíaca dela começou a baixar, elas colocaram uma sonda na cabeça da bebé e viram que afinal estava tudo bem mas naquela altura eu já não estava ansiosa (...) não sei se me sentia mais apoiada...”</p>

		<p>PRAZER</p> <p>E16: “ a notícia foi bem recebida (...) foi bem recebida porque como eu já tinha tido abortos... eu queria, eu sempre achei que não era uma coisa do outro mundo, pelo menos para mim!”</p> <p>E16: “ fiquei feliz”</p> <p>E16: “ quando engravidou da M (filha) foi a mesma coisa, ficámos contentes pela gravidez”</p> <p>E16: “ ficámos contentes”</p> <p>E1: “a sensação (de estar grávida) é boa, muito boa!”</p> <p>E3: “eu estava sempre bem, sempre bem disposto.”</p> <p>E5: “eu sentia-me muito bem”</p> <p>E5- “a gravidez foi ótima, normal.”</p> <p>E7: “a gravidez correu sempre bem. Foi tudo normal e correu sempre bem.”</p> <p>E9: “ sentia-me bastante bem”</p> <p>E10: “ Ótimo!”</p> <p>E12: “ Depois continuou a gravidez, sempre tudo bem!”</p> <p>E12: “ foi bom”</p> <p>E12: “ foi bem...”</p> <p>E12: “ tive muitos momentos bons que ficam para recordar (sorriso)”</p> <p>E12: “ O que eu tenho mais falta é ele (filho) dentro da minha barriga a mexer”</p> <p>E12: “ foram experiências boas!”</p> <p>E13: “ A partir do quinto mês estas hormonas do prazer e do bem estar acabam por mascarar aquele estado e uma pessoa passa a viver aquele estado de graça.”</p> <p>E5: “depois foi ótimo”</p> <p>E7: “ela nasceu toda roxinha...eles disseram: “podes tocar!” e eu só toquei num pé...ela estava toda roxa, fez-me impressão mas, gostei de ver! É uma coisa linda!”</p> <p>E10: “ eu (...) é que cuidei dele...gostei muito!”</p> <p>E12: “ eu gostei muito foi do momento em que o tive (parto) e depois o C (companheiro) apareceu!</p>
--	--	--

		<p>eu não sei...é uma sensação que eu gostava de sentir outra vez!”</p> <p>E12: “ é lindo! (sorriso) foi uma fase bonita, pelo menos para mim é! Eu vou querer sentir outra vez!...”</p> <p>E12: “ senti-me bem porque vinham todos vê-lo (filho), mimavam-me, perguntavam se estava tudo bem comigo...”</p> <p>E13: “a bebé nasceu, eu estava no lado de fora da sala da cesária...depois uma pessoa olha para ela (filha) e começa a ver os traços (riso), acaba por ser lindo! (riso) ninguém imagina que ela é feia!”</p> <p>ESPERANÇA</p> <p>E3: “eu pensava: “se há aí tantas mulheres que são mães não há-de custar muito!”.</p> <p>E3: “Eu pensava que quando chegasse a hora havia de ser.”</p> <p>E16: “ depois daquela fase dos três, quatro meses em que víamos a coisa mais segura já ficámos mais animados (riso)”</p> <p>E4: “O pensamento era sempre: vai correr bem! E isso ajudou.”</p> <p>E4: “vivíamos cada dia da sua vez (sorriso)...”</p> <p>EXPECTATIVA</p> <p>E2: “Eu estava desejoso de o ter”</p> <p>E2: “mas o tempo nunca passava (riso)...quando chegou aos sete (meses) é que a médica disse: “quando ele quiser nascer...” mas o tempo não passava...”</p> <p>E7: “eu queria era que o tempo passasse depressa para a ver.”</p> <p>E12: “ Eu estava inquieta para ele vir cá para fora para eu ver como ele era, se era parecido com o pai...”</p> <p>E13: “ por volta dos sete oito meses já estávamos inquietos que a bebé nascesse...”</p> <p>E14: “ durante nove meses eu era: “nunca mais chega o dia, nunca mais chega ao dia!”</p> <p>ÊXTASE</p> <p>E4: “assim que a vi eu acho que até me esqueci de tudo. Eu vi que ela estava bem, ela chorava (sorriso), quando a puseram em cima de mim eu até me esqueci do problema da minha sobrinha,</p>
--	--	---

		<p>eu até achava que não era preciso o médico ver!”</p> <p>E14: “uma pessoa fica meio tolo. Fica sem saber o que fazer. Eu estava na lua, estava assim...ria por tudo e por nada (riso). Eu não conseguia definir aquilo que estava a sentir! Eu não sabia se estava contente se não estava, eu estava assim...com a cabeça na lua...quando o ouvi chorar...não tem explicação, a gente fica assim...sem saber qual é a reacção que há-de ter”</p> <p>E8: “eu estava nas nuvens!”</p> <p>CHORO DE ALEGRIA</p> <p>E1: “a primeira vez que eu vi ia chorando, mas era de alegria.”</p> <p>E7: “é uma emoção muito grande!...quando cheguei cá fora só chorava de alegria!”</p> <p>E7: “eu só chorava e eles (pais) abraçaram-me todos.</p> <p>E10: “ quando eu o vi (...) chorei! Chorei...”</p>
	<p>Emoções/sentimentos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Ambivalência • Ansiedade • Cansaço • Choque • Depressão • Desespero • Frustração • Insegurança • Medo • Nervosismo 	<p>ANGÚSTIA</p> <p>E14: “ era mesmo uma angústia que eu queria que aquilo passasse a todo o custo!...”</p> <p>E14: “ eu no princípio pensava: “eu não vou conseguir porque eu não vou saber quando é que ele tem fome, eu não vou saber (...) eu pensei: “Oh meu Deus, será que eu vou ser uma boa mãe?!” foi terrível!”</p> <p>AMBIVALÊNCIA</p> <p>E12: “fiquei (...) assustada, estava mais stressada era com o pai dele (companheiro)! É uma pessoa mais... impõe mais respeito (...) Eu fui para a escola, estive bem mas quando cheguei a casa começou aquele nervosismo (...) foi bom (...) gostei da ideia”</p> <p>ANSIEDADE</p> <p>E13: “ Fiquei a pensar muito no futuro e isso também me criou muita ansiedade no início”</p> <p>E10: “ era uma impressão diferente (movimentos fetais) que a gente não está acostumada e depois ficava mais ansiosa.”</p> <p>E10: “ a princípio eu estava sempre ansiosa mas quando comecei a sentir, quando ele mexia uma pessoa ficava...eu nervosa, ansiosa...ele espetava-me muito...ele era muito mexilhão!”</p> <p>E4: “durante a gravidez houve uma parte que foi mais ansiosa principalmente a partir das 20 semanas. Antes disso já tinha porque eu tenho uma sobrinha com um problema cardíaco e eu</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de impotência • Sofrimento • Solidão • Surpresa • Tristeza 	<p>estava sempre...”</p> <p>E4: “a partir daí (diagnóstico de ACIU) foi sempre muita ansiedade”</p> <p>E4: “toda a minha gravidez foi com a ansiedade de que alguma coisa não estivesse bem</p> <p>E4: “Lá fora (continente) eu estava sempre muito ansiosa”</p> <p>E5: “quando ela (médica) me deu os cartões da visita...eu não sei...eu fiquei sem pinga de sangue. Elas (enfermeiras) começaram logo a fazer-me a depilação, eu tremia como varas verdes, eu dizia: “é hoje que eu morro”, fiquei internada”</p> <p>E5: “aquela ansiedade se as coisas iam correr bem...”</p> <p>E8: “logo que soube que estava grávida eu fiquei de Baixa, a partir daí...para já fiquei dependente do pai e da família. Eu tive de ficar de cama, mudou um bocadinho e foi uma gravidez um bocado ansiosa, eu estava sempre com receio, já tinha o trauma da gravidez anterior não ter corrido bem...”</p> <p>E11: “ era aqueles nervos, eu não sabia o que é que ele (companheiro) tinha, não sabia o que havia de fazer para o prender mais em casa e...”</p> <p>E9: “ a situação complicou-se e eu estava muito fragilizada! Portanto, a minha auto-confiança estava completamente em baixo!”</p> <p>CANSAÇO</p> <p>E3: “o que era mais cansativo era fazer o CTG”</p> <p>E8: “havia alturas (...) antes do nascimento (...) que foram maçadoras, talvez ...por excesso de zelo da parte dela (companheiro) e é claro que chegava a uma altura que saturava. Ir ao hospital fazer CTG e esperar duas horas ... chateava!”</p> <p>E12: “ é claro que nas últimas semanas eu já estava saturada!”</p> <p>E12: “ já estava farta do peso e durante a noite tinha de me levantar muitas vezes para ir á casa de banho!...”</p> <p>E14: “ estava (...) muito cansada...”</p> <p>E15: “devido ao peso não conseguia limpar a casa como limpava”</p> <p>E15: “ eu também começava a sentir-me cansada”</p> <p>CHOQUE</p>
--	--	--

		<p>E1: “O impacto... não estava à espera”</p> <p>E1: “ao princípio, como eu não estava à espera, foi um choque”</p> <p>E5- “aos sete meses e meio eu estava no serviço e senti assim umas pontadas, uma coisa estranha (...) Eu fui à minha médica e ela disse-me que eram contracções e mandou-me para casa. Isso chocou-me porque eu sou uma pessoa muito activa e eu tive de ficar em casa sem poder sequer levantar-me, só ia à casa de banho, não podia fazer comida, não podia fazer nada! Ainda por cima foi na altura das Sanjoaninas...”</p> <p>E13: “tive uma fase para aí ao sétimo mês que foi quando me apareceu a artrite fiquei sem em poder mexer! Eu nem conseguia ir à casa de banho e vestir as cuecas! Foi uma coisa aguda que eu não me podia mexer de maneira nenhuma! Depois o médico ficou sem saber se era lúpus, fiquei também um bocado...”</p> <p>E13: “A G. (companheira) ficou grávida, acabou por mudar um bocadinho que é natural!...depois a vida também começou a ficar um bocadinho cortada porque ela estava grávida, estava em casa, ela é do Faial e está cá sozinha, depois acabava por estar aqui sozinha. Ela tem umas amigas, uma delas estava sempre cá antes de eu vir para aqui depois elas foram embora ela acabou por ficar sozinha e eu tive de me chegar mais para dentro!”</p> <p>DEPRESSÃO</p> <p>E11: “eu fiquei muito...qualquer coisa me fazia chorar.”</p> <p>E13: “Eu lembro-me perfeitamente no dia em que ela (filha) nasceu e passados uns dias, eu estava ainda no hospital e deu-me um ataque de choro, chorei, chorei”</p> <p>DESESPERO</p> <p>E7: “teve uma altura em que eu já estava a ficar desesperado”</p> <p>E14: “chegou um ponto ali que ela (companheira) estava...”vou desmaiar, vou desmaiar. Não vou conseguir!”</p> <p>E14: “Comecei a pensar: “eu não vou conseguir!””, era mesmo desistir naquela hora”</p> <p>E9: “o optimismo começou a diminuir”</p> <p>FRUSTRAÇÃO</p> <p>E4: “eu sempre pensei que quando ficasse grávida ia ser o melhor da minha vida.”</p> <p>E4: “estávamos a contar que íamos só lá fora e que ia correr tudo bem e que ia ser uma vitória que</p>
--	--	--

		<p>íamos lá fora só buscar a taça e vínhamos embora para casa.”</p> <p>INSEGURANÇA</p> <p>E3: “eu pensava: será que vai ser bom? Será que eu vou conseguir, será que não vou?”...</p> <p>E3: “eu pensava: será que vai ser fácil? Será que não?”</p> <p>E14: “ a mãe dela teve um parto difícil, estive à beira da morte. E a gente teve sempre aquela coisa: como ela é baixinha será que vai ser parto normal?...”</p> <p>E16: “ na altura em que nós íamos fazer as ecografias era sempre aquele <i>suspense</i> para ver como é que estava”</p> <p>E12: “comecei a ficar gorda! Até aos seis meses não me apareceram estrias e eu já estava confiante de que não ia ter estrias, mas depois começou a aparecer!...e eu pensava: “estou a ficar gorda, cheia de estrias (riso) vais deixar-me (companheiro)!” eram estas coisas que uma pessoa começa a pensar. Vai conhecer outra pessoa mais bem feitinha, sem estrias, vai deixar-me...pronto, eu sentia-me mal! Às vezes chorava sem ele (companheiro) ver, sentia-me mesmo mal comigo mesma!”</p> <p>E14: “ no início fiquei apavorada, via-me ao espelho e gritava que metia medo!...porque estava gorda! porque estava muito feia! estava horrorosa! Nunca mais passava!...”</p> <p>E14: “ eu comecei a ver o meu corpo a ficar...chorava mesmo, estava horrorosa! Eu tenho pena mas houve um período da gravidez que eu não apreciei porque eu olhava para mim e sentia-me...estava enorme!”</p> <p>E14: “ Eu sempre tive uma cisma...e então, eu via-me a ficar cada vez maior e não pensava que era por causa dele (filho) que era uma coisa linda! Eu pensava era na gordura e como é que ia ser”</p> <p>E14: “ quando chegava a hora de vestir, tomar duche...para mim era um massacre, era um massacre porque eu odiava. Eu saía de casa a chorar porque eu não...”</p> <p>E14: “ eu chagava-lhe (companheiro) a cabeça! E dizia-lhe: “como podes gostar de mim? eu estou gordíssima, estou feiíssima!”</p> <p>E4: “Eu não sabia o que fazer se me acontecesse alguma coisa, se chegava a tempo ao hospital...se tinha de procurar outras pessoas que eu não conhecia de parte nenhuma...”</p> <p>E4: “eu nunca sabia se me iam provocar o parto! Geralmente ia ao hospital duas vezes por semana e nunca sabia se era dessa vez que me iam provocar o parto. Como ela era pequenina e</p>
--	--	---

		<p>não viam razão nenhuma para ela ser pequenina, faziam sempre análises e diziam que eu ou podia ter um pré-eclampsia, ou não sabiam justificar o que se estava a passar.”</p> <p>E5- “eu não sabia o que ia acontecer comigo.”</p> <p>E10: “ao quinto mês a médica, na primeira ecografia... acho que acusou qualquer coisa mas nunca me disseram o que era (...) ela (médica) nunca me disse o que é que ele (filho) tinha! Disse que ele tinha um problema na nuca mas nunca me disse o que era! Só disse que era um problema mas nunca me explicou o que era”</p> <p>E10: “ eu dizia à minha mãe: “mas porque é que ela (médica) quer mandar-me lá para fora (continente) e não me explica o que é?””</p> <p>E10: “ andei, andei e nunca se resolvia nada, nunca se resolvia nada”</p> <p>E7: “quando é o primeiro filho uma pessoa fica sem saber o que fazer.”</p> <p>MEDO</p> <p>E3: “eu tive medo sobretudo na hora do parto porque ouvia falar muito...”</p> <p>E7: “quando estavas com as contracções é que estava com mais medo”</p> <p>E7: “eu estava preocupado porque eu estava a vê-la de olhos fechados, muito branca...eu passava-lhe água nos lábios...aí então, eu estava com um bocado de medo!”</p> <p>E7: “eu estava com medo”</p> <p>E12: “ eu estava meia assustada”</p> <p>E14: “(referindo-se ao parto) tinha medo”</p> <p>E16: “ o medo ficou! Como eu já tinha tido três abortos o medo ficou.”</p> <p>E16: “ aquele receio porque podia acontecer outra vez e aquele desgaste e ainda mais porque o terceiro aborto foi o pior, o bebé já era maiorzinho...”E14: “quando eu soube que estava grávida eu fiquei apavorada! A primeira coisa que eu fiz foi virar-me para ele (companheiro) e dizer: “e agora?”. Tínhamos casado, era planeado, a gente queria mas, eu fiquei com tanto medo! Eu disse: “eu não vou conseguir ser uma boa mãe!...””</p> <p>E14: “ ela (companheira) ficou um bocadinho assustada, a dizer que não ia conseguir”</p> <p>E3: “tinha medo do parto, não sabia como é que ia ser!...”</p> <p>E9: “ fiquei assustada sou diabética, fiquei preocupada por ter feito exames e tratamentos e já</p>
--	--	---

		<p>estar grávida depois não tinha tido a Diabetes controlada, foram um conjunto de factores que me preocuparam logo”</p> <p>E11: “ Eu quase que tinha medo de me mexer, meti-me aquela impressão de ela (filha)estar aqui dentro e que era meu, pensava: “será que eu a vou magoar?” até deitada de barriga para cima, nem sequer de lado para ela não estar de mau jeito!...ainda por cima a primeira gravidez!”</p> <p>E12: “ a partir dos três meses eu deixei de estudar porque eu estava com medo de me enervar com os testes, também tinhas umas dorzinhas e a minha mãe dizia: “se calhar vás abortar!” e eu fiquei com medo e deixei de estudar.”</p> <p>E13: “ eu não queria dizer a ninguém que estava grávida porque tinha medo de acontecer alguma coisa e depois ia fazer a amniocentese e tinha imenso medo de por causa da minha idade ter alguma deficiência”</p> <p>E5: “os meus pés começaram a inchar muito, muito, muito (...) pareciam bolos lêvedos! Foi horrível!...”</p> <p>E5: “eu sempre tive horror ao parto, a minha mãe esteve quase a morrer no parto do meu irmão, esteve em coma, e eu sempre tive isso na memória por isso eu sempre disse que não queria passar pelo mesmo.”</p> <p>E9: “eu não conseguia controlar os vômitos! Deram-me medicação mas era uma questão nervosa...até os líquidos do estômago eu vomitava. Foi horrroso! Enjoei toda a comida e mais alguma, até a fruta eu vomitava!”</p> <p>E11: “ Oh, era terrível! (...) aquilo era terrível. Eu não desejo a ninguém, nem ao maior inimigo! ”</p> <p>E4: “antes de fazer a ecografia das 20 semanas, eu estava sempre com medo dela ter o mesmo problema.”</p> <p>E4: “tinha medo de chegar lá e saber que alguma coisa não estava bem”</p> <p>E4: “disseram-nos que ela continuava a crescer pouco, fomos para fora, pensávamos que era para ir num dia e vir no outro, que íamos lá só para confirmar que estava tudo mal cá e afinal...chegámos lá fora e ficámos...”pedra”.</p> <p>E5: “eu tive uma tromboflebite numa perna (...) eu sabia perfeitamente o risco que estava a correr...via-me com aquela barriga enorme, pensar que podia correr risco de vida e a bebé também sofrer...para mim foi horrível, eu chorava dia e noite, não conseguia controlar-me...”</p> <p>E5: “eu sentia pânico, queria era fugir dali (maternidade), eu só chorava, houve um dia que eu</p>
--	--	--

