

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

TOCAR O MEU FILHO: EXPERIÊNCIA DE MÃES COM FILHOS  
INTERNADOS NUMA UCIN

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula dos Santos Jesus  
Marques França

Co-orientação:

Prof.<sup>a</sup> Mestre Luísa Maria da Costa Andrade

Paula da Encarnação Meirinhos Lopes

Porto | 2013



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula França pela orientação, incentivo e pela permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

À Professora Mestre Luísa Andrade pelas sugestões, pelo encorajamento e disponibilidade.

À Vera Pereira pela amizade, apoio e incentivo.

À instituição de saúde que aceitou colaborar neste estudo e aos meus colegas de serviço pela cooperação.

À minha família pela compreensão e ânimo ao longo deste trajeto.

Em especial aos bebês, por me cederem as suas mães por alguns momentos e sobretudo a elas que aceitaram colaborar nesta minha caminhada.

Muito Obrigada!



## **ABREVIATURAS**

CHP - Centro Hospitalar do Porto

CHP-MJD - Centro Hospitalar do Porto - Maternidade Júlio Dinis

EACH - European Association for Children in Hospital

IAC - Instituto de Apoio à Criança

MJD - Maternidade Júlio Dinis

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde



# ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	11
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 Da gravidez ao nascimento inesperado .....	15
1.1.1 Revisitando as teorias da vinculação .....	16
1.1.2 Tornar-se mãe... numa UCIN .....	22
1.1.3 O Enfermeiro como mediador da relação mãe filho na UCIN .....	29
1.2 Toque... descobrindo alguns dos seus segredos.....	32
1.2.1 Contextos e significados do toque através dos tempos .....	33
1.2.2 Tocar o filho... na UCIN.....	38
1.2.3 Incentivando o toque na UCIN .....	43
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	49
2.1. Justificação e finalidade do estudo.....	49
2.2. Caraterização do estudo .....	51
2.3. Contexto e participantes no estudo .....	52
2.4. Procedimentos de recolha de dados.....	56
2.5. Considerações éticas .....	58
CAPITULO 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	61
3.1 Tema: Definindo o tocar .....	63
3.2 Tema: compreendendo a complexidade do tocar.....	68
3.3 Tema: Os contextos que envolvem o tocar .....	79
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	93
ANEXOS.....	105
ANEXO I- Guião de entrevista	
ANEXO II - Autorização da realização do estudo e colheita de dados	
ANEXO III- Informação às participantes	
ANEXO IV - Consentimento livre e informado	
ANEXO V - Matriz de referência da análise de conteúdo	



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Categorias e subcategorias do tema: Definido o tocar .....	63
TABELA 2: Categorias, subcategorias e sub-subcategorias do tema: Compreendendo a complexidade do tocar .....	68
TABELA 3: Categorias, sub-categorias e sub-subcategorias do tema: Os contextos que envolvem o tocar .....	79



## RESUMO

O contato físico precoce através do toque entre mãe e filho promove o desenvolvimento adequado da criança e constitui a gênese da vinculação entre a díade. Contudo, quando o estado de saúde do recém-nascido obriga ao seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), mãe e filho veem-se separados e obrigados a interagir num ambiente adverso, rodeados da mais diversa tecnologia, essencial para assegurar a sobrevivência do recém-nascido.

Neste contexto, foi desenvolvida uma investigação que tem por objetivo compreender as experiências das mães quando tocam o filho internado numa UCIN tendo em vista definir diretrizes que promovam o toque e o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho, no sentido de promover a interação mãe-filho e fomentar a autonomia na prestação de cuidados ao filho.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e de inspiração fenomenológica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a dez mães com recém-nascidos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Porto. A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin, tendo emergido três temas: definindo o tocar, compreendendo a complexidade do tocar e contextos que envolvem o tocar, com diversas categorias identificadas em cada tema.

Os resultados desta investigação representam um contributo importante para o conhecimento e compreensão da vivência do toque materno numa UCIN, na identificação de estratégias que promovam o toque e o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho, no sentido de possibilitar a implementação de intervenções de enfermagem que promovam a integração efetiva da mãe no ambiente da UCIN.

**Palavras-chave:** Toque, Experiência de mãe; Recém-nascido; UCIN.

## ABSTRACT

An early physical contact through touch between mother and son promotes adequate child development and constitutes the origin of bonding between the dyad. However, when the health condition of the new-born requires the admission in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), mother and child are separated and forced to interact in an adverse atmosphere, surrounded by a whole range of technology, essential to guarantee the new-born survival.