		<p>passsei o dia a chorar.”</p> <p>E9: “o internamento de certa forma foi me criando certos medos em relação ao bebé”</p> <p>E9: “ com o internamento fui vendo outras situações e fui-me apercebendo de certos problemas que poderiam aparecer com a gravidez, com o contacto com outras doentes e comecei a criar alguns medos,”</p> <p>E9: “ a partir do momento que ela fica grávida eu apercebo-me que ela corria grandes riscos e fiquei em pânico!”</p> <p>E9: “ Um dia cheguei a casa e ela disse-me: “estou grávida!” foi terrível e eu só pensava: “isto não é possível! Isto é um pesadelo!” eu passei uma noite em claro a pensar no problema que era, a vida dela estava em risco!”</p> <p>E9: “ entrei em pânico total!”</p> <p>E9: “ eu também estava aflita e sabia que não podia estar naquela situação”</p> <p>E10: “ Nervosa por causa de saber se ia lá fora (continente)”</p> <p>E11: “ E eu sempre a pensar: “e se me rebentam as águas, se me dá as contracções? Como é que eu vou para o Banco? Eu não tenho carta de condução, não tenho carro, não tenho nada! Como é que eu me vou desenrascar?””</p> <p>NERVOSISMO</p> <p>E3: “ela ficou mais nervosa foi na altura para ter a pequena.”</p> <p>E3: “Ela queria era despachar-se e que a pequena saísse para fora e ficou nervosa...”</p> <p>E14: “eu estava um bocadinho nervoso...”</p> <p>E3: “foi um bocado de nervosismo (riso)...”</p> <p>E3: “ela (companheira) enervava-se e muitas vezes perguntava: “como é que a gente vai comprar leite, fraldas...”?”</p> <p>SENTIMENTOS DE IMPOTÊNCIA</p> <p>E9: “ começou um problema muito mais grave, ela começou a vomitar, não comia...eu fazia a comida e ela vomitava a seguir! Vomitava o pequeno-almoço, vomitava o almoço, vomitava o jantar...e comecei a sentir-me um bocado impotente.”</p> <p>E9: “ eu (...) sentia-me impotente!”</p>
--	--	--

		<p>SOFRIMENTO</p> <p>E4: “uma dor...mal... senti-me mal...”</p> <p>E3: “foi penoso...”</p> <p>E3: “então na hora do parto, eu ali com tantas dores e não me podia mexer!..”</p> <p>E4: “na altura (...) em que ele (companheiro) chegou eu já estava aflita e queria era que ele fosse para fora! (riso)”</p> <p>E11: “ a hora do parto não foi assim muito fácil (...) não digo que foi assim muito fácil”</p> <p>SOLIDÃO</p> <p>E11: “ Eu morava na rua de S. João ainda por cima, a minha mãe morava no Posto Santo e eu não tinha ninguém lá de roda e eu ainda por cima no fim da gravidez porque ele chegou a fazer isso no fim da gravidez!”</p> <p>SURPRESA</p> <p>E6: “não tinha condições nenhuma para ter um filho naquela altura”</p> <p>E6: “não estava à espera, não é que não quisesse mas mais para a frente.”</p> <p>E7: “quando a gente descobriu foi um bocadinho complicado porque não estava à espera (...) íamos casar em Julho, estava tudo planeado e, de repente, aconteceu.”</p> <p>E9: “eu não sabia que estava grávida, não tive qualquer sintoma apenas a falta de período, e eu na altura pensei que fosse outro problema qualquer (...) Fiz o teste e deu positivo (...)Na altura foi uma surpresa enorme porque mesmo quando eu fiz o teste eu estava convencida que não podia ser...já era há muito tempo que nós estávamos casados e eu nunca tinha engravidado (...) nunca pensei que fosse engravidar um dia!”</p> <p>E9: “ convenci-me que nunca ia engravidar e que não corria o risco de engravidar, tinha-me mentalizado disso!”</p> <p>E10: “ quando soube que estava grávida já estava quase de três meses. Eu era muito irregular, tinha quistos nos ovários, ficava quatro meses sem nada...e depois fiz testes, testes e não estava! Depois, quando eu já estava a desconfiar porque eu vomitei a gravidez toda! Eu como estava a vomitar muito, muito a minha mãe disse para eu ir fazer mas eu sempre disse: “eu não vou porque eu não estou, eu não estou...” depois, houve um dia que destinei a ir e deu positivo! Mas eu nunca acreditei, eu fui ao laboratório e fiz de sangue e estava.”</p>
--	--	--

		<p>E12: “eu já estava no terceiro mês e não me aparecia nada (menstruação) e a gente começou a ficar desconfiados (...) a enfermeira (...) esteve a fazer o teste, deu positivo, fiquei assim...pronto, eu já estava à espera!...a gente ainda estava a estudar, ainda estava a organizar a vida (...) fiquei surpreendida”</p> <p>E12: “ a princípio também fiquei um bocadinho surpreso”</p> <p>TRISTEZA</p> <p>E1: “nessa altura eu sentia-me triste”</p> <p>E13: “ de vez em quando dava-me uma tristeza!...”</p> <p>E14: “ ela (companheira) cismou “eu vou ficar horrível!”. E pronto, chorava mesmo!...”</p> <p>E4: “uma tristeza muito grande”</p> <p>E4: “Eu achava que estava sempre tudo bem até que eu comecei a envolver-me mais com a tristeza dela e comecei também a ficar um bocadinho triste.”</p>
	<p>- Características da experiência do parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compensador • Magnífico 	<p>COMPENSADOR</p> <p>E4: “naquele momento parecia que se tinha varrido tudo.”</p> <p>E5: “A bebé nasceu e a gente já se esquece das dores, de tudo...”</p> <p>E12: “ eu pensava assim: valeu a pena as dores que senti, que passei durante este tempo todo, valeu a pena!”</p> <p>MAGNÍFICO</p> <p>E8: “Ai! foi uma coisa...fabulosa...”</p> <p>E8: “eu acho que foi lindo!”</p> <p>E8: “é fabuloso!”</p> <p>E8: “é lindo! ...É o máximo!”</p>
Preparação económica		<p>E1: “começamos a guardar algum dinheiro”</p> <p>E6: “eu estava a tirar um curso de mecânico (...) acabei por desistir do curso e comecei a procurar emprego”</p> <p>E11: “eu comecei a preparar-me antes de engravidar (sorriso) (...) comecei a fazer o enxoval, a cama ainda não estava montada mas já estava em casa...”</p>

		<p>E11: “ Eu comecei a fazer o enxoval, roupinhas amarelinhas, bejezinho porque eu não sabia o que ia ser, para mim tanto fazia ser menino ou menina porque era o primeiro ...”</p> <p>E13: “ eu pensava: “agora tenho que poupar””</p> <p>E15: “ às vezes abdica-se de algumas coisas, por exemplo, eu comecei a achar que...eu antes de estar à espera dela (filha) comprava mais roupa, isto, aquilo...a partir do momento que estava grávida as energias vão todas para a bebé! É comprar roupas para a bebé, o enxoval da bebé, ter as coisinhas prontas!...eu gostava de arrumar os saquinhos para ir para o hospital, eu lavava, passava...era um prazer ter isso tudo direitinho.”</p> <p>E16: “ foi engraçado fazer o enxoval. Fizemos o enxoval lá fora no Brasil...”</p>
Aquisição de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento experiencial - Adquirido na escola - Adquirido pelos meios de comunicação (Livros/revistas; CD's; Internet; Programas televisivos) 	<p>CONHECIMENTO EXPERIENCIAL</p> <p>E2: “eu por acaso já cuidei de duas (crianças), a minha afilhada que foi a primeira, os sobrinhos...as minhas irmãs iam trabalhar e eu é que ficava com eles.”</p> <p>E2: “eu sempre andei com bebés ao colo por isso não foi coisa que mudasse muito!”</p> <p>E2: “eu tinha cuidado dos meus sobrinhos e nessa altura eu ia-me despachando da maneira que eu sabia e assim eu também fui aprendendo.”</p> <p>E2: “ela (companheira) já sabia alguma coisa...”</p> <p>E3: “eu já estive a trabalhar num colégio e...”</p> <p>E3: “e foi para casa de uma tia para cuidar dos pequenos dela... eu acho que isso também ajudou!”</p> <p>E4: “E depois ela também tem sobrinhos, tem experiência.”</p> <p>E6: “eu tenho quatro sobrinhos, já tenho alguma experiência.”</p> <p>E7: “a gente sempre gostou muito de bebés (...) e isso ajuda. Eu ajudei a criar um primo meu e isso ajudou muito.”</p> <p>E7: “eu tinha muito contacto com a minha sobrinha que agora tem três anos. Eu todos os dias (...) passava em casa dela para a ver, pegava nela...”</p> <p>E7: “Eu acho que isso também ajudou muito porque eu também estava sempre com ela (sobrinha), ajudava, mudava fraldas, vestia, tudo!...”</p> <p>E10: “ Durante o dia eu tenho experiência (...) a minha sobrinha que tem sete (anos) também veio</p>

		<p>com dois meses, tem um com dois anos que também veio com três meses...”</p> <p>E10: “ muito, muita experiência.”</p> <p>E11: “ eu já estava muito informada (...) através da minha família, eu tenho uma família muito grande de vez em quando há bebês...”</p> <p>E11: “lá na igreja tem um infantário com muitas crianças e eu trabalhava lá”</p> <p>E11: “ já tinha aquela experiência com bebês e sabia mais ou menos o que é que tinha de fazer”</p> <p>E12: “ eu já tinha experiência com a minha irmã...a minha mãe ia trabalhar e eu é que ficava com ela, já sabia como se mudava a fralda, dava comida...”</p> <p>E12: “ A enteada da minha avó também teve um bebê e eu ficava com ele, punha a dormir, dava a papinha”</p> <p>E12: “ O C (companheiro) (...) ajudou-me muito porque ele tinha muita experiência e no início ele não estava a trabalhar, aos poucos eu fui apanhando o jeito!...ele já estava preparado!”</p> <p>E13: “ Eu já estava habituado porque já tive experiência dos meus sobrinhos”</p> <p>E14: “ eu tenho muitas tias com bebês pequenos e isso também ajudou na experiência.”</p> <p>E14: “ eu tenho primos que a maior parte deles (...) eu acompanhei-os desde bebezinhos (...) eles foram criados ali comigo (...) e eu ficava em casa com eles...”</p> <p>E4: “os conhecimentos que eu já tinha ajudaram-me”</p> <p>E4: “para mim foi mais fácil pelo facto dela ser enfermeira, gostar da parte de saúde infantil e do tanto querer ser mãe”</p> <p>E9: “ ela sempre esteve ligada ao ensino, eu sempre gostei de ler...ela no fundo foi-me transmitindo algumas coisas...”</p> <p>E10: “eu tomo conta de crianças”</p> <p>ADQUIRIDO NA ESCOLA</p> <p>E16: “ na escola eu andei na área de ciências e era sempre aquela curiosidade que eu tive ...então, eu estava bem informada.”</p> <p>ADQUIRIDO PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO</p> <p>(Livros/revistas; CD's; Internet; Programas televisivos)</p>
--	--	---

		<p>E5: “Iemos muitos livros relacionados com a infância, a estimulação dos bebés. Estamos sempre a par daquilo que ela vai fazer a seguir e como a podemos ajudar.”</p> <p>E7: “fomo-nos preparando mesmo por nós próprios! (...) recorri a livros”</p> <p>E7: “A gente tem um livro que é: <i>A mãe e a Johnson</i> e aquele livro vai até aos dois anos e aparece as etapas todas, as mudanças que a mãe vai ter, os movimentos do bebé.”</p> <p>E8: “ela (companheira) foi estudar tudo como é que era, como é que não era, o que era preciso, portanto, foi saber as coisinhas todas.”</p> <p>E9: “eu fui lendo sempre coisas ao longo da gravidez, eu tinha um livro que o meu marido me ofereceu sobre a gravidez, o que é que ia acontecendo...”</p> <p>E9: “ a parte das leituras viraram-se muito mais para esse lado.”</p> <p>E10: “ eu li um livro da minha cunhada”</p> <p>E12: “ eu tinha lá livros para ver como era...as dores...mas até na altura eu não tinha dores.”</p> <p>E14: “eu também me dediquei à leitura de livros sobre bebés”</p> <p>E14: “eu li, li bastante!”</p> <p>E14: “(referindo-se a leitura de livros) pode ter ajudado nalgumas dúvidas que eu tinha...a acalmar nalgumas ideias que eu tinha sobre a hora do parto, eu tinha um medo terrível!”</p> <p>E15: “uma colega minha deu-me algumas revistas sobre bebés ainda na altura da gravidez e nessa altura eu li bastante, eu gosto muito de ler”</p> <p>E16: “da primeira vez que eu perdi o bebé e da segunda vez que fiquei grávida eu comprei uma enciclopédia e eu li de capa a capa! Por isso é que eu sei o que é o índice de apgar e...essas coisas assim eu sei mais ou menos”</p> <p>E16: “ tenho um CD que tem umas revistas que tem imensa variedade de temas inclusive tem sobre os pais. Há um que saiu há pouco tempo que dizia lá: “sete passos para educar melhor o seu filho”. É esse tipo de literatura que nós também consultamos.”</p> <p>E8: “Eu estava em casa, levava o computador para a cama, ligava a Internet, eu passei a gravidez toda a pesquisar...”</p> <p>E13: “ ela (companheira) procura na Internet por causa de algum medicamento, para saber o que é, o que não é...”</p> <p>E13: “ eu ia muito para a Internet procurar se podia comer isto e aquilo mas só depois dela</p>
--	--	---

		<p>nascer!”</p> <p>E16: “(recurso referido) a Internet”</p> <p>E7: “as reportagens que eu via no <i>Discovery channel</i>, acho que estávamos bem preparados”</p> <p>E9: “ Os programas que davam sobre bebês (...) gostávamos muito de ver coisas relacionadas com bebês.</p> <p>E10: “ vejo programas na televisão no <i>Discovery</i> ”</p> <p>E12: “ a gente via programas de televisão”</p> <p>E15: “ Através da televisão eu soube da importância da recolha das células estaminais.”</p> <p>E16: “(recurso referido) a televisão, o canal <i>Odisseia</i> de volta e meia dá programas sobre estes temas”</p>
Preparação precoce do pai	<ul style="list-style-type: none"> - Notícia da gravidez - Apoio à companheira - Atenção à companheira - Acompanhamento da mulher nas consultas da gravidez e exames - Interação com o feto através do toque e da voz <ul style="list-style-type: none"> - Participação no trabalho de parto - Participação no parto 	<p>NOTÍCIA DA GRAVIDEZ</p> <p>E5: “anunciámos a gravidez no Natal, soubemos em Novembro mas guardamos a notícia para a noite de Natal!”</p> <p>E7: “Ele (...) contou logo aos pais dele, à família, contou à minha família”</p> <p>E7: “eu mal cheguei e contei logo aos meus pais e aos pais dela”</p> <p>APOIO À COMPANHEIRA</p> <p>E2: “eu fiz o teste e disse a ele (companheiro) e ele deu-me ajuda...”</p> <p>E3: “Apoiei-a bastantes vezes”</p> <p>E5: “Sempre que ela (companheira) estava mais nervosa a gente saía, íamos comer fora, distraíamos...”</p> <p>E1: “ele (companheiro) estava sempre lá também. Ele estava sempre presente, fazia-me sentir bem”</p> <p>E4: “ele estava sempre comigo.”</p> <p>E7: “ele foi sempre muito próximo.”</p> <p>E7: “eu ia várias vezes ver o livro para ver como é que ela (filha) já estava, se estava a crescer o cabelo, se já está a ter unhas...sempre a tentar saber para o mês que vem como é que ela vai</p>

		<p>estar e fazíamos isso juntos.”</p> <p>E8: “ela (companheira) estava a ler um livro qualquer sobre a gravidez e eu acabava por ser eu a pessoa que estava ao lado a ouvir como é que as coisas eram...na Internet ela também via muita coisa era comigo...”</p> <p>E8: “eu acompanhei sempre as situações todas desde a parte das notinhas para levar ao médico porque às vezes ela (companheira) esquecia-se de perguntar ao médico, era quase um impulso, à partida isso estava à responsabilidade dela e estava atrás para se fosse preciso alguma coisa.”</p> <p>E11: “(o companheiro) ia comigo, ajudava-me a escolher as coisas, se não pudesse ir comigo dava-me o dinheiro ou o cartão Multibanco para fosse o que fosse”</p> <p>E12: “eu às vezes tinha umas dorezinhas e ele dizia sempre: “quando tiveres dores eu venho logo para casa!””</p> <p>ATENÇÃO À COMPANHEIRA</p> <p>E10: “davam-me os mimos todos! (...) o marido...”</p> <p>E14: “eu tive naqueles nove meses mais mimos que durante toda a minha vida! Ele (companheiro) mimou-me sempre muito e prestou-me sempre muita atenção”</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA MULHER NAS CONSULTAS DA GRAVIDEZ E EXAMES</p> <p>E2: “ele (companheiro) acompanhou-me sempre.”</p> <p>E2: “eu ia sempre com ela (companheira).”</p> <p>E3: “acompanhei-a sempre para onde ela (companheira) ia!...”</p> <p>E4: “Ele (companheiro) estava sempre comigo.”</p> <p>E5: “era muito raro eu faltar (consultas), eu ia a todas”</p> <p>E6: “ele (companheiro) acompanhava-me mais era nas ecografias...”</p> <p>E7: “Ele (companheiro) foi durante a primeira ecografia...”</p> <p>E8: “as consultas também eu acompanhei sempre...”</p> <p>E8: “ele (companheiro) ia sempre comigo (às consultas da gravidez)! Era o meu memorando.</p>
--	--	---

		<p>E12: “ eu vim ao centro de saúde mais ele (companheiro), ele sempre me acompanhou”</p> <p>E13: “ Também a acompanhei quando ela (companheira) teve de ir a Lisboa fazer a amniocentese...”</p> <p>E4: “eu nunca fui a uma ecografia que ele não fosse comigo”</p> <p>INTERACÇÃO COM O FETO ATRAVÉS DO TOQUE E DA VOZ</p> <p>E1: “(companheiro) passava-me sempre a mão na barriga, o tal toque do pai...”</p> <p>E7: “Ele (marido) falava muito para a minha barriga, conversava muito com ela (filha) ...</p> <p>E7: “(durante a gravidez) quando (companheiro) saía ou quando chegava a primeira coisa que fazia era conversar com ela (feto) ... isso então era...(riso)”</p> <p>E12: “Ela estava grávida, às vezes eu tocava-lhe na barriguinha...”</p> <p>E15: “ a gente tocava na barriga”</p> <p>PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO</p> <p>E3: “Eu estive lá no hospital a apoiá-la (companheira)”</p> <p>E7: “estive sempre lá até ela (filha) nascer...”</p> <p>E14: “(referindo-se ao período de trabalho de parto) eu ia-lhe (companheira) pondo água na boca e na testa”</p> <p>E14: “(referindo-se ao período de trabalho de parto) eu disse-lhe (companheira): “vais ver que tu consegues, faz mais um bocadinho, faz o que ela (enfermeira) te está a dizer...””</p> <p>E14: “ ele (companheiro) (...) disse: calma, relaxa, tu consegues! (...) depois cheguei ao bloco de partos e fiz o que tinha de fazer.”</p> <p>PARTICIPAÇÃO NO PARTO</p> <p>E4: “ele (companheiro) esteve sempre presente e assistiu e cortou o cordão.”</p> <p>E7: “ajudei-a a fazer força, a segurar-lhe atrás na cabeça...”</p>
--	--	--

		<p>E4: “ele assistiu ao parto”</p> <p>E7: “(na altura do parto) ele esteve sempre comigo!”</p> <p>E7: “ele (marido) assistiu mesmo ao parto, eu pensava que ele não...ele dizia sempre que ia mas que quando chegasse a hora é que ia ver...”</p> <p>E7: “na altura do parto eu é que cortei o cordão”</p> <p>E8: “Ele (companheiro) assistiu ao parto...”</p> <p>E14: “(referindo-se à participação do pai durante o parto) (sorriso) sim, assistiu. E ajudou bastante!”</p>
--	--	---

DIMENSÃO 2: “Condições pessoais”

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
- Características dos pais	- Temperamento - Estado de saúde	<p>TEMPERAMENTO</p> <p>E12: “ele (companheiro) é muito calmo! Tem de estar muito cheio para rebentar. Ao contrário de mim, eu sou muito exaltada! (...) exalto-me muito depressa.”</p> <p>E13: “Eu (...) tenho um feito meio assim...andava tudo a toque de caixa cá em casa”</p> <p>E13: “eu tenho uma personalidade que há muita gente que não gosta. Eu sou muito directa, não sou nada de meter tudo para dentro! O que tenho de dizer digo e é logo!”</p> <p>ESTADO DE SAÚDE</p> <p>E4: “eu nunca sabia se me iam provocar o parto! Geralmente ia ao hospital duas vezes por semana e nunca sabia se era dessa vez que me iam provocar o parto. Como ela era pequenina e não viam razão nenhuma para ela ser pequenina, faziam sempre análises e diziam que eu ou podia ter um pré-eclampsia, ou não sabiam justificar o que se estava a passar.”</p> <p>E5: “eu tive uma tromboflebite numa perna (...) eu sabia perfeitamente o risco que estava a correr...via-me com aquela barriga enorme, pensar que podia correr risco de vida e a bebé também sofrer...para mim foi horrível, eu chorava dia e noite, não conseguia controlar-me...”</p> <p>E8: “logo que soube que estava grávida eu fiquei de Baixa, a partir daí...para já fiquei dependente do pai e da família. Eu tive de ficar de cama, mudou um bocadinho e foi uma gravidez um bocado ansiosa, eu estava sempre com receio, já tinha o trauma da gravidez anterior não ter corrido bem...”</p> <p>E13: “tive uma fase para aí ao sétimo mês que foi quando me apareceu a artrite fiquei sem em poder mexer! Eu nem conseguia ir à casa de banho e vestir as cuecas! Foi uma coisa aguda que eu não me podia mexer de maneira nenhuma! Depois o médico ficou sem saber se era lúpus, fiquei também um bocado...”</p> <p>E5- “aos sete meses e meio eu estava no serviço e senti assim umas pontadas, uma coisa estranha (...) Eu fui à minha médica e ela disse-me que eram contracções e mandou-me para casa. Isso chocou-me porque eu sou uma pessoa muito activa e eu tive de ficar em casa sem poder sequer levantar-me, só ia à casa de banho, não podia fazer comida, não podia fazer nada! Ainda por cima foi na altura das Sanjoaninas...”</p>

		E9: “ fiquei assustada sou diabética, fiquei preocupada por ter feito exames e tratamentos e já estar grávida depois não tinha tido a Diabetes controlada, foram um conjunto de factores que me preocuparam logo”
- Características do bebé	- Temperamento - Estado de saúde	TEMPERAMENTO E6: “ele é um bebé que não dá muito molesto...” E6: é muito calmo.” E6: “ele (...) come, fica satisfeito com qualquer coisa” E7: “Ela (filha) sempre foi muito calminha!” E10: “ O bebé é muito risonho, é muito bem disposto como eu.” ESTADO DE SAÚDE E1: “Ela (filha) também sido uma bebé que tem estado bem.”
- Tipo de relação do casal	- Cumplicidade - Estabilidade - Confiança - União - Amor	CUMPLICIDADE E9: “ nós sempre fomos muito cúmplices um do outro” E9: “ Somos muito amigos e temos uma cumplicidade muito grande” E9: “apoiamo-nos mutuamente, apoiamo-nos em todas as coisas, damos força um ao outro...acabamos por estar os dois sozinhos apoiados um no outro e isto tem-se mantido desde que nos casámos até agora temos tido sempre coisas que nos movem, nos movimentam, os dois juntos e uma grande proximidade. E pronto, a confiança um no outro é básica! E9: “ nós sempre fomos mais virados um para o outro” E9: “ tudo foi construído pelos dois, muita cumplicidade, agora vamos fazer isto, agora vamos fazer aquilo...” ESTABILIDADE E9: “já lá vão dez anos e a nossa relação sempre foi muito estável”. E9: “nunca fomos um casal de ter crises!” CONFIANÇA E9: “ a nível da relação temos uma grande confiança (...) um no outro”

		<p>UNIÃO</p> <p>E10: “ nós somos muito unidos, ele (companheiro) não é de sair muito. Onde ele (companheiro) sai é pescar! De resto está sempre em casa! Depois... a gente está sempre muito juntos”</p> <p>AMOR</p> <p>E9: “A confiança, o amor, tudo isto...é como se fosse um só! Somos duas partes de um só! E agora temos mais outra parte e acho que...(riso) é a santíssima trindade!”</p>
- Partilha de tarefas pelo casal	<p>- Cuidar do bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar conta • Pegar ao colo • Vestir • Dar o banho • Mudar a fralda • Alimentar <p>- Cuidar da casa</p>	<p>CUIDAR DO BEBÉ</p> <p>E1: “ela (filha) quando acordava durante a noite se eu não podia ele estava lá, é assim, ele tem-me ajudado e eu ajudo-o a ele.”</p> <p>E1: “Quando ela (companheira) vai trabalhar à noite eu consigo ficar com a pequena.”</p> <p>E2: “Enquanto ele (companheiro) toma conta do L. eu faço a lida da casa.”</p> <p>E3: “eu tomo conta dela (filha)”</p> <p>E3: “eu fico com a pequena, ela (companheira) arranja o jantar”</p> <p>E4: “Eu costumo participar nos cuidados”</p> <p>E4: “Quando ele chega a casa ele tem de estar um bocadinho com ela para que eu possa adiantar alguma coisa nas tarefas da casa, não é?!”</p> <p>E12: “ele (companheiro) fica com o bebé enquanto eu lavo a louça, passo a roupa...”</p> <p>E15: “ às vezes enquanto eu arrumava a mesa ele (companheiro) ficava com ela (filha) um bocadinho”</p> <p>E15: “ quando tenho de fazer alguma coisa eu deixo que ele (companheiro) fique com ela (filha) um bocadinho a brincar com ela ou andar no carrinho”</p> <p>E16: “ Às vezes eu ficava meia noite acordado, ela (companheira) ficava a outra noite, íamos trocando, ou às vezes eu ficava a noite inteira.”</p> <p>E16: “ ao domingo ele (companheiro) fica com ela (filha) para eu ir descansar”</p> <p>E3: “pegar ao colo...”</p> <p>E6: “eu pego nele (filho)”</p> <p>E7: “Ele (companheiro) chega, ela (filha) vai para o colo do pai”</p>

		<p>E7: “Ele (companheiro) pega-lhe ao colo”</p> <p>E12: “ Ele (companheiro) (...) anda com ele (filho) ao colo,”</p> <p>E14: “ durante a noite enquanto ela (companheira) prepara o biberão eu vou buscá-lo ao berço, pego nele...”</p> <p>E3: “no banhinho...”</p> <p>E4: “a gente tenta sempre a parte do banho dar sempre os dois, poderá haver alguma altura em que não possamos estar os dois mas é muito raro. É sempre um momento em que podemos estar os três envolvidos numa actividade”</p> <p>E5: “Damos o banho”</p> <p>E6: “ele (companheiro) já lhe deu banho!”</p> <p>E13: “ dar banho”</p> <p>E3: “mudar a fralda”</p> <p>E6: “Às vezes mudo a fralda”</p> <p>E7: “Ele (companheiro) muda a fralda”</p> <p>E12: “ Ele (companheiro) (...) muda-lhe a fraldinha”</p> <p>E13: “ às vezes é preciso mudar a fralda e eu mudo”</p> <p>E14: “ outro dia mudou uma fralda!...”</p> <p>E7: “a vestir ele (companheiro) também ajuda.</p> <p>E14: “ Eu costumo dar o biberão...”</p> <p>E14: “ levantava-me muitas vezes durante a noite para fazer o biberão a ele...”</p> <p>CUIDAR DA CASA</p> <p>E1: “ele (companheiro) ajuda-me a arrumar o quarto.”</p> <p>E1: “eu não tenho muito jeito para estas coisas mas a gente tem de ir aprendendo senão ela (companheira) fica sobrecarregada e não pode ser.”</p> <p>E12: “o C (companheiro) sempre me ajudou. Desde que começamos a viver juntos ele sempre ajudou a arrumar o quarto, aspirar a casa, limpar o pó, ele sempre ajudou! Quando eu me sentia mais em baixo</p>
--	--	---

		<p>ele arrumava o quarto sozinho, fazia as coisas que tinha para fazer...”</p> <p>E13: “ às vezes vou para a cozinha e lavo a louça”</p> <p>E14: “ lavo uns biberões de vez em quando...”</p> <p>E16: “ eu fico com ela (filha) para ele (companheiro) ir passar o aspirador”</p>
- Crenças culturais		<p>E14: “antes de lhe (filho) cair o umbigo eu fiz aí um filme!...eu fiquei tanto aflita! Para já ficou com um cheiro horroroso e eu chorava muito porque ele estava tão limpinho, tão lavadinho e como é que tinha aquele cheiro?! Um cheiro horroroso, um cheiro horroroso! A gente foi à Serreta (...) eu fui à igreja da Serreta e disse a Nossa Senhora: “Tu havias de fazer cair aquele umbigo que aquilo está-me a chatear!”</p> <p>E14: “ quando ele (filho) teve a conjuntivite o que é que eu havia de pôr, comecei por pôr soro mas acabei por pôr foi malvas, uma coisa que as pessoas antigas dizem!...aquilo é uma maravilha! Até quando eu tive infecções urinárias ajudou-me muito!”</p> <p>E14: “deu-me uma aflição e eu só dizia: “o umbigo caiu, o umbigo caiu! E agora?!” a minha mãe disse: “Oh mulher, calma. Vai-se meter uma moedinha para ficar direitinho, a gaze, vai-se desinfetar, meter a moedinha, embrulhar com uma liga (...) a minha preocupação era: “Ah, os gatos não podem comer o umbigo! os gatos não podem comer o umbigo!...” (riso) (...) são coisas antigas, são coisas que as pessoas antigas têm (...) a minha mãe (disse): “eu vou queimar o umbigo como queimei o teu!” e depois a preocupação era: “o que vou fazer às cinzas?! Que era para os gatos não terem hipótese...” (riso) (...) são aflições! A gente pensa em tudo...os mais pequenos pormenores, a gente pensa que não pode acontecer aquilo ou não sei o quê!...é aflitivo!”</p> <p>E12: “as pessoas vinham cá a casa e queriam era dar-lhe beijos nas mãos!...ai, eu ficava!...não queria ser malcriada com as pessoas mas não queria que elas dessem beijos nas mãos!...foi muito complicado (...) ainda há muito a questão cultural do dar beijos nos bebés! E depois pensam que nas mãos é o melhor quando nas mãos é o pior porque eles vão com as mãos à boca! Mas, antigamente acho que se dizia aqui na Terceira que se dessem beijos na cara os bebés ficavam com borbulhas na cara! As pessoas não dão beijos na cara, dão beijos nas mãos...”</p>

DIMENSÃO 3: “Recursos”

Categoria	SubCategoria	SubSubCategoria	Unidades de Registo
- Sociais	- Família	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio material • Apoio psicológico • Apoio nas lidas da casa • Apoio nos cuidados ao bebé • Esclarecer dúvidas • Partilha de experiência 	<p>APOIO MATERIAL</p> <p>E1: “Disseram (familiares) (...) que nada ia faltar à menina, estavam dispostos a dar tudo.”</p> <p>E2: “(a quem recorrem) à minha mãe, à família...a maioria é à família (...) empresta dinheiro e quando ele recebe a gente paga.”</p> <p>E3: “a minha irmã dizia: “vocês não se preocupem que a gente há-de ajudar e não lhe há-de faltar nada”. O pai dela (referindo-se à companheira) e a tia estão a ajudar bastante. Teve uma altura em que estávamos com mais dificuldades e eles compraram fraldas, toalhetes...uma madrinha dela (...) também ajudou bastante a gente...o pai dela foi à farmácia falar com o senhor da farmácia para quando a gente precisasse alguma coisa fosse lá buscar e pagamos no fim do mês”</p> <p>E11: “ Até o sustento da menina são eles (família do marido) que me dão.”</p> <p>E12: “ a minha sogra disse: “a tua mãe também há-de ajudar, vou fazer o que puder para vos ajudar.””</p> <p>E12: “ ele (sogro) disse logo: “é preciso acabar os estudos! Não se preocupem que não lhe vai faltar nada, o que interessa são os estudos!”.”</p> <p>E12: “ a minha mãe, a minha sogra davam toalhetes, fraldas, a roupa quase toda foi oferecida pela minha sogra!”</p> <p>E16: “quando nós estivemos desempregados tivemos sempre o apoio dos meus pais e dos pais dela...e então fomos resolvendo as coisas aos poucos mas está a correr bem!”</p> <p>APOIO PSICOLÓGICO</p> <p>E1: “a minha mãe, a minha sogra, o meu sogro, o meu pai, as minhas tias, o meu irmão (...) Eles apoiaram-me aí, disseram que era para vir (continuar a gravidez)”</p> <p>E3: “diziam para eu tentar não pensar nisso, que era preciso respirar fundo, esperar que as coisas acontecessem porque tinham que acontecer de qualquer maneira.”</p>

			<p>E3: “Na gravidez ela (cunhada) ajudava-me sempre, se ela me via nervosa ela dizia que os bebés percebiam por isso tentava-me distrair.”</p> <p>E7: “toda a gente aceitou bem (gravidez) (...) toda a gente aceitou logo...”</p> <p>E11: “ era à minha mãe! A primeira coisa que eu fazia era telefonar à minha mãe.”</p> <p>E11: “ Cheguei a vir para casa dela (mãe) várias vezes. Ele (companheiro) ia para casa da mãe e eu ligava à minha mãe e ela mandava-me um táxi e eu ia para cima.”</p> <p>E11: “ Para desabafar era mais à minha irmã porque eu não gostava muito de me abrir com a minha mãe e com o meu pai, eles podiam criar-lhe (companheiro) aquela raiva e isso eu não queria. Mas, para desabafar era mais com a minha irmã. Eu ia a casa dela, estava lá um bocadinho e falava.”</p> <p>E12: “ Ela (sogra) disse: “o que vocês decidirem eu também decido, por mim tudo bem”</p> <p>E10: “davam-me os mimos todos (...) como a mãe, os irmãos...”</p> <p>APOIO NAS LIDAS DA CASA</p> <p>E15: “ não tive assim aquele stress de ter de tomar conta da casa, tomar conta de roupas e ainda ter a bebé, nunca tive esse problema! Tive a ajuda das avós para isso (sorriso)”</p> <p>E15: “ ela (mãe) estava sempre disponível e ajudava-me, fazia-me o jantar...eu também tive tempo estes quatro meses para estar com a AR (filha), não tive aquela preocupação de ter de fazer...a minha sogra também ajudava, ele (companheiro) almoçava em casa da minha sogra os primeiros dias para eu poder dormir um bocadinho...”</p> <p>APOIO NOS CUIDADOS AO BEBÉ</p> <p>E1: “eu sabia que a minha mãe estava aqui, ela tem cinco, ela ia-me ajudar e também a minha sogra”</p> <p>E1: “durante o dia (...) quando a minha mãe chega também fica com a bebé”</p> <p>E2: “a gente se quer sair pede à avó dele e ela toma conta”</p> <p>E3: “a pegar, quando ela tinha uma dorzinha ela acalmava-a, e como eu</p>
--	--	--	--

			<p>estava muito nervosa e ele estava a trabalhar na altura (...)</p> <p>E5: “se eu quero sair um bocadinho e ir à Praia, deixo-a (filha) com os meus pais, se quero ir a Angra deixo-a com os meus sogros.”</p> <p>E6: “Nessa parte foi ela (sogra) que me deitou a mão (...) ela ajudou-me muito”</p> <p>E11: “ na primeira semana eu disposição não tinha muita, ela (filha) chorava ou qualquer coisa e eu pedia socorro à minha mãe, ela é que me pôs sempre muito a mão.”</p> <p>E11: “ teve muitas vezes que eu...sobretudo na primeira semana em que eu tive de pedir socorro à minha mãe e à minha irmã que estava cá e que também me ia deitando a mão”</p> <p>E12: “ Às vezes a minha sogra fica com ele (filho)”</p> <p>E15: “ tivemos sempre o apoio da minha mãe!”</p> <p>E15: “ ainda hoje se eu quero ir a algum sítio a minha mãe fica com ela (filha).”</p> <p>E16: “ Na altura a gente estava a morar com a minha mãe que também ajudava e a minha irmã. Agora estamos com os pais dela e então durante o dia a mãe dela ajuda e mesmo durante a noite ela ainda ajuda!”</p> <p>E16: “ às vezes ela (filha) acorda, eu acordo às sete meia, oito horas da manhã, eu venho para a sala, a minha mãe levanta-se, fica com ela e eu vou dormir e fico até às onze, mais ou menos...e então dá para descansar”</p> <p>ESCLARECER DÚVIDAS</p> <p>E1: “algumas coisas em que eu tenho muitas dúvidas (...) eu vou perguntando ou a uma (mãe) ou a outra (sogra)”</p> <p>E3: “A minha cunhada também me ajudou muito, quando eu tinha alguma dúvida e não sabia o que se estava a passar eu chamava por ela.</p> <p>E7: “quando eu tinha alguma dúvida, mesmo na altura em que eu tive as contracções a pessoa que eu mais me lembrava era ela (cunhada) eu ia sempre era para ela.</p> <p>E13: “ Ela (companheira) telefona para a irmã”</p>
--	--	--	---

			<p>E13: “a minha irmã que já é avó é enfermeira! (...) ela também me ajudava muito e as dúvidas que eu tinha ligava a ela.”</p> <p>E14: “Quando havia uma dúvida a gente informava-se ou com a minha mãe, ou com a mãe dela...”</p> <p>PARTILHA DE EXPERIÊNCIA</p> <p>E3: “ela (cunhada) sabia e dizia: “são cólicas!”.</p> <p>E6: “a experiência da minha sogra, da minha mãe...”</p> <p>E6: “ela (sogra) com a sua experiência ajudava-me, deitava-o de barriga para baixo, explicava as massagens como é que se fazia, ela conseguia acalmá-lo plenamente.</p> <p>E7: “a minha cunhada tem uma filha com três anos e era com ela que eu conversava. Ela era a pessoa tinha sido mãe mais recentemente, ela gostava mesmo de ajudar, ela dizia sempre: “a minha experiência não quer dizer que seja a tua porque cada pessoa é sempre diferente!”</p> <p>E8: “A minha mãe (...) e a família! (...) as pessoas dizem como é que foi os seus filhos, como é que fazem...”</p> <p>E12: “a minha sogra dizia: “quando ele (filho) estiver cá fora vai ser assim...vais ter de fazer isto, aquilo...daqui a um tempo vai começar a comer a sopinha, primeiro a cenoura depois a abóbora, a fruta vai ser primeiro a maçã...como é que se faz...ela tem uma filha pequena por isso ela ainda se lembra (sorriso)”</p> <p>E13: “ela (cunhada) é enfermeira e tem duas filhas o que lhe dá alguma experiência...”</p> <p>E13: “a minha irmã já é avó e eu telefonava muitas vezes a ela”</p> <p>E13: “elas (mãe e ama) sabem o que é que hão-de fazer. A minha mãe já é bisavó!...”</p> <p>E14: “A minha cunhada também teve um bebé há quatro anos também muitas vezes me ajudou.”</p>
--	--	--	--

			<p>E14: “ ao longo dos processos a gente íamos pedindo uma opinião para ultrapassar ou à minha ou à mãe dela, ou à minha irmã...”</p> <p>E15: “a minha mãe. Naqueles primeiros dias ela vinha e passava as tardes todas aqui comigo e também foi-me ajudando”</p> <p>E15: “ Ela (mãe) diz: “agora que a bebé faz isto tem cuidado com isso...””</p> <p>E16: “ Ela (mãe) dá-me alguns conselhos”</p> <p>E16: “a minha mãe dizia: “quando tiveres um filho vais ser assim, vai ser assado”, então, isso já era um tipo de preparação porque ela dizia: “prepara-te porque quando tiveres um filho não vais ter tempo para dormir””</p>
	- Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio material • Apoio psicológico • Partilha de experiência 	<p>APOIO MATERIAL</p> <p>E1: “lá no meu trabalho, a gente tem a felicidade de ter muitos amigos, ainda noutro dia eles disseram-me: “tem à porta uma encomenda para ti”, era um saco de roupa”</p> <p>E1: “a gente às vezes tem algumas prendas inesperadas... mas é a tal coisa, é de amigos”</p> <p>E1: “os meus amigos (...) fizeram-me uma festa antes da bebé nascer, ofereceram-me presentes e quando ela nasceu eu já tinha um bocado de coisas.”</p> <p>APOIO PSICOLÓGICO</p> <p>E13: “ uma das minhas melhores amigas (...) teve uma bebé três semanas antes da AR (filha) na Holanda, e a gente falava e eu perguntava-lhe: “como é que fazias?” e ela dizia: “vou para a Internet ler, vê isto, vê aquilo...””</p>

			PARTILHA DE EXPERIÊNCIA E14: “ eu tenho uma amiga minha que me ajudou, às vezes eu telefonava-lhe a perguntar...a gente conversava...”
	- Vizinha	• Partilha de experiência	E9: “(a vizinha) tem quatro filhos e também é mãe de um prematuro (...) ela (vizinha) tinha tudo aquilo que eu queria saber!” E9: “ Uma das pessoas que nos valeu foi aqui a nossa vizinha que quando ele tinha qualquer coisa nós recorriamos e perguntávamos: “não existe qualquer coisa...?” e ela: “Ah, existe é o colimil...”, ela no fundo elucidou!...” E9: “nós fomos tirando muitas dúvidas com a nossa vizinha, ela tem sido espectacular!”
	- Colegas	• Partilha de experiência	E15: “ quando o umbigo caiu foi o primeiro banho, eu perguntei a uma colega minha como é que ela tinha feito, ela explicou-me mais ou menos como é que se pegava no bebé para dar o banho” E15: “ algumas colegas minhas que já foram mães e que me vão explicando”
- Comunidade	- Serviços de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Clínico geral • Obstetra • Pediatra • Auxiliares de acção médica 	• Esclarecer dúvidas • Dar informação sobre o desenvolvimento fetal • Simpatia • Disponibilidade • Confiança • Dedicação	E13: “eu fui às consultas todas! Quando eu não sabia alguma coisa perguntava-lhe (médico assistente)” E15: “ a minha médica de família, também gosto muito dela! Ela aceitou logo a menina, vou às consultas e faço os aconselhamentos com ela” E12: “os médicos que iam lá (obstetrícia) eram muito simpáticos” E14: “ quando ela (médica) fazia as ecografias ela dizia: “as mãos, os pés, as pernas...” ela explicava-me o que estava ali” E9: “Algumas dúvidas que eu tinha...ela (pediatra) estava sempre disponível! Neste momento a gente chega lá à consulta pergunta alguma coisa... ela tem sido impecável!” E12: “ os médicos que iam lá (obstetrícia) (...) perguntavam se a gente tinha alguma dúvida...” E9: “(pediatra) Demonstra confiança.” E9: “ ela (pediatra) dizia: “isto não é nada, com as capacidades que vocês têm vão se desenrascar perfeitamente!” (...) foi um voto de confiança!”

			<p>E9: “a dra. F (pediatra) foi incansável! Ela tratou do nosso filho como se fosse um filho dela!</p> <p>E5: “As auxiliares foram muito simpáticas.”</p> <p>E9: “as auxiliares foram excepcionais, aquilo que elas me aturaram!...eu acabava de comer e vomitava tudo!”</p> <p>E5: “Eu acho que as auxiliares da maternidade fazem um trabalho belíssimo e são uma grande ajuda para as doentes! (...) as auxiliares estão mais à mão, mais disponíveis, eu acho que elas são muito importantes.”</p>
	<p>- Aulas de preparação para o parto e pós-parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Treino de exercícios respiratórios e pélvicos • Massagem infantil 	<p>E7: “ajudou muito, mesmo a nível prático a gente em muitas aulas fazia exercícios para a zona pélvica, mesmo a nível de respiração...isso ajudou-me muito porque na hora a gente está lá e quer fazer força mas não pode fazer e nessa altura a respiração ajudou-me muito.”</p> <p>E7: “ela (fisioterapeuta) deu aulas de massagens para ajudar nas cólicas”</p>
	- Creche		<p>E5: “Apesar de eu só regressar ao trabalho em Fevereiro já começo a pensar como vai ser difícil deixá-la na creche.”</p> <p>E9: “ a preparação dela para recomeçar a vida profissional e pô-lo no colégio. Temos algum receio por isso temos de nos preparar psicologicamente para entrar naquele mundo da aprendizagem”</p> <p>E9: “ conheço uma das educadoras que lá está (creche) porque ela esteve a estagiar na escola onde eu trabalho, e confio nos profissionais de lá, estou tranquila. Eu não seria capaz de o deixar com qualquer pessoa</p> <p>E13: “ andei à procura de ama e não encontrei! E para ir pô-la em casa de uma pessoa, não quero! Se for para sair de casa para ir pô-la num sítio então vou pô-la no infantário! (...) eu andei à procura de uma miúda mas não consegui”</p>
- Sociedade em	- Leis de protecção e apoio à		E3: “o abono (referindo-se ao abono de família) dela (filha) que é só para as

geral	parentalidade		coisas que ela (filha) precisa...” E12: “a assistente social dá-nos um subsídio (referindo-se ao Rendimento Social de Inserção).”
-------	---------------	--	--

DIMENSÃO 4: “Vivência do processo”

Categoria	SubCategoria	SubSubCategoria	Unidades de Registro
- Mudanças	- Relacionamento do casal	<ul style="list-style-type: none"> • Maior união • Conflitos • Ciúme • Menos atenção ao companheiro/a • Menos disponibilidade para o companheiro/a • Manutenção do relacionamento 	<p>MAIOR UNIÃO</p> <p>E1: “eu acho que fez-me apegar mais a ele (companheiro) ainda.”</p> <p>E5: “Estamos mais unidos”</p> <p>E7: “ficámos mais próximos (...) eu acho que ficámos mais próximos.”</p> <p>E9: “ o bebé é mais um elemento, mais um elo de ligação mas existe já um elo muito forte, solidificou um bocadinho”</p> <p>E12: “ eu acho que a nossa relação não mudou, até acho que ficou foi melhor!”</p> <p>E12: “ Eu acho que a nossa relação foi sempre para melhor.”</p> <p>E12: “ ficámos mais unidos por causa do bebé!”</p> <p>E16: “ união...quer dizer, nós sempre fomos bastante apegados mas aquela sensação de estar grávida, ele também tinha aquele sentimento: “Ela tem um bebé meu...””</p> <p>E16: “ partilhar (...)“Olha, ela (filha) hoje fez isto, ela hoje andou a rodar dentro da barriga...” ”</p> <p>E16: “ nós sempre compartilhamos tudo e ela (filha) foi mais uma coisa que nós partilhamos, então eu acho que isso só serviu para nos unir mais.”</p> <p>E8: “nós tentamos estar mais juntos”</p> <p>E8: “Antes vivíamos muito mais os nossos trabalhos, os nossos problemas da rua e eu acho que passámos a viver mais um para o outro”</p> <p>E8: “acabámos por (...) estar mais preocupados em estar em casa...em estar mais um com o outro...eu acho! Pelo menos eu sentia!”</p> <p>CONFLITOS</p> <p>E11: “durante a gravidez, foi difícil porque já começaram as brigas e as discussões com o marido e tudo a gente esteve separados durante a gravidez, já no fim ficámos juntos outra vez mas já na altura em que a menina nasceu estávamos separados”</p> <p>E2: “a respeito de brigas, eu acho que antes a gente brigava mais...tem dias...”</p> <p>E3: “houve algumas alterações mas não foi assim muitas. Era a respeito de coisas que</p>

			<p>a gente tinha sobre o passado e ela (companheira) estava sempre a implicar e eu ficava assim...depois a gente discutia que era assim mesmo...foi isso mais ou menos...”</p> <p>E3: “A gente juntou-se, eu contei o meu passado a ela (companheira), ela contou-me o seu mas ela estava sempre a picar no meu.”</p> <p>E3: “Eh pá, eu ficava chateado porque eu já lhe tinha dito tudo e ela (companheira) não precisava de ir buscar as mesmas conversas...agora não, ela sempre já não fala tanto mas de vez em quando ainda fala. A gente às vezes só discute por causa dessas coisas mais nada...de resto eu acho que ela não tem nenhuma razão de queixa.”</p> <p>E3: “(riso) é verdade...eu sempre fui uma pessoa que estava sempre a picar, então foi sempre isso...”</p> <p>E3: “mas, isso já é feito dela...já...isso é uma coisa que vai ser até ao resto da vida. (riso)”</p> <p>E4: “às vezes (distribuição de tarefas) é motivo de conflito porque tanto eu como ele achamos que o que nós temos que fazer é muito importante e ele acha que quando chega a casa também precisa de tempo para fazer as suas coisas. Mas a gente vai tentando...”</p> <p>E6: “no meio das discussões ele acaba por ficar chateado comigo, interfere bastante!”</p> <p>E6: “Às vezes a gente tem as nossas discussões porque não temos diálogo”</p> <p>E9: “ dentro de um casamento há sempre algumas divergências, às vezes a gente briga para ver quem é que fica com ele ao colo, para ver qual o tempo que a gente fica mais com ele ao colo (riso)”</p> <p>E12: “ houve um dia que eu estava enervada de não dormir muito e ele (companheiro) estava a experimentar um jogo novo que ele tinha comprado e eu comecei a brigar com ele porque ele não estava a dar atenção ao bebé!”</p> <p>E13: “ Ainda por cima foi naquela altura em que houve aquela crise de moscas aí! Ai que horror! Era moscas por todo o lado e a bebé pequeninha, dava-me cada ataque de má criação!...andava sempre atrás de todos para não deixarem nenhuma fresta aberta, para matarem as moscas era a minha mãe e o R. (companheiro), era tudo de pano na mão! Se eu via uma mosca entrava em pânico! Ainda por cima sou microbiologista, tenho a noção da porcaria toda, andava sempre a chateá-los,”</p> <p>E13: “ quando ela (filha) está a dormir que não precisa nada mas que é preciso fazer</p>
--	--	--	---

			<p>companhia quando ela chora e não sei que mais, aí há um certo conflito (...) mal ela (filha) pega a dormir ele (companheiro) tem oportunidade já foi!”</p> <p>E14: “ ele tem consciência de que podia fazer mais mas também não faz! Está como o outro: ”se eu não fizer alguém há-de fazer!” ele podia ajudar mais (...) Eu também tenho um feitio muito complicadinho, eu não posso ver nada fora do sítio! (...) eu não posso ver uma coisa suja que não vá limpar! Eu sei que às vezes fico chata!”</p> <p>CIÚME</p> <p>E11: “ ninguém me tira da cabeça que ele tem é ciúmes da filha! Antes éramos só a gente os dois, eu era só para ele e agora com a filha é diferente. Ele mudou muito foi assim que eu engravidei”</p> <p>E11: “ Se ele (companheiro) já andava amuado, ciumento antes de ela nascer, então, depois dela nascer ainda foi pior.”</p> <p>E11: “ E depois da menina nascer, então, piorou! E ele estava sempre “ai essa menina...” pois então? Ela precisa de atenção! Ou a chuchinha, ou...”a menina agora é tudo!...””</p> <p>E11: “ se ele (ex-companheiro) estava sozinho com ela (filha), se eu me chegasse para o pé dela para lhe dar mimos é que não... aquilo era ciúmes, era ciúmes!”</p> <p>MENOS ATENÇÃO AO COMPANHEIRO/A</p> <p>E4: “mudou um bocadinho, a atenção não vai ser só para uma pessoa, vai ter que ser neste momento, se calhar, mais para ela (filha).”</p> <p>E7: “(a filha) prende sempre mais um bocadinho...”</p> <p>E7: “ela (filha) acordada a gente dá sempre mais atenção a ela (filha)!...”</p> <p>E12: “ já não podemos dar atenção só um ao outro temos de dar atenção ao bebé também...”</p> <p>E14: “ eu dou dá mais atenção é ao bebé, muito mais, mas de longe! Menos atenção a ele!... (companheiro) (sorriso)”</p> <p>E14: “ eu sei que ele (filho) é bebé e precisa de...e eu também lhe dou mais atenção a ele (filho).”</p> <p>E14: “ a gente passou a dar mais atenção ao bebé”</p>
--	--	--	--

			<p>MENOS DISPONIBILIDADE PARA O COMPANHEIRO/A</p> <p>E1: “Há certas vezes em que eu acho pouco, mas o tempo é sempre o mesmo, ele (companheiro) entra à tarde, eu também entro à tarde, e estou a trabalhar quase à mesma hora que ele e estou bastante tempo com ele, pelo menos agora estes dois meses. Quando ele está de manhã, eu estou só duas horas com ele, é claro que começa a criar saudades e isso mas tem de ser...”</p> <p>E4: “menos tempo agora.”</p> <p>E4: “sim, menos tempo agora”</p> <p>E7: “Ele (companheiro) também está comigo mas já é diferente.”</p> <p>E7: “pois, sempre rouba algum tempo. Por exemplo: eu posso ir deitar-me e ela (companheira) ainda fica com a bebé...antes, quando estávamos sozinhos tínhamos mais tempo para estarmos a conversar...”</p> <p>E11: “ (o tempo) ficou muito reduzido porque é praticamente nada.”</p> <p>E16: “Às vezes é difícil porque eu tenho a M. (filha) e depois a gente tem que conversar com o marido ou isso e ele quer conversar e eu tenho é sono mas consegue-se conciliar bem as coisas.”</p> <p>MANUTENÇÃO DO RELACIONAMENTO</p> <p>E15: “ eu acho que (o relacionamento) ficou mais ou menos no mesmo.”</p> <p>E15: “ eu acho que não mudou.”</p>
	- Relacionamento com a família	<ul style="list-style-type: none"> • Maior proximidade • Conflitos • Manutenção do relacionamento 	<p>MAIOR PROXIMIDADE</p> <p>E4: “eu acho que estamos mais próximos. Eles (familiares) estão sempre inquietos que levemos o netinho lá.”</p> <p>E4: “A minha família sempre foi muito unida”</p> <p>E4: “a família sempre foi muito chegada”</p> <p>E4: “estão sempre inquietos que apareçamos lá”</p> <p>E4: “Não é que eles antes não gostassem que fossemos lá mas agora ainda mais.”</p> <p>E4: “querem os netos sempre lá em casa”</p> <p>E5: “Os meus familiares estão sempre ansiosos por nos verem tanto os meus pais</p>

			<p>como os meus sogros é uma alegria quando estamos todos juntos.”</p> <p>E8: “com a família eu acho que ainda ficámos mais próximos”</p> <p>E13: “ com a família, eu acabo por ir lá menos vezes (...) Se calhar ficamos mais próximos apesar de nos vermos menos vezes.”</p> <p>E13:” em relação à família há uma proximidade maior porque eu dantes era muito solta no mundo e não sei que mais!... e agora eu sinto necessidade de falar com a minha mãe por isto ou por aquele outro... eu antes nunca tinha saudades deles e agora tenho! Quando eu tive a AR (filha) telefonava mais vezes à minha mãe. Pronto, tem a D. L. que foi a senhora que nos criou e tudo e tem as sabedorias todas e as coisas todas...uma pessoa sente-se segura, está ali...está-se consolando (...) a proximidade foi mais física porque nós somos todos muito chegados!”</p> <p>E13: “ ligamos, falamos e juntamo-nos sempre! Somos muito próximos nesse sentido. Pedimos opiniões mas a proximidade física não existia tanto! Cada um está no seu canto mas agora tenho mais essa vontade de estar junto...”</p> <p>E14: “ ficámos mais próximos. Foi melhor para todos.”</p> <p>E15: “(referindo-se à relação com a família) aí eu acho que mudou, está mais próxima. Ela (companheira) tem a mãe aí quase todos os dias, antes ela vinha mas era lá de vez em quando.”</p> <p>E15: “ com a minha mãe eu já tinha uma relação muito próxima. Mas agora como eu já sei como a experiência que ela tinha passado já temos mais assuntos para conversar.”</p> <p>E16: “ eu sempre tive um relacionamento muito, achegado com a minha família. (riso) eu nunca vivo muito tempo longe deles (riso), eu costumo dizer à minha mãe que ainda não cortei o cordão umbilical tanto que eu considero a minha mãe a minha melhor amiga! Então agora o nosso relacionamento só ficou mais achegado!”</p> <p>E16: “nós ainda ficamos mais amarrados.”</p> <p>E3: “eu quando estive grávida fiquei mal com o meu pai! A gente teve uma discussão e deixou de se falar mas quando ela nasceu ele foi vê-la e a gente fez as pazes. Era o primeiro neto do meu pai...não sei se foi por isso...”</p> <p>CONFLITOS</p> <p>E6: “o mais complicado para mim foi a família (...) Na altura da gravidez ele ficou desempregado por causa do curso e aquela pressão... eles (familiares) diziam: “tu</p>
--	--	--	---

			<p>estás grávida e ele desempregado”, tiravam-lhe o juízo e achavam que ele era malandro e aquilo fazia-me uma pressão porque para além de eu estar a ver que ele se tinha inscrito no centro de emprego, a dar o nome em firmas, na construção civil para trabalhar e nada aparecia...ele tinha aquela pressão em cima e...aquilo era terrível!”</p> <p>E6: “nunca mais foi a mesma coisa! Quando ele (companheiro) começou a trabalhar ainda continuaram a dizer que ele (companheiro) não ia segurar o emprego!...”</p> <p>E6: “foi uma pressão enorme! E mesmo depois dele (companheiro) arranjar emprego eles (familiares) continuavam sempre a picar”</p> <p>E11: “ Com a família eu também fiquei os primeiros dias revoltada mas não foi assim...até cheguei a dizer coisas que pisavam, cheguei a dizer várias vezes a meu pai e minha mãe, coisas que talvez os pisassem bastante e depois de pensar naquilo eu até ficava arrependida e ia pedir desculpa porque eu não me sentia bem...isso foi várias vezes.”</p> <p>E12: “(reacção face à notícia da gravidez) eu disse a ela (mãe) e ela começou logo a disparatar! (riso). Ela (mãe) começou logo a brigar, a minha avó também. Elas ficaram naquele momento...pronto, não estavam à espera! Ficaram assustadas, surpreendidas. Depois passou-se, a minha mãe telefonou, pediu-me desculpa por ter brigado comigo e disse que não estava à espera, começou a chorar e disse: “a gente está contentes”.</p> <p>MANUTENÇÃO DO RELACIONAMENTO</p> <p>E3: “ficou igual”</p> <p>E9: “ É sempre a mesma coisa“</p> <p>E12: “com a família...não mudou nada!...”</p>
	- Relacionamento com os amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento • Manutenção do relacionamento 	<p>AFASTAMENTO</p> <p>E4: “Juntamo-nos menos.”</p> <p>E13: “com os amigos...pois agora é diferente. Eles fazem um estilo de vida que eu já não posso fazer...agora os nossos ritmos são diferentes...”E6: “eu até reparei que desde o casamento que houve ali um afastamento dos amigos, a convivência com os amigos já não é o que era, a gente telefona mas afastaram-se (...) saíamos à noite...e foi uma coisa que mudou completamente. Deixei de participar...”</p> <p>E8: “com os amigos, acabámos por nos afastar mais (...) de todos!”</p>

			<p>E12: “ a gente quando começou a namorar passámos a andar sozinhos um com o outro! Contentávamo-nos a dizer apenas olá aos amigos”</p> <p>E12: “ Quando a gente começou a namorar deixou de conviver tanto”</p> <p>E13: “ eu tinha amigos como dois ou três casais mas que agora a gente vê-se menos porque antes como eu é que era a solteira ia a casa deles, eu estava disponível, eles tinham os seus ritmos, não podiam vir e eu ia, agora eles estão encalacrados, eu estou encalacrada...e pronto (...) o LP e a C que são um casal com quem eu me dou muito, eles têm a casa cheia de siameses orientais Albuquerque (...) mas agora eu não quero ir para lá com a AR (filha) porque ainda por cima ela é toda alérgica e toda comichosa eu tenho medo de a levar lá e ela vir para casa com um ataque!...eu estou sempre a dizer para eles virem cá mas eles também têm as suas vidas complicadas...isto agora está numa fase que toda a gente tem as suas vidas complicadas (...) depois têm mais as crianças e mais não sei e depois chega-se à noite podres de sono e vamo-nos deitar porque amanhã é novo dia e pronto!...”</p> <p>E14: “ O grupo de amigos que eu andava um deles tem uma bebé de oito meses, um outro teve um bebé um mês e meio depois, o meu irmão também arranhou uma namorada e passa mais tempo com ela agora...ao fim e ao cabo acabámos por sossegar quase todos ao mesmo tempo...há pouco tempo marcámos um jantar aos casais, fomos todos, saímos todos...”</p> <p>MANUTENÇÃO DO RELACIONAMENTO</p> <p>E4: “mas quando nos vemos não temos uma relação menos boa por não nos vermos todos os dias ou todos os fins de semana!”</p> <p>E9: “ não houve alteração (...) mantém-se sempre, sempre que precisamos deles eles (amigos) estão lá”</p> <p>E13: “ eu como trabalho à noite acabo por vê-los (amigos) lá à noite!”</p> <p>E13: “ tenho três ou quatro pessoas que são mesmo amigos. Agora, esses mantiveram-se, o JJ e o E vêm cá da mesma maneira, eu vou lá acima, eles vêm cá abaixo da mesma maneira!...”</p> <p>E15: “(referindo-se ao relacionamento com os amigos) é o mesmo.”</p> <p>E16: “(riso) nós ficámos mais distantes porque eles (amigos)ficaram lá (Madeira) e nós viemos para cá (...) mas sempre que cá vieram nós ficámos mais juntos.”</p>
--	--	--	---

			E16: “ a relação com os amigos não mudou em nada!”
- Emoções/sentimentos associadas à parentalidade	- Emoções/sentimentos positivos: <ul style="list-style-type: none"> • Prazer • Confiança • Alegria • Esperança • Amor • Realização pessoal • Entrega 		PRAZER E1: “foi bom!” E1: “Tem sido bom” E1: “eu gostei” E1: “para mim, no meu entender, tem sido ótima” E2: “é bom. Eu estou inquieto que ele (filho) cresça para o levar ao futebol, aos toiros...” E3: “tem sido bom.” E3: “é bom” E5: “é muito bom” E6: “é bom!” E6: “eu gosto muito de cuidar dele” E9: “ apesar de toda esta situação tem sido bom!” E9: “Tem sido uma experiência muito boa.” E10: “ Ah, foi muito bom! (sorriso) muito bom!” E10: “ estou muito feliz por ser mãe! É uma experiência ótima” E11: “qualquer coisinha que ela faça é uma novidade, eu fico toda babada!...” E11: “quando ela (filha) começa a fazer qualquer coisinha nova, há pouco tempo ela começou a falar sozinha, é uma novidade muito grande (...) é bom” E12: “está a ser bom! Eu recomendo a toda a gente!” E12: “a gente brinca com ele (filho) também é bom, ele gosta de brincar....” E13: “ sinto-me bem!...eu gosto de estar com ela (filha)” E14: “ eu estou a trabalhar eu estou sempre com vontade de vir para casa para estar com ele, para lhe pegar um bocadinho”

			<p>E15: “(riso) eu por acaso estou a gostar muito!(referindo-se à experiência de ser mãe)”</p> <p>E15: “(sorriso) é bom!(referindo-se à experiência de ser pai)”</p> <p>E15: “ a gente às vezes fica horas pasmados a olhar para ela (filha)! Ela ri eu olho para ela, é como se ela fosse um menino Jesus da casa.”</p> <p>E16: “ apesar de quando ela (companheira) engravidou, e mesmo agora, a gente não estar numa situação muito fácil mas ela (filha) acaba por ofuscar essas coisas. A gente quando está com ela, a brincar...a gente acaba por se esquecer desses pormenores e quando ela (companheira) estava grávida era igual! Aquele momento em que a gente estava atentos a ela (filha) era um momento de felicidade, estávamos a partilhar coisas e continua a ser, claro!”</p> <p>E16: “ é agradável as pessoas verem e dizerem: “ai que bonitinha!”...”</p> <p>E16: “ até hoje comprar roupinha para ela é uma diversão! A gente passa lá e: “Ai essa roupinha linda, via ficar linda nela!” (sorriso).”</p> <p>E16: “ é uma experiência boa”</p> <p>CONFIANÇA</p> <p>E3: “eu não tive muitas dificuldades.”</p> <p>E9: “descobrimos (...) que talvez a gente tem algum jeito para os miúdos”</p> <p>E10: “ Não me assusta nada!”</p> <p>E12: “ para mim foi fácil”</p> <p>E12: “ eu acho que foi fácil! Para mim foi! (sorriso)”</p> <p>ALEGRIA</p> <p>E6: “é uma alegria.”</p> <p>E7: “isto é uma alegria!”</p> <p>E15: “ mas também tenho aquelas alegrias (sorriso) que ela dá quando ela se ri,”</p> <p>E16: “(emoções associadas à experiência de ser mãe/pai) alegria...”</p>
--	--	--	---

		<p>ESPERANÇA</p> <p>E9: “ eu dizia-lhe: “tudo se resolve, a gente vai saber, a gente vai resolver” e foi isso que eu pensei. Muitos pais em situações mais complicadas não têm formação...e nós temos alguma formação, vamos saber! Vamos perguntar a quem tem filhos...”</p> <p>E13: “ depois dela nascer a sensação que uma pessoa tem é de que a gente se há-de desenrascar e pronto!...ela (filha) está comigo e está com Deus!”</p> <p>AMOR</p> <p>E1: “a gente tem aquele carinho”</p> <p>E6: “o amor...o carinho...”</p> <p>E9: “ O prazer da ligação com ele e o amor que nós lhe temos...é tudo muito intenso!”</p> <p>E16: “ aquele carinho e amor que a gente tem por ela (filha)...”</p> <p>REALIZAÇÃO PESSOAL</p> <p>E13: “ sinto-me realizado como pai”</p> <p>E14: “ um filho nosso?!... é...eu acho que é um concretizar ...é aí que uma pessoa se realiza por completo. É uma coisa mesmo...eu não sei como descrever!...é complicado! (riso) sem palavras!...(riso). A vida começa a ser...a conversa de café com os colegas que também foram pais e a ideia é a mesma: a pessoa completa-se!...”</p> <p>ENTREGA</p> <p>E9: “ há uma entrega muito grande a esta posição de pais.”</p>
	<p>- Emoções/sentimentos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nervosismo • Medo • Desespero • Insegurança • Cansaço • Angústia 	<p>NERVOSISMO</p> <p>E1: “no primeiro mês ela (companheira) não estava habituada à noite, de acordar várias vezes, mais ou menos de três em três horas, a gente ficava meio assustados”</p> <p>E3: “eu ficava muito nervosa, eu nunca tinha sido mãe!”</p> <p>E6: “ficava nervosíssima!”</p> <p>MEDO</p> <p>E3: “Eu tinha aquele medo (...) aquele medo de pegar (...) O pai tinha medo de pegar nela.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalência • Desorientação 	<p>E3: “eu tenho sempre aquele medo, quando ela (filha) está a chorar, ela (companheira) já sabe como é que se faz, eu fico nervoso!”</p> <p>E6: “para pegar nele (filho), eu não fico muito à vontade...”</p> <p>E6: “(sorriso) ele (companheiro) pega bem nele (filho) mas tem algum receio.”</p> <p>E6: “eu tenho receio porque somos grandes e eles são pequeninos”</p> <p>E6: “eu tenho medo de ele se finar ou...”</p> <p>E6: “ele era muito pequenino e eu não sabia que ele ia nascer daquela maneira e era uma coisa que eu nunca tinha feito. Eu nunca tinha pegado num bebé, nunca tinha tocado...eu via mas tinha aquele receio...”</p> <p>E7: “ela (filha) sempre a chorar, aí é que eu acho que uma pessoa fica aflita!”</p> <p>E8: “os primeiros dias eu tinha muito medo!...talvez a primeira semana. Eu tinha medo de estar deitado porque ela (filha) dormia, e ainda dorme na nossa cama...”</p> <p>E8: “tinha receio (...) a meio da noite (...) ela (filha) passava para a nossa cama (...) tinha receio de poder virar para cima dela”</p> <p>E9: “ na altura em que a médica disse para ele ir para casa eu sinceramente senti-me... um bocado de receio! (...) só me apetecia dizer: “ele não pode ficar mais uma semana?””</p> <p>E9: “ Quando o A (marido) me disse: “o A. C. (filho) vai sair hoje”, eu entrei em pânico”</p> <p>E12: “ Eu tenho medo é quando ele (filho) for maior, se ele fizer má criações eu não sei se vou ter calma para não me irritar.”</p> <p>E14: “ nasce o G e eu fico outra vez aterrorizada! (sorriso) “meu Deus, o que é que eu vou fazer (riso)...o que é que eu vou fazer quando ele chorar? Como é que eu vou saber que ele tem fome?...” depois eu não tive leite, tive muito pouco! “como é que eu vai ser? Ele está a chorar de quê? O que é que lhe dói? Ele é tão pequenino, como é que se pega? Como é que se lava?...É aflitivo!...(silêncio)”</p> <p>E14: “ à noite (...) Eu já tinha pavor daquela hora! Eu olhava para o relógio e dizia: “está quase...” porque mesmo que ele (filho) estivesse a dormir, ele acordava! Era impressionante, parecia um relógio! Eu sabia que lhe ia dar aquelas cólicas e que não havia muito a fazer. Eu dava-lhe água, sabia que não era sede mas dava-lhe água...não era fome, eu dava-lhe as gotinhas para as cólicas mas não passava! Durante cinco</p>
--	---	--

			<p>minutos, meia hora ele gritava, gritava...”</p> <p>DESESPERO</p> <p>E3: “às vezes ela dá-lhe umas birras para adormecer que eu fico desesperada (...) eu digo-lhe: “Oh N. a mãe qualquer dia vai atirar-te por esta janela fora!” (riso). Eu depois fico arrependida...eu acalmo, deito-me com ela e ela também acalma. Mas, quando eu tenho coisas para fazer eu digo coisas...”</p> <p>E6: “eu às vezes entrava em desespero até chorar com ele eu chorava!”</p> <p>E6: “eu chorava,”</p> <p>E7: “(referindo-se a um episódio em que a filha teve cólicas) ele (companheiro) ficou desesperado...”</p> <p>E7: “era um desespero porque ela (filha) chorava e a gente ficava sem saber porque é que ela chorava e sem saber com fazer para que ela parasse de chorar!”</p> <p>E9: “ ela (companheira) às vezes estava em pânico a chorar em casa”</p> <p>E14: “ antes de lhe cair o umbigo eu fiz aí um filme!...eu fiquei tanto aflita! Para já ficou com um cheiro horroroso e eu chorava muito porque ele estava tão limpinho, tão lavadinho e como é que tinha aquele cheiro?! Um cheiro horroroso, um cheiro horroroso!”</p> <p>E14: “ ele (companheiro) chegava a casa e eu estava inchada de chorar.”</p> <p>E14:” Às vezes eu telefonava-lhe (companheiro) aflita e dizia-lhe: “por favor vem para casa porque eu já não estou a aguentar mais!..”</p> <p>INSEGURANÇA</p> <p>E5: “ela chorava e eu pensava que o mundo ia desabar, que ela ia morrer!”</p> <p>E5: “No início, o primeiro filho...não sabemos nada!”</p> <p>E5: “era aquela falta de experiência, a gente não sabia como fazer...”</p> <p>E6: “Eu não tinha experiência nenhuma”</p> <p>E7: “a gente ali sem saber como é que havia de fazer, ela não queria de barriga para baixo, não queria de barriga para cima. Eu não sabia se era realmente cólicas ou não”</p> <p>E9: “pais pela primeira vez... a gente não sabe nada! Praticamente zero!...eu lembro-</p>
--	--	--	--

			<p>me de pensar: “porque é que ele chora?”</p> <p>E9: “Eu (...) pensava: “eu não sei nada!”</p> <p>E9: “ o bebé era muito pequenino, eu não tinha experiência nenhuma com bebés...”</p> <p>E13: “ o primeiro mês foi aquela loucura que eu acho que acontece a toda a gente. Eu nunca me senti tão incompetente na vida! Até aí eu fazia a minha vida normal, trabalhava, saía...”</p> <p>E13: “ eu não sabia nada! Eu não tinha critérios do que era normalidade, do que é que eu devia fazer! E depois eu tinha sempre aquela sensação de que qualquer criatura que aparecesse à frente por mais estúpida e incompetente que fosse eu achava que o conselho dela era o mais sábio do mundo! (riso) eu é que não sabia nada! Era horrível! Eu sou uma “frick control”, tenho sempre que controlar e saber o que estou fazendo e como estou fazendo e sentia-me sempre a nadar na maionese! Uma vez o A (amigo) apareceu aí, e ainda por cima eu entro logo em pânico! E apareceu-lhe um muco nas fezes e era fim de semana e eu não podia telefonar à médica! E eu não sabia se aquilo era normal!...”</p> <p>E13: “ Eu não tinha era critério de normalidade! Eu não sabia nada!”</p> <p>E14: “ quando eu vim para casa com ele (filho) eu senti-me sem chão! Porque no hospital a gente tem as enfermeiras, tem os doutores que passam lá e explicam. Vim para casa, tinha a minha mãe, tinha a minha sogra mas é diferente...uma pessoa não sabe bem onde é que está a pisar!”</p> <p>E15: “ a gente não sabe se vai saber lavar, dar de comer...o primeiro dia que dei o biberão estava sozinha, não sabia bem se havia de deitá-la, como havia de fazer!...porque entretanto eu dava era o peito e no outro dia já não tinha leite e tive de ir comprar o leite para dar...”</p> <p>E15: “ Já estava em casa mas era fim de semana e eu não tinha ninguém a quem recorrer, a minha mãe não estava em casa, eu não lhe podia telefonar e perguntar: “como é que se dá o biberão? é deitadinha?” Não tinha ninguém que tivesse essa experiência foi mais...eu não sabia como é que havia de dar a ela e essa experiência foi um bocadinho...mas depois começou a correr bem!”</p> <p>E15: “ Os primeiros dias a gente não sabe como é que há-de dar de mamar, como é que há-de vestir, tem medo de pegar nos bracinhos dela... é frágil...os primeiros dias foi mais aquela experiência de... quando ela chorava eu não sabia se ela tinha dores, se chorava</p>
--	--	--	--

			<p>com fome, porque é que ela estava a chorar, não sabia se ela devia ficar deitadinha,”</p> <p>CANSAÇÃO</p> <p>E4: A A.R. (filha) chora e eu tenho que ir à A. R., a mãe depois diz: “é altura do banho”, temos de ir dar o banho, “olha agora vamos comer”, “olha agora ela vai comer”, “agora não posso, vais tu” e o trabalho é feito aos bocadinhos, depois é muito cansativo. Tem vezes que eu acordo às seis da manhã para acabar o trabalho que não acabei no dia antes e que naquele dia tem de ser entregue...é complicado!</p> <p>E5: “há cinco dias que eu não dormia (...) foram cinco dias em que eu praticamente não dormia”</p> <p>E5: “um dia (...) deixámos a L. (filha) em casa da avó, fomos tomar banho e adormecemos os dois (...)foi logo no início (...) estávamos muito cansados.”</p> <p>E5: “o tempo para descansar era ausente e por isso adormecemos os dois ao sol (riso).”</p> <p>E8: “agora já não dá para parar! É chegar a casa preparar as coisinhas todas porque é sempre muita roupa, comida é tudo...o banhinho...”</p> <p>E13: “ uma pessoa a ter de se levantar durante a noite para ela dar de mamar à menina porque ela não se podia levantar devido à cesariana, a cama era muito baixinha, eu é que tinha de me levantar para ir buscar a menina...uma pessoa ficava altamente cansada”</p> <p>E14: “(sorri e suspira), além de cansativo é...o meu dia a dia é ele (filho)! É as tarefas de casa...mas é ele, dar-lhe banho, dar-lhe atenção, brincar com ele, agora ele está a ficar brincalhão!...”</p> <p>E15: “ É uma experiência com muito trabalho”</p> <p>E16: “quando ela (filha) nasceu, já fazia quase quinze dias que tinha ela em casa e eu ainda não tinha dormido uma noite! Se eu tivesse dormido duas horas era muito porque ela tinha sono de pulga e ela só mamava no peito e mesmo que eu deixasse ela com a minha mãe durante o dia não dava muito porque logo ela acordava e queria mamar e ela estava sempre a comer e houve uma altura em que ela estava na alcofa ao lado da cama, ela estava chorando e eu não conseguia me levantar porque estava com tonturas e se eu me levantasse eu ia cair para cima dela. Eu não me conseguia mesmo levantar!</p> <p>E16: “ Às vezes ela começa a chorar, a fazer birra que quer dormir ou isso e às vezes eu</p>
--	--	--	---

			<p>até riu mas chega a uma altura do mês ou da semana ou do dia em que eu começo a ficar esgotada e o meu esgotamento vem par fora mas é com choros porque eu quero fazer o melhor e não posso.”</p> <p>ANGÚSTIA</p> <p>E14: “ eu ficava angustiada porque eu podia fazer muito pouco para o ajudar (...) eu enervava-me...”</p> <p>E14: “eu sentia que estava nervosa e que era pior para ele (filho) mas era mais forte do que eu!”</p> <p>E14: “ Eu dizia-lhe (filho): “G. por favor pára de chorar, a mamã já não pode!...” é claro que ele não tem descrição para isso mas eu ficava aflita, ficava angustiada!”</p> <p>E14: “ A minha angústia maior era não ser capaz de perceber o que é que ele (filho) estava a precisar e isso fazia-me muita aflição! Eu pensava: “eu não consigo distinguir o choro de comer do choro das dores, do choro do sono distingue-se perfeitamente...mas ao princípio era todo igual! O ouvido não estava...eu sabia que de acordo com as horas era fome mas eu não sabia se eram dores, isso é que me metia mais aflição!...”</p> <p>E16: “angústia. Eu queria dar o meu melhor para ela (filha) mas como é que eu era capaz de dar o meu melhor para ela se eu não tinha um momento para descansar? Como é que eu vou cuidar dela? Isso é complicado (...) É angustiante até hoje eu tenho isso na minha memória.”</p> <p>AMBIVALÊNCIA</p> <p>E6: “(sorriso) é uma alegria e ao mesmo tempo uma sensação muito estranha. De repente olhar para a cadeira e ter um bebé que é nosso filho, é...estranho!”</p> <p>E7: “é claro que há dias em que uma pessoa fica mais chateada, ou porque ela não come ou porque está muito teimosa. Mas não leva um minuto e uma pessoa já está arrependida, e pensa: “ai, mas o que é que eu estou a fazer ou a pensar?”.</p> <p>E9: “ Por um lado foi complicado mas, por outro, também é muito intenso emocionalmente!”</p> <p>E13: “ sinto falta de trabalhar...eu já montei o computador ali, tenho a Internet e quando tenho tempo vou um bocadinho ali à Universidade que é mesmo ali e eu já disse que não sinto falta nenhuma...isto é um período que agora é para ela mas faz-me falta</p>
--	--	--	---

			<p>trabalhar...”</p> <p>DESORIENTAÇÃO</p> <p>E6: “eu ficava desorientada...”</p> <p>E7: “(referindo-se a um episódio em que a filha teve cólicas) teve um dia que foi até às três da manhã e eu ia trabalhar no outro dia, eu ia pegando de cabeça...”</p>
Características do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil • Gradual • Estranho • Compensador 		<p>DIFÍCIL</p> <p>E7: “Os primeiros dias era mais difícil, ele quando pegava nela até ficava com dores no peito porque não sabia como pegar nela e ficava muito tenso, agora não!”</p> <p>E4: “É complicado chegar a casa, eu estou a trabalhar depois ela chora e tem de se ir a correr...”</p> <p>E4: “é complicado porque...é muito complicado!”</p> <p>E4: “para mim é sempre mais difícil seja lá o que for”</p> <p>E5: “vim para casa e foi complicado”</p> <p>E5: “eu pegava nela, ela mamava, vomitava, eu secava-me, ficava á espera da próxima mamada com ela chatinha queria movimento, só queria que eu estivesse em pé, só queria colo! Não queria estar em lado nenhum!”</p> <p>E5: “É um bocadinho difícil.”</p> <p>E5: “foi muito difícil”</p> <p>E6: “vê-lo chorar daquela maneira era terrível! Era terrível...”</p> <p>E6: “era muito complicado. Ele quando chora mete aflição porque é um choro aflito.”</p> <p>E6: “era uma aflição”</p> <p>E6: “sentia uma aflição enorme”</p> <p>E6: “aquela época foi difícil para me adaptar! Foi complicado!”</p> <p>E6: “O colo! Metia-me muita aflição!”</p> <p>E7: “os primeiros dias custa, ela (filha) chora a pessoa não sabe porque é que ela chora e ficasse aflita depois dava-lhe cólicas e eu não tinha posição para ela estar, houve um dia que ela chorou até às três da manhã e isso custa...”</p>

			<p>E9: “ a fase depois do bebê nascer, saber como é que é, como é que se faz, a fase em que ele saiu para casa (...) em casa foi uma fase complicada, difícil”</p> <p>E11: “ foi difícil, se não tivesse sido a minha mãe eu não sei!...talvez eu não fosse capaz!”</p> <p>E13: “No início foi muito difícil, no início foi muito complicado!”</p> <p>E14: “ custa, custa um bocadinho (...) não é muito encorajador.”</p> <p>E4: “houve uma noite em que ela acordava de hora a hora e a gente não percebeu porquê, a gente pensava que era fome mas depois pensando bem e falando com a médica ela devia ter era cólicas, eu achava que ela tinha fome e punha-a à mama e ela ainda ficava mais mal disposta mas na altura a gente com sono não consegue raciocinar.”</p> <p>GRADUAL</p> <p>E4: “agora já estou mais adaptada às rotinas dela.”</p> <p>E4: “No início era um reboição (...) aos poucos é que me fui adaptando a certas rotinas delas.</p> <p>E4: “a gente vai-se adaptando.”</p> <p>E4: “agora já sei mais coisas...”</p> <p>E4: “eu acho que no princípio era pior!”</p> <p>E5: “agora as coisas estão muito melhores”</p> <p>E5: “Agora melhorou muito, muito...”</p> <p>E9: “a gente tem aprendido muita coisa! Eu não sabia, por exemplo, mudar uma fralda. Ninguém diz como é que se muda uma fralda! (...) nós fomos descobrindo”</p> <p>E9: “ Há sempre dúvidas, nunca se sabe tudo mas agora já está muito diferente.”</p> <p>E13: “ Uns dias melhores, outros dias pior, faz parte, não é?! Acabamos por nos adaptar a isso!”</p> <p>E13: “ Foi tudo novo mas também quando é tudo novo começa-se de raiz e pronto! Não sei...em casas onde já há hábitos muito estipulados depois é difícil mudá-los, aqui como foi novo para mim, foi novo para ele, foi novo para todos! Houve coisas que foram instaladas assim, coisas que eu não conseguia fazer e foi ele que teve de fazer, foi</p>
--	--	--	---

			<p>naturalmente distribuindo-se as tarefas e agora eu já sei quais são as minhas e ele já sabe quais são as dele, temos esquemas marcados e pronto.”</p> <p>E14: “ Eu agora já consigo ficar mais calma mas tive aí uns dias complicados!...”</p> <p>E15: “os primeiras dias custava mais, eu não dormia mas passado um mês e meio ela começou a dormir as suas noites agora, mais ou menos, está normal.”</p> <p>E15: “ agora a gente já conhece melhor, se ela está a chorar na hora de comer é porque ela tem fome, tem aquele choro e está a esticar-se é porque está com dores, já começamos a conhecer melhor o ritmo dela.”</p> <p>ESTRANHO</p> <p>E8: “os primeiros dias eu achava muito estranho sentir mais uma respiração dentro do quarto (...) eu estranhava, estranhava...”</p> <p>E10: “ As primeiras noites estranhei (...) uma pessoa não estava tanto acostumada.”</p> <p>COMPENSADOR</p> <p>E4: “mas depois também há coisas que quando é por gosto (...) compensa”</p> <p>E4: “eu acho que vale a pena, valeu a pena.”</p> <p>E4: “custou mas foi bom.”</p> <p>E4: “normalmente tudo o que é difícil e a recompensa vem no final é...é tal e qual como o fruto que é proibido, é mais apetecido. Tudo o que é mais suado conseguimos valorizar mais. Tudo na minha vida foi assim...as coisas não caíram do céu...sempre foi a trabalhar e eu acho que para ela também foi um bocadinho assim.</p> <p>E6: “a expressão dele...(...) é isso que vale mesmo.”</p> <p>E7: “vale a pena!”</p> <p>E7: “sim, vale a pena!”</p> <p>E9: “ está a ser muito gratificante para mim.”</p> <p>E9: “ muito intenso...tem sempre que fazer, é biberões, é mudar fraldas, é cuidar da roupa, é isto e aquilo mas, é algo que se faz com muito prazer! Outras coisas deixaram de ser prioritárias.”</p> <p>E9: “ se eu pudesse ficar seis meses só a cuidar dele eu ficava. É gratificante! Todo o</p>
--	--	--	--

			<p>desenvolvimento da criança é eu acho que em cada pai existe um saborzinho.”</p> <p>E9: “ mesmo quando eu me deito às três da manhã é gratificante (...) olhar para ele é gratificante.”</p> <p>E10: “ acho que vale a pena, tudo o que eu passei...”</p> <p>E11: “ Mas vale a pena!”</p> <p>E12: “ainda bem que veio!... (referindo-se ao filho)”</p> <p>E12: “valeu a pena”</p> <p>E15: “ é uma experiência compensadora! Agora esta fase dos quatro meses em que ela (filha) começa a identificar-nos melhor, já conhece, já ri...eu acho que ela está a passar por uma fase muito mais engraçada do que até agora (...) agora ela já interage mais.”</p> <p>E16: “ eu fui de férias, faz uma semana que eu cheguei da Madeira e já veio mais uma sacola de presentes para ela...isso é engraçado, compensa. Compensa as noites mal dormidas, a primeira gargalhada dela!...uma pessoa pensa: “está certo que eu fiquei uma noite sem dormir mas a primeira gargalhada compensa!” ...(sorriso) essas pequenas coisas compensa ou mesmo quando ela ri ou brincamos com ela...são coisas que nada paga. Qualquer sacrifício que a gente tenha feito vale sempre a pena.”</p>
--	--	--	---

DIMENSÃO 5: “Vivência do processo”

Categoria	Unidades de Registo
- Reformulação de identidades	<p>E14: “ Eu não penso tanto em mim...penso mais nele (filho)...”</p> <p>E6: “Até as personalidades, mudou bastante (...) Eu antes não era desconfiada, agora, qualquer coisinha é para pegar como eu costumo dizer.”</p> <p>E5: “antes éramos dois e agora somos uma família”</p>
- Responsabilidade	<p>E3: “tenho de trabalhar mais um bocadinho mas tem de ser, foi esta a vida que a gente escolheu...a gente tem de lutar por ela...”</p> <p>E2: “a gente tem que pensar mais, a gente agora tem um filho para criar...”</p> <p>E2: “a gente começa a pensar que ele pode começar a chorar e que pode precisar da gente, e...ficamos sempre com medo que os irmãos dele (companheiro) o possam deixar cair...ele tem irmãos pequeninos e a gente não fica descansados. A avó está sempre por perto mas a gente tem sempre aquele receio.”</p> <p>E4: “não é uma imposição porque não temos de ir para casa por causa dela (...) queremos vir embora porque não sentimos necessidade de ficar.”</p> <p>E4: “eu acho que também depois há certas coisas vão passando para trás, por exemplo se um amigo me diz: “vamos beber uma cervejinha”, já não se vai porque não há pachorra”</p> <p>E6: “mudou tudo (...) A responsabilidade...”</p> <p>E6: “eu trabalho, eu tenho o meu trabalho e por isso o meu filho não passa falta de nada. Eu prefiro passar fome do que falte alguma coisa ao meu filho”</p> <p>E7: “muda a responsabilidade”</p> <p>E7: “A responsabilidade é sempre essa, saber se ela está bem...”</p> <p>E8: “o coração de uma pessoa muda completamente depois de se ser mãe (...) quando digo o coração é a forma de ver o mundo, a minha forma de agir, eu acho que muda tudo!...o facto de eu sair de casa de manhã e pegar no carro para ir para o trabalho eu já vou a pensar que eu tenho uma criança atrás, ou mesmo que ela não vá, eu vou todo o caminho a pensar que eu tenho uma filha e ...muda tudo! A nossa perspectiva do mundo muda, é isso!...</p> <p>E9: “ a responsabilidade aumenta a partir daquele momento (nascimento do filho)”</p> <p>E9: “ às vezes acontece o casamento não estar muito bom e com o filho haver uma certa aproximação, no nosso caso</p>

	<p>não aconteceu. Só mais responsabilidade”</p> <p>E10: “ mais responsabilidade, muito mais responsabilidade!”</p> <p>E12: “ele (filho) agora dorme toda a noite e a gente já tem mais tempo para a gente mas pronto, tem de ser! Ele depende da gente não é de mais ninguém!”</p> <p>E13: “ acaba-se por ficar mais homem, que é assim mesmo! Eu andava um bocadinho na brincadeira, sempre fiquei mais ocupado, eu acho que é isso (riso)”</p> <p>E13: “ as questões da humanidade porque eu sou muito preocupada com essas coisas e aí agravou-se. Eu pensava: “pôr uma filha neste mundo e a qualquer dia a universidade estoira e eu pego em mim e vou para o Brasil e agora vou levar comigo...” fiquei muito ansiosa em relação ao futuro dela e eu não sou muito de pensar no futuro, vivo o hoje e amanhã logo se vê. Fiquei a pensar muito no futuro”</p> <p>E14: “ mais responsabilidade!”</p> <p>E16: “ responsabilidade de criar uma criança e tudo (...) é mais responsabilidade”</p>
- Domínio de novas competências	<p>E9: “Nós vamos sendo capazes de resolver as nossas dúvidas. Por exemplo, ele está a chorar, pode ser a fralda, damos a chucha, da maneira como ele agarra na chucha quer dizer que ele quer comer, portanto, já fomos percebendo os sinais que ele nos dá para descobrir o que é que ele tem (...) acabámos por descobrir por nós! As necessidades dele, nós fomos descobrindo ao longo do tempo, fomos conhecendo...”</p> <p>E9: “ nós vamos aprendendo com o desenvolvimento dele (...) a gente vai vendo e aprendendo...”</p> <p>E9: “ começamos a perceber os sinais porque vamos descobrindo e pondo hipóteses, se é isto é isto, se não é aquilo e chegamos lá...”</p> <p>E13: “ agora (...) eu já me adaptei a ela (filha) e ela a mim, já sei como é que é o choro, o que quer dizer, já sei reconhecer os sintomas nela se são típicos dela ou se são alguma coisa diferente.”</p> <p>E4: “pelo som já se nota a diferença (...) começamos a perceber.</p> <p>E4: “Agora já temos mais a noção do tipo de choro, quando ela está na cadeira e quer sair e o choro de dores, é completamente diferente.”</p> <p>E7: “Agora a gente já se conhece muito bem as duas.”</p>
- Redefinição de prioridades	<p>E8: “antes eu envolvia-me demais com o trabalho e aprendi a desligar completamente...”</p> <p>E8: “da parte (...) do meu trabalho (...) passou para segundo plano! Automaticamente.”</p> <p>E8: “ficamos mudados (...) as coisas passam a ser menos importantes (...) bens materiais! Acabam por ser mais</p>

	<p>supérfluas sempre! Acabam por passar mais para segundo plano...”</p> <p>E8: “aquilo que fazia parte das nossas prioridades, por exemplo, durante o ano a gente gostava de (...) fazer uma viagem grande (...), este ano não fomos, paciência...fomos a Lisboa outro dia e ficámos muito contentes com isso porque sabemos que não podemos fazer essas coisas assim que nos dá na gana!...havemos de ir mais tarde, paciência!...</p> <p>E9: “ mudei totalmente todas as outras coisas passaram a ser secundárias.”</p> <p>E5: “primeiro está o bebé!”</p> <p>E5: “agora (...) temos de pensar em função dela.”</p> <p>E7: “ela (filha) agora é a prioridade da nossa vida, ela está acima de tudo! Antes uma pessoa falava mas ainda não sabia o que era, depois dela nascer tudo gira à volta dela, ela está bem? Porque é que ela chora?</p> <p>E7: “A minha vida agora gira toda em volta dela (filha).”</p>
- Confiança no desempenho do novo papel	<p>E9: “ a gente agora sabe porque é que ele chora, é a fralda, é a comida, pode ser alguma coisa que ele tenha...a gente consegue favorecer o que ele precisa”</p> <p>E13: “ eu acho que nada melhor que esta adaptação e pronto! Ela (filha) adapta-se a mim eu a ela e eu sinto que a gente já se conhece. Não é bebé?...”</p> <p>E9: “Vamos conhecendo o bebé, o seu sofrimento, as suas expressões e quando surgem dúvidas acabamos por confirmar aquilo que já fizemos até do que propriamente aquela situação de ...não saber nada! Já se fez alguma coisa, o bebé dá-nos alguns sinais e nós limitamo-nos a descobrir o seu significado, é a linguagem deles.”</p> <p>E5: “agora as coisas são diferentes, já me adaptei mais a ela, já sei o que é que ela quer!...”</p> <p>E4: “a gente agora já toma mais decisões em conjunto, eu pergunto: “o que é que achas que devemos fazer?” mas há muito a ideia de que como somos enfermeiros temos de saber tudo mas agora ele já está... (...) já mexo qualquer coisa.”</p> <p>E10: “ Agora já estou tão acostumada àquela hora que estou acordada...não estranho nada!”</p>

DIMENSÃO 6: “Intervenção do enfermeiro”

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
<p>- Preparação para o parto</p>	<p>- Fisiologia do parto</p> <p>- Técnicas de respiração durante o trabalho de parto e parto</p> <p>- Conhecimento prévio da maternidade e dos profissionais de saúde</p> <p>- Convívio com outras grávidas</p>	<p>FISIOLOGIA DO PARTO</p> <p>E11: “ elas (enfermeiras) falam (...) aconselham e explicam (...) como é o parto. Como é que corre o trabalho de parto que é uma coisa que...eu já tinha acompanhado várias grávidas da minha família mas a hora do parto era uma coisa que eu nunca tinha assistido e eu só tinha estado no hospital quando nasceu o meu sobrinho que tem vinte e oito dias de diferença da minha filha. Elas (enfermeiras) tinham lá umas imagens gravadas do bebé a nascer e isto já desde o princípio que elas vinham alertando (...) elas alertaram já desde o princípio”</p> <p>E7: “Víamos reportagens de partos, coisas que podiam acontecer, ou não, no parto”</p> <p>E12: “ Elas (enfermeiras) explicaram-me como era as dores (parto) e depois eu já sabia como era...”</p> <p>E5: “explicar-me que o parto não era assim um quebra-cabeças, que o parto era uma coisa normal”</p> <p>TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO</p> <p>E13: “(referindo-se ao que considerou mais importante das aulas de preparação para o parto) a respiração (...) eu não olhava para ninguém, sempre concentrada nas respirações. Ainda por cima o parto foi induzido porque ela (filha) não queria vir para fora, comecei logo com contracções de dois em dois minutos e tive oito horas nisso! Ainda por cima o meu útero é daquele tipo que não relaxa, ainda não tinha acabado uma contracção e já estava com outra em cima! Contracções enormes!”</p> <p>E5: “eu acho que o mais importante daquelas aulas (preparação para o parto) foi mesmo a respiração...e a gente tentar se abstrair da dor...”</p> <p>E8: “a questão da respiração e da concentração foi muito boa porque na altura do parto ela esteve sempre: “lembra-me daquilo que a gente treinou!”</p> <p>CONHECIMENTO PRÉVIO DA MATERNIDADE E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p> <p>E8: “Eu acho que foi muito bom as aulas serem no hospital, fiquei completamente ambientada ao sítio, já tratava os corredores por tu”</p> <p>E8: “fomos conhecer a sala de partos e fiquei muito chocada no primeiro dia mas no dia em que ela nasceu eu já sabia para onde é que ia...eu acho que isso foi muito bom!”</p> <p>E13: “ foi bom fazer (preparação para o parto) no hospital porque eu nunca tinha ido ao hospital nem à maternidade, eu não conhecia nenhuma enfermeira então decidi ir fazer preparação no hospital mais no</p>

		<p>sentido de me familiarizar com aquilo tudo.”</p> <p>E13: “ Eu lá (hospital) já me sentia em casa, já não tinha aquela ansiedade pelo facto de falar com as enfermeiras...”</p> <p>CONVÍVIO COM OUTRAS GRÁVIDAS</p> <p>E5: “as aulas de preparação para o parto fizeram-lhe muito bem! Ela convivia com outras pessoas que estavam na mesma situação”</p> <p>E13: “(nas aulas de preparação para o parto) era também uma maneira de estar com outras grávidas porque o meu universo é muito distante de pessoal que está ligado à maternidade porque ou são muito novos, ou são velhos, ou são gays...neste momento eu sou a única que está a passar pela experiência e portanto, senti necessidade de falar com outras pessoas que estivessem a viver a mesma experiência.”</p>
- Cuidados ao bebé	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene e conforto - Alimentação - Cuidados face a alterações do estado de saúde - Prevenção de acidentes 	<p>CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO</p> <p>E8: (as enfermeiras) falam (...) sobre a higiene (...) das pomadas... se eram boas, se não eram (...) da limpeza!...dos cremes”</p> <p>E16: “quando eu vou à consulta de enfermagem elas (enfermeiras) dão dicas sobre o que eu posso aplicar no corpo dela (...) o que é que eu posso fazer para ela dormir melhor...”</p> <p>E2: “Elas (enfermeiras) explicam que o óleo é bom para a pele...”</p> <p>E3: “Elas (enfermeiras) explicam (...) se o cocó ficar diferente é normal, se está a crescer bem!...”</p> <p>E4: “a primeira vez em que era para lavá-la vieram perguntar se a gente queria uma demonstração.”</p> <p>E4: “fomos ver (...) a demonstrarem como se dava a banho, demonstravam como é que se lavava o bebé e a gente ia para o quarto, tinha as banheiras, tinha as coisas todas para a gente começar a lavar.”</p> <p>E5: “Eu também vi as enfermeiras a darem o banhinho”</p> <p>E10: “na altura de dar o banho...elas (enfermeiras) deram o primeiro dia e depois eu é que dava”</p> <p>E15: “As enfermeiras deram (o banho) no primeiro dia”</p> <p>E1: “(as enfermeiras) deram-me um panfleto em que explicava como é que eu devia lavar o bebé”</p> <p>E4: “na visita das 7h que era a visita do pai é que ela era lavada. Aproveitavam a presença do pai para darem o banho”</p> <p>E5: “(as enfermeiras) ensinaram-nos a dar o banhinho”</p>

		<p>E5: “explicaram o banho no início”</p> <p>E7: “Falavam do banho”</p> <p>E8: “falamos do banho já depois dela nascer”</p> <p>E8: “elas (enfermeiras) ensinaram-me a dar o banho, aquele banho parcial...acho que ajudou bastante!”</p> <p>E10: “elas (enfermeiras) explicavam o que se devia fazer na altura de dar o banhinho”</p> <p>E14: “(as enfermeiras) ensinaram a dar banho”</p> <p>E15: “no hospital (as enfermeiras) explicaram-me como dar o banho”</p> <p>E16: “(informavam) como é que deveria pegar no bebé para dar banho”</p> <p>E16: “(os enfermeiros) ensinaram-me a dar o banho nela, que tipo de produtos é que eu deveria usar no banho, aqueles que não, que deveria usar uma esponjinha para usar no corpo, na cabeça...”</p> <p>E15: “ (as enfermeiras) ensinaram a vestir, já no segundo dia elas deram o banho e perguntaram se eu queria vestir”</p> <p>E7: “ (as enfermeiras) falavam dos cuidados com as roupinhas”</p> <p>E7: “ (as enfermeiras) falam da roupinha para ela (filha) vestir”</p> <p>E1: “explicaram-me o que é que era para levar, deram-nos um papelinho, um panfleto com as coisas que eu tinha de meter dentro da mala para levar para a maternidade, para mim e para o bebé”</p> <p>E13: “(durante as aulas de preparação para o parto) aproveitava para fazer perguntas sobre o que tinha de levar para o hospital”</p> <p>E6: “(enfermeiras) falavam como trocar a fralda”</p> <p>E16: “(os enfermeiros) ensinaram-me a mudar a fralda dela”</p> <p>E10: “ esclarecer as minhas dúvidas (...) sobre a noite, como é que devia fazer, se acordava para tratar, se não acordava...coisas assim.”</p> <p>E6: “(enfermeiras) falavam como pegar no bebé”</p> <p>E6: “elas com um boneco explicaram-me (...) como pegar no bebé”</p> <p>E8: “ensinaram-me a pegar nela (filha)”</p> <p>ALIMENTAÇÃO</p>
--	--	---

		<p>E1: “por exemplo: no leite. Ela bebia 150 e 5 conchas só que ela já estava a pedir mais e eu fiquei sem saber e perguntei (aos enfermeiros).”</p> <p>E2: “falamos sobre o leite, a sopa, o iogurte, a fruta...”</p> <p>E4: “antes de termos alta, eles têm uma reunião com as mães para explicar certas coisas (...) a parte da alimentação da mãe”</p> <p>E6: “(as enfermeiras) abordavam a alimentação, as quantias de leite de acordo com a idade dele”</p> <p>E6: “Elas (enfermeiras) falam da alimentação”</p> <p>E7: “ (as enfermeiras) falavam da alimentação”</p> <p>E7: “(as enfermeiras) explicam tudo a nível da alimentação”</p> <p>E8: “(as enfermeiras) Falam sobre a alimentação”</p> <p>E9: “ no dia em que ele (filho) saiu (os enfermeiros) explicaram-me como é que eu devia fazer o leite mas foi assim muito rápido, muito rápido...”olhe, deita isto, deita isto...deita a água, tantas colheres...” foi assim um bocadinho...”</p> <p>E9: “ Houve uma altura em que ele estava a ganhar pouco peso mas nunca deixou de comer (as enfermeiras) aconselharam a mudar de leite.</p> <p>E10: “ a alimentação”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) (...) diziam que eu tinha de beber mais água”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) falam da alimentação”</p> <p>E14: “ a enfermeira (...) explicou que tinha de ser uma colher por cada trinta mililitros (referindo-se às diluições do leite de fórmula).”</p> <p>E15: “ elas (enfermeiras da maternidade) disseram que se fosse necessário introduzir o leite artificial eu podia introduzir”</p> <p>E15: “ explicar se o peso dela está normal ou não, quando é que se deve introduzir os primeiros alimentos, eu acho isso importante porque às vezes os pais, nós também não sabemos e essa parte eu acho que é assim...a alimentação é...não é a mais importante, a alimentação e o desenvolvimento dela se está normal.”</p> <p>E15: “ (as enfermeiras) perguntavam se estava tudo bem, se eu sentia o bebé todos os dias, se...faziam assim várias perguntas, falavam da alimentação para eu ter cuidado com o sal...”</p> <p>E15: “ ela (enfermeira) explicou (...) os cuidados que eu devia ter com a minha alimentação porque isso tudo</p>
--	--	---

		<p>influenciava o bebê, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, não beber café...na primeira consulta a senhora explicou tudo! (...) Os alimentos que devíamos comer, os cuidados com a alimentação fora de casa..."</p> <p>E16: "perguntavam se eu estava tendo muitos enjoos (...) como é que estava a minha alimentação, o que devia comer...orientavam-me nessas questões"</p> <p>E16: "elas (enfermeiras) dão dicas (...) sobre a alimentação"</p> <p>E7: "agora vou (à consulta de enfermagem) por causa da sopa e vou saber o que é que eu posso fazer para que ela coma melhor a sopa (riso) porque ela não gosta mesmo nada da sopa!"</p> <p>E4: "antes de termos alta, eles têm uma reunião com as mães para explicar certas coisas, a parte das subidas do leite"</p> <p>E5: "(as enfermeiras) ensinaram-nos (...) os cuidados a ter com a mama durante a amamentação,"</p> <p>E5: "ela (filha) não sabia mamar e pegar na mama mas tive uma grande ajuda das enfermeiras"</p> <p>E7: "elas insistem sobre as vantagens de dar de mamar e isso ajuda".</p> <p>E8: "falamos da amamentação..."</p> <p>E10: "elas (enfermeiras) explicavam (...) a maneira de tratar porque eu dei o peito os primeiros dias, a maneira de dar e tudo...explicaram..."</p> <p>E11: "eles falavam muito era para dar o peito..."</p> <p>E11: "a importância do leite materno (...) elas (enfermeiras) explicaram-me que o leite o peito é o melhor..."</p> <p>E12: "(as enfermeiras) explicavam se o peito ficasse muito inchado não se podia beber muitos líquidos que era para não dar infecções"</p> <p>E14: "(as enfermeiras) ajudavam com o leite"</p> <p>E15: "elas (enfermeiras) tentavam sempre que eu desse o máximo (leite materno) que tinha..."</p> <p>E15: "elas (enfermeiras) então explicaram-me como é que se devia dar o peito, colocar o biquinho dentro da boca para ela (filha) começar a mamar"</p> <p>E15: "ela (enfermeira) explicou (...) As vantagens depois da bebé nascer de lhe dar o peito"</p> <p>E16: "(as enfermeiras informavam) sobre a amamentação do bebé, se eu ia dar mama ou suplemento"</p> <p>E7: "ela (enfermeira) estava sempre presente para a alimentação dela, por exemplo, se eu dava bem o peito, se eu tinha leite ou não, se ela (filha) chorava, ela (enfermeira) vinha ver o que se passava, ela sempre que era para mudar a fralda, nos primeiros dias ela vinha-me ajudar, se eu precisava de ajuda para vestir, nesses</p>
--	--	--

		<p>aspectos ela ajudou”</p> <p>E10: “ explicavam se eu precisasse de informações para tomar conta dele, leites, de tudo...”</p> <p>E14: “ eu acho que a partir do momento em que a gente tenha dúvidas elas (enfermeiras) esclarecem e ajudam. Eu já vi pessoas lá que tinham mais dúvidas elas ajudam. No meu caso é mais a alimentação. Elas sempre me ajudaram, disseram-me que no meio das refeições desse água, chá para ir enganando...tudo o que eu perguntava elas explicavam.”</p> <p>E14: “ eu tirava algumas dúvidas acerca da alimentação...”</p> <p>E9: “eu tirava algumas dúvidas, quando elas (enfermeiras) estavam a tentar fazer-lhe (filho) alguma coisa, por exemplo, dar-lhe o biberão...”</p> <p>CUIDADOS FACE A ALTERAÇÕES DO ESTADO DE SAÚDE</p> <p>E1: “ela (filha) também teve umas borbulhinhas mas acho que aquilo era do calor, eu perguntei, elas (enfermeiras) disseram que era para eu esfregar, eu disse a elas, na altura em que ela estava constipada elas receitaram-me vitaminas e coisas assim.”</p> <p>E1: “quando ela (filha) está assadinha para meter a pomada, ela esteve também com a pele meia seca e elas (enfermeiras) disseram-me para meter óleo de amêndoas doces.”</p> <p>E3: “houve uma altura quando ela nasceu que eu me preocupei muito, foi com a boquinha dela. Ela começou a ficar com sapinhos, tinha a boca, as gengivas, a língua, tudo, tudo branco! (...) Eu fui lá e elas explicaram-me como é eu se fazia e tudo por isso eu não tenho razão de queixa”.</p> <p>E5: “elas (enfermeiras) explicam-nos (...) a questão do bolçar”</p> <p>E5: “ explicaram (...) como se fazia o penso ao cordão”</p> <p>E7: “houve uma altura em que ela (filha) teve crosta láctea e a gente ficou sem saber aquilo o que era e o que fazer e elas (enfermeiras) deram-me um creme para eu passar na cabecinha dela, gosto muito delas!”</p> <p>E11: “ foi uma vez que me ajudaram a pô-la a fazer cocó porque eu embalava-a, punha-lhe a chucha, dava-lhe o peito e ela não se calava, então aí eu pedi ajuda e elas vieram...”</p> <p>E14: “(as enfermeiras) ensinaram (...) a desinfectar o umbigo”</p> <p>E12: “se ele (filho) tivesse cólicas deitá-lo de barriguinha para baixo, se não conseguisse fazer cocó ajudar no rabinho com óleo e se não desse então comprasse “Bebegel”, elas (enfermeiras) davam sempre ajudas!”</p> <p>E13: “ Na altura em que eu estava em casa e que o peito me ingurgitou e eu disse: “eu vou perguntar a elas (enfermeiras) e elas hão-de saber”. Levei a minha bomba porque eu não conseguia tirar com a minha bomba e</p>
--	--	--

		<p>achava que era incompetência minha mas afinal com o peito ingurgitado o leite não saía nem com a minha bomba nem com nenhuma!...”</p> <p>E14: “ Quando ele (filho) veio para casa ele estava amarelinho, eu perguntei-lhe e ela (enfermeira) disse que era normal, que eu o pusesse à luz por dentro das cortinas...estas coisas que eu não sabia!”</p> <p>E14: “ elas (enfermeiras) ajudaram-me bastante porque ele (filho) gritava muito, não sei se eram cólicas ou...e elas pegavam nele para ver se eu dormia um bocadinho...ele tinha prisão de ventre e elas ajudavam-no a fazer. Nesse aspecto elas foram muito importantes.”</p> <p>PREVENÇÃO DE ACIDENTES</p> <p>E1: “elas (enfermeiras) também falam tipo, na segurança do bebé”</p> <p>E4: “antes de termos alta, eles têm uma reunião com as mães para explicar certas coisas a parte (...) do transporte das crianças mais seguro...abordam vários temas que me parecem importantes...”</p> <p>E4: “o dia da alta, o transporte da criança que eu sempre achei que era uma coisa banal que toda a gente sabia...eles disseram que devíamos por a cadeirinha atrás da nossa, a partir daí...a partir daí não! Eu nunca andei com ela que não fosse atrás da minha porque realmente o lado direito é o lado do morto por isso eu faço isso com o objectivo de a proteger.”</p> <p>E7: “(as enfermeiras) explicam (...) o tipo de segurança que eu devo ter com ela, para não a deixar sozinha</p> <p>E15: “houve uma vez uma enfermeira, mas também é aquela que é mais paciente para explicar as coisas e que era sobre os cuidados a ter...não a deixar, por exemplo, em cima do sofá sem ser com uma cadeira ou uma protecção para ela não cair, ter cuidado quando ela for maiorzinha para o pé do fogão tendo cuidado para não haver respingos nem nada! Ter cuidado com a temperatura da água do banho, com a temperatura do leite para ela não se magoar com as queimaduras”</p> <p>E15: “ ela (enfermeira) explicou-me que no automóvel deveria levar-se a bebé sempre na cadeirinha, amarrada!”</p>
- Promoção da interacção mãe/pai-filho		<p>E11: “ o apoio do pai durante a gravidez, o falar...depois do parto o bebé iria conhecer a voz do pai...isso foi uma coisa que me ficou muito marcada porque por acaso aconteceu”</p>
- Preparação do papel parental		<p>E8: “ensinaram a (...) forma de respirar (...) o facto dos pais estarem calmos para acalmarem o bebé!”</p> <p>E11: “ Explicavam que depois do bebé nascer as colicazinhas... quer dizer explicavam sempre qualquer coisinha.”</p> <p>E10: “ quando ele (filho) tinha gases eu não sabia o que é que devia fazer, eu chamava pelas enfermeiras, elas explicavam”</p>

		<p>E12: “ (as enfermeiras) foram uma grande ajuda porque a gente nunca tinha sido pais, as enfermeiras (...) ajudaram-nos muito porque a gente não sabia nada! Elas falavam de umas coisas (...) eu acho que tudo aquilo que elas falavam fez sempre uma diferençazinha.”</p> <p>E13: “enquanto eu estava ali (nas aulas de preparação para o parto) fazia aqueles exercícios e aproveitava para fazer perguntas de coisas que tinha dúvidas na altura”</p> <p>E7: “vou lá segunda-feira (riso), estou ansiosa para ir porque eu tenho várias perguntas para lhes fazer e antes que a gente faça elas já estão a explicar por isso é mesmo tudo importante!”</p> <p>E8: “eu acho que o facto deles (enfermeiras) tomarem a iniciativa de nos explicarem as coisas sem sermos nós porque há coisas que...eu posso fazer perguntas das dúvidas mas pode haver muita coisa que nem sequer me ocorra e o facto deles tomarem a iniciativa de explicar as coisas é muito bom!</p> <p>E12: “ eu acho que elas (enfermeiras) preparam muito bem a gente para ser pais e como ia ser...souberam explicar as coisas, a gente já estava mentalmente preparados...”</p> <p>E12: “ (as enfermeiras) falavam do papel do pai, que ele podia ajudar durante o parto...”</p> <p>E4: “Foi uma das coisas...eu também não me lembro de tudo que elas (enfermeiras) falaram mas eu gostei daquela reunião porque nem toda a gente tem as mesmas dúvidas mas ajuda às vezes ouvir as dúvidas dos outros porque afinal também são as nossas.”</p> <p>E5: “ela (companheira) esclarecia dúvidas (referindo-se às aulas de preparação para o parto) e isso deixou-a muito mais tranquila”</p> <p>E3: “Eu já tinha aquela prática com bebés mas elas dão aquela prática mais certa de fazer as coisas”.</p> <p>E4: “havia algumas noções que eu tinha...coisas que eu parecia-me que já sabia, mas eu acho que quando somos mães esquecemos todos os conhecimentos da nossa profissão. Tudo o que a gente pensa que é muito fácil dizer aos outros é assim que se faz, quando chega à gente, a gente já não sabe como se faz. A gente tem uma ideia mas não sabe a melhor maneira de fazer. Por isso eu gostei, é claro que há coisas melhores, outras menos boas mas achei que estava bem estruturada a parte da informação às mães...gostei da maternidade.”</p>
- Promoção da vinculação		<p>E12: “ Elas (enfermeiras) é que explicavam o que é que o bebé ia fazer a seguir, o que é que aparecia em cada mês, como é que ele estava, mostravam-me no computador”</p> <p>E5: “(as enfermeiras) ensinaram-nos (...) as massagens ao bebé”</p> <p>E6: “Eu lembro-me que uma vez durante a noite ele (filho) estava a chorar e não era fome nem dores e elas (enfermeiras da maternidade) disseram-me que ele (filho) só queria o meu calor para eu o encostar ao peito e</p>

		<p>(sorriso) foi isso mesmo. Eu encostei-o ao peito e ele (filho) passou a noite toda ali.”</p> <p>E7: “elas (enfermeiras) diziam que havia mães que às vezes ficavam assustadas com o aspecto do bebê e então, mostravam de tudo!”</p> <p>E15: “a primeira vez que fui à consulta a enfermeira explicou-me o processo da gravidez, mostrou-me umas imagens no computador com as diversas fases do desenvolvimento do bebê...”</p>
- Vigilância de saúde do bebê	<ul style="list-style-type: none"> - Rastreio de doenças metabólicas - Avaliação do desenvolvimento psicomotor - Avaliação do crescimento - Vacinação 	<p>RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS</p> <p>E13: “ eu fui sempre muito ao centro de saúde! Ia ter com a enfermeira X ela é que me atendeu desde o início. A primeira vez que fui foi para ir fazer o teste do pezinho.”</p> <p>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR</p> <p>E1: “(as enfermeiras) Avaliam (...) o desenvolvimento...elas estão a fazer tudo para ver se o bebê está a desenvolver-se bem (...) já começaram a pôr coisinhas à frente dela para ver se ela agarra (...) se ela ouve o som”</p> <p>E3: “elas (enfermeiras) vêem se está tudo bem com ela, os reflexos dela”</p> <p>E6: “as enfermeiras falam sobre o desenvolvimento, se ele se está a desenvolver bem, dizem que ele já se consegue levantar e tudo... há certas coisas sobre o desenvolvimento que eu não sei nada! (sorriso) ... dizer quando é que eles começam a andar, a falar, e lá é bom porque eles vão-me informando.”</p> <p>E7: (as enfermeiras) Avaliam o olhar dela, se ela está a seguir, se está atenta quando a gente fala, as pernas, se mexe bem com as pernas, certas reacções que uma pessoa olha e fica a saber se ela (filha) está no seu desenvolvimento certo.</p> <p>E11: “ (as enfermeiras) fazem exercícios com as pernas para ver os músculos...”</p> <p>E12: “Elas (enfermeiras) falam (...) do que é que o bebê vai fazer a seguir...elas falam de tudo!”</p> <p>E16: “ (as enfermeiras) Fazem testes com brinquedos!”</p> <p>AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO</p> <p>E1: “elas (enfermeiras) também avaliam o peso, a altura”</p> <p>E2: “elas (enfermeiras) dizem o peso, elas acham que ele tem muito peso”</p> <p>E2: “elas (enfermeiras) (...) pesam, vêem como é que ele está”</p> <p>E3: “(as enfermeiras) pesam, medem, falam...”</p> <p>E5: “(as enfermeiras) Explicam-nos (...) o peso, fazem as contas para saber se ela está a aumentar bem e</p>

		<p>isso dá-nos segurança”</p> <p>E8: “(as enfermeiras) falam (...) do peso, a evolução do peso se era normal...”</p> <p>E11: “ elas (enfermeiras) pesam, medem”</p> <p>E11: “ é muito importante porque é através do peso e do tamanho que eu vou saber se ela está a alimentar-se em condições ou não.”</p> <p>E12: “elas (enfermeiras) falam (...) do crescimento (...) se ele está a crescer bem, se está a aumentar o peso certo, assim é que a gente sabe se estamos a fazer tudo certo...”</p> <p>E14: “ no centro de saúde. Ele ia lá medir e pesar”</p> <p>E16: “ lá (consultas de enfermagem) a gente vê tudo! “será que ela está engordando?” Até as curvinhas da perna elas (enfermeiras) analisam! “Ah, está simétrico! Ah, não está simétrico! Isso é melhor a gente depois ver!” e então, é reconfortante eu ir lá para saber se ela está bem, elas vêem tudo, se ela está bem, se ela não está!”</p> <p>VACINAÇÃO</p> <p>E2: “(as enfermeiras) fazem as vacinas”</p> <p>E8: “Ela (filha) leva as vacinas e eu fico muito mais descansada sempre que vou lá (centro de saúde)!”</p> <p>E8: (as enfermeiras) explicam (...) as vacinas, as reacções, o que fazer...”</p> <p>E11: “ (as enfermeiras) dão-lhe as vacinas”</p>
- Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade - Simpatia - Sentido de humor - Confiança - Visitação domiciliária - Dar atenção - Dar informação - Partilha de experiência 	<p>DISPONIBILIDADE</p> <p>E3: “(as enfermeiras) disseram: “se acontecer alguma coisa telefone”</p> <p>E4: “Perguntaram logo se a gente precisava de ajuda”</p> <p>E4: “se tivermos alguma dúvida pedimos a ajuda deles”</p> <p>E5: “Elas (enfermeiras) estão sempre disponíveis”</p> <p>E6: “em todas as consultas perguntavam sempre se eu tinha mais dúvidas.”</p> <p>E6: “elas (enfermeiras) perguntam se eu tenho alguma dúvida e tudo...”</p> <p>E7: “eu tive a ajuda daquela enfermeira que era mais conhecida, ela mesmo durante a noite vinha ver como é que eu estava”</p> <p>E12: “ as enfermeiras sempre me disseram que sempre que a gente precisasse viesse aqui que elas estavam</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Tranquilidade - Afectividade - Reforço positivo - Apoio 	<p>dispostas a ajudar!”</p> <p>E13: “ eles (enfermeiros) ajudaram-me imenso! Na maternidade, especialmente durante a noite e ainda por cima depois da cesária em que uma pessoa está ali que não se pode mexer...”</p> <p>E14: “Eu tive uma parteira espectacular que me ajudou imenso (...) esteve sempre comigo e ajudou-me muito”</p> <p>E3: “elas (enfermeiras) deram-me o número de telefone”</p> <p>E5: “elas (enfermeiras) deram-nos o número de telefone para que telefonássemos sempre que precisássemos e isso foi muito importante,”</p> <p>E8: “o facto de ter o contacto do centro de saúde (...) acho que é muito importante (...) agora se eu tenho dúvidas para o centro de saúde”</p> <p>E14: “ Ela (enfermeira) deu-me o número de telefone dela e eu telefonei-lhe várias vezes a perguntar o que é que devia fazer.”</p> <p>E16: “ Elas (enfermeiras) ficam lá mais tempo, vêm perguntar: “a bebé como é que está? Ela está mamando? Deixe ver ela mamando? Ah! ela está mamando ou só está chuchando? Olhe, ela já fez cocó? Precisa de ajuda? Se quiser a gente ajuda ela a fazer também para você ver como é que se faz.””</p> <p>SIMPATIA</p> <p>E15: “ a atenção que elas (enfermeiras) deram à bebé, explicavam que estava tudo bem e explicavam as coisas não só fazer as coisas por fazer ou ser muito simpática comigo e depois não fazer o que era importante. Eu valorizo mais é o facto de nós vermos que ela (enfermeira) faz e faz com cuidado o seu serviço e também ser simpática com a bebé!”</p> <p>E5: “os enfermeiros foram simpáticos”</p> <p>E5: “(os enfermeiros) foram simpáticos, atenciosos”</p> <p>E7: As enfermeiras foram muito simpáticas, eu gostei muito delas.”</p> <p>E12: “ tinha lá uma muito simpática (referindo-se a uma enfermeira da sala de partos).”</p> <p>E12: “ as enfermeiras foram simpáticas! (referindo-se às enfermeiras da obstetrícia)”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) são muito simpáticas!”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) são sempre muito simpáticas,”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) sempre foram muito simpáticas, elas vão à sala de espera e perguntam se está tudo bem com a gente e com o menino!...elas sempre foram impecáveis!”</p>
--	--	---

	<p>E13: “ (as enfermeiras) eram muito queridas”</p> <p>E14: “ ela (enfermeira) foi muito simpática.”</p> <p>E15: “há enfermeiros que são mais simpáticos, mais pacientes...no hospital eu não tenho razão de queixa de ninguém. Também posso ter tido sorte mas eu não tenho razão de queixa de ninguém! Foram todos muito atenciosos comigo”</p> <p>E8: “(referindo-se aos profissionais de saúde da maternidade) em termos de contacto com as pessoas foram espectaculares, gostei mesmo muito!”</p> <p>SENTIDO DE HUMOR</p> <p>E13: “ gosto muito da X (enfermeira) tem um contacto muito próximo (...) ela é muito engraçada”</p> <p>CONFIANÇA</p> <p>E9: “ é a ligação...a relação de confiança que se cria com o profissional. Ela conhece tudo sobre ele, há uma relação de proximidade, além de um profissional de saúde é mais...um amigo! E é isso que era desejável, uma certa ligação.”</p> <p>VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA</p> <p>E12: “ Sempre apoiaram, quando ele nasceu fizeram-nos uma visita, ficaram um bocadinho com a gente a conversar, a dar opiniões...”</p> <p>DAR ATENÇÃO</p> <p>E2: “ (as enfermeiras) já estiveram cá em casa quando ele nasceu para saber se ele estava bem...”</p> <p>E1: “elas (enfermeiras) todas recebem a gente bem e brincam com a bebé (...) elas sempre que me vêm falam comigo e perguntam com é que ela (filha) está...”</p> <p>E15: “ (as enfermeiras) foram muito atenciosas! A parteira e a dra. MA foram impecáveis! No hospital fui tão bem tratada como se estivesse numa clínica a pagar, muito bem tratada! A minha experiência foi muito boa! (sorriso)”</p> <p>E12: “ (as enfermeiras) Fazem perguntas, se a gente está bem, se temos alguma dificuldade, se temos dormido”</p> <p>E11: “ elas eram muito atenciosas e eu lembro-me que em todas as consultas havia um novo motivo de conversa.”</p> <p>E15: “ elas (enfermeiras) eram muito atenciosas!”</p>
--	---

		<p>E15: “ antes da bebé nascer eu ia ver a tensão à saúde materna e aí as enfermeiras também explicavam, perguntavam se estava tudo bem ou não, eram atenciosas...”</p> <p>E16: “elas (enfermeiras) ajudavam, a atenção deles, aquilo é uma hora em que, pelo menos eu falo por mim, a pessoa está mais sentimental e apesar de termos um bebé que temos de cuidar nós também precisamos que cuidem de nós porque naquela altura do parto a pessoa sofre, sofre e também quer um pouco de atenção. E, apesar de serem pessoas desconhecidas, o carinho donde vier vai ser sempre bem recebido e elas (enfermeiras) têm mais tempo para isso”</p> <p>E13: “ durante o trabalho de parto (...) vinha uma (enfermeira) para ver como ela (companheira) estava, depois vinha outra...”</p> <p>DAR INFORMAÇÃO</p> <p>E10: “ Quando eu acordei no recobro a minha aflição porque acordei com a asma, tinha o oxigénio e nunca me lembrei que era o oxigénio! Queria era tirar para perguntar por ele (filho) e os senhores do recobro (enfermeiros) quando viram que eu estava aflita para tirar eles tiraram-me a máscara e disseram-me: “o seu filho está bem, está lá em cima na pediatria porque a senhora não pode estar com ele mas está tudo bem” e voltaram a pôr a máscara do oxigénio, aí então eu estabiltizei!”</p> <p>E15: “ a enfermeira chefe veio falar comigo e explicar que aquilo era normal que eu não devia ficar ansiosa porque não havia nenhum problema com a bebé...”</p> <p>PARTILHA DE EXPERIÊNCIA</p> <p>E8: “eu quando me via a aumentar não achava piada nenhuma! Falávamos sobre isso, ela (enfermeira) falava-me que tinha tido gémeas, falava-me da sua gravidez e comparava”</p> <p>E12: “ elas (as enfermeiras) são mães! Elas sabem! Elas dizem: “eu também sou mãe”. Há uma mãe que é mãe de trigémeos e ela disse:... eu não estava a dormir bem e não conseguia dormir à tarde, e ela disse-me: “vais ver que daqui a uns tempos já consegues dormir á tarde!” e foi!”</p> <p>TRANQUILIDADE</p> <p>E13: “ gostei muito da Y (enfermeira), no contacto com crianças, ela, não sei se é da experiência dos anos, ela tem uma serenidade, uma doçura, uma segurança que uma pessoa que é mãe de primeira embarcação sente-se à vontade, gostei muito dela porque as segundas vacinas quem deu foi a Y, gostei muito da maneira como ela gera ali aquela coisa toda, foi fácil...”</p> <p>E3: “elas (enfermeiras) sempre me acalmaram, sobretudo a mim porque ele (companheiro) estava a trabalhar. Eu ia e ficava mais calma”</p> <p>E4: “a calma das pessoas que trabalham lá. A gente se calhar ia a pensar que ia ser um terror e as pessoas</p>
--	--	--

		<p>estavam extremamente calmas e perguntavam: “mas porquê? Isto é mesmo assim” e foi um apaziguar de ideias, eu não achava que fosse assim tanto fácil. Isso ajudou”</p> <p>E7: “Eu gosto muito delas (enfermeiras), na hora das vacinas falam muito com ela, estão muito calmas,”</p> <p>E8: “(a enfermeira) tranquilizava-me quando eu estava de Baixa por ser uma gravidez de risco, ela tranquilizava-me falando da sua experiência dizendo para eu não me preocupar ...e foi basicamente isso, ela era impecável!”</p> <p>E8: “ela (enfermeira) é que estive comigo nas aulas (de preparação para o parto) e tranquilizou-me bastante (referindo-se à hora do parto)!”</p> <p>AFFECTIVIDADE</p> <p>E16: “Elas (enfermeiras) foram bastante afáveis, foram mesmo carinhosas!”</p> <p>E9: “durante a gravidez nos internamentos, na maternidade, (riso) eu saí de lá amiga de algumas, da maior parte. Achei que a uma certa altura eu fazia já parte daquele ambiente, a enfermeira M.J. foi excepcional! A S., a I., a C., a R., sei lá!...todas elas!”</p> <p>REFORÇO POSITIVO</p> <p>E5: “Dão-nos elogios, a mãe sai de lá toda babada!”</p> <p>E12: “ a gente tem jeito, as próprias enfermeiras dizem isso quando a gente vai às consultas.”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) dizem: “ele (companheiro) tem muito jeito” (...) a gente sente-se muito bem (sorriso), é sinal de que estamos a fazer um bom trabalho!”</p> <p>E12: “ elas (enfermeiras) dão elogios e dizem: “ele (filho) está muito grande, estão a cuidar muito bem dele!””</p> <p>E12: “ Ela (enfermeira) explicou-me: “dá trabalho mas vocês estão a habituar-se bem, vocês vão ver que não é um bicho de sete cabeças!””</p> <p>APOIO</p> <p>E16: “ No dia em que ela (filha) nasceu elas (enfermeiras) vieram ao quarto, perguntaram se ela estava bem, se eu precisava de ajuda para dar de mamar, ajudaram-me”</p> <p>E5: “eu senti um bocado de apoio da parte deles, sempre que estava mais triste tentavam animar-me (...) ajudou!”</p> <p>E7: “(após a vacinação da filha) Eu sofri um bocadinho, a enfermeira veio ter comigo e ajudou a acalmar a bebé. Ela (filha) tinha acabado de nascer, uma pessoa ainda fica assim sem saber como é que vai reagir, ela</p>
--	--	--

		<p>foi ter comigo...por isso, nesse aspecto, ela foi muito...gostei muito dela (enfermeira)”</p> <p>E3: “quando a gente foi fazer o teste do pezinho tinha aquela preocupação se tudo ia estar bem com ela (filha) e elas (enfermeiras) sempre nos acalmaram”</p> <p>E14: “ era uma segurança muito grande! Tinha ali um...quando acontecesse qualquer coisa eu sabia que tinha ali...ela (enfermeira) estava ali para me ajudar.”</p> <p>E16: “(referindo-se às consultas de enfermagem) É uma orientação, é uma orientação de quem percebe do assunto, é sempre bom”</p>
--	--	--