Was developed in this context the present research aims to understand the experiences of mothers when they touch their child in a NICU, in view of to define guidelines that promote touching and the involvement of parents in caring for the child, with the purpose of encouraging mother-child interaction and stimulate autonomy in caring for one's child.

This is an exploratory, descriptive design, with a qualitative approach and phenomenological inspiration. Semi-structured interviews were carried out to ten mothers of new-borns who were in a NICU, in Oporto. Data analysis was done with Bardin's content analysis technique and three themes emerged: "defining to touch", "understanding the complexity of touching" and "the contexts involving to touch", with various categories identified in each theme.

The results of this research constitute an important contribution for the knowledge and understanding of the experience of motherly touch in a NICU, in identifying strategies to promote touch and the involvement of parents in the care of their child, with the purpose to allow the implementation of nursing interventions that promote the effective integration of the mother in the environment of the NICU.

**Keywords:** Touch, Experience mother, New-born, NICU.

## NOTA INTRODUTÓRIA

---

O nascimento de um filho prematuro ou com doença grave e a sua inerente hospitalização são momentos geradores de *stress* na vida de qualquer família. Logo após o nascimento, o bebé é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e, quando finalmente a mãe o vê depara-se com um bebé frágil, rodeado da mais diversa tecnologia, que pouco corresponde ao bebé que idealizou durante a gravidez, condição que coloca alguns entraves ao vínculo afetivo mãe e filho. Mas procurando contrariar esta realidade, e a par de todo o desenvolvimento tecnológico que temos vindo a assistir nos cuidados neonatais, hoje desenvolvem-se esforços no sentido de promover a individualização dos cuidados ao recém-nascido, privilegiando o seu conforto e bem-estar, bem como a integração dos pais nos cuidados e o fomento da interação entre pais e filho.

Embora seja reconhecida a importância da permanência dos pais junto do recém-nascido e este acompanhamento seja entendido como uma questão de humanidade, a integração dos pais nos cuidados hospitalares é ainda uma realidade muito recente (Barradas, 2008). Durante anos o bebé viu-se afastado dos pais, a quem estava reservada apenas uma visita semanal, sendo a responsabilidade dos cuidados entregue exclusivamente aos profissionais de saúde (Amaral, 2004). Nos finais do século XIX, em França, Pierre Budin procurou mudar a realidade, criando incubadoras com paredes de vidro que permitissem à mãe ver o filho, incentivando-a a permanecer junto deste durante o internamento, assumindo esta o papel de principal prestadora de cuidados, pois Budin considerava que quando a mãe era afastada do filho, ainda pequeno, perdia o interesse pelo filho que não podia ter ao seu lado para cuidar. Mas esta filosofia

não foi mantida nas gerações seguintes e, durante quatro décadas, Martin Couney cuidou com sucesso mais de cinco mil prematuros, na sua *Kinderbrutanstalt* (considerada a primeira incubadora) onde eram colocados os prematuros. Contudo excluiu sempre a presença da mãe nos cuidados ao filho, tendo mais tarde revelado que por algumas vezes teve dificuldade em convencer os pais a receberem os filhos de volta, após a hospitalização (Klaus e Kennell, 1995).

As dificuldades criadas pela II Guerra Mundial, com a falta de pessoal especializado para cuidar destas crianças, abriu finalmente as portas dos hospitais para que as mães pudessem cuidar dos filhos. Impulsionou também a que a comunidade científica demonstrasse interesse em estudar a infância, focalizando o seu interesse na interação mãe-filho e na importância desta para o crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança e do bem-estar da família (Gomes-Pedro, 2005; Levy, 2006). Hoje acredita-se que a entrada dos pais na UCIN e o contacto precoce com o filho promovem mudanças significativas no estabelecimento da vinculação e na sua autoconfiança, o que permite a criação de laços afetivos entre pais e bebé (Gomes-Pedro, 2005). Trabalhos desenvolvidos por Just [et al.] (2005), demonstraram numerosos benefícios para a criança, para a família e para os profissionais de saúde quando os pais são envolvidos nos cuidados, tais como: satisfação dos pais; fortalecimento do vínculo entre pais e filho; recuperação mais rápida da criança; menor tempo de internamento; diminuição da dor na criança; cuidados individualizados e maior satisfação dos profissionais de saúde.

A realidade do ambiente de alta tecnologia da UCIN e o foco de atuação dos profissionais na sobrevivência do bebé e nas repercussões para o desenvolvimento a curto, médio e a longo prazo do recém-nascido, tendem a reduzir as oportunidades de contato mãe-filho. Além dos sentimentos maternos de medo e insegurança, desencadeados pelo receio da sobrevivência do filho, pelo sentimento de culpa por ter sido incapaz de levar a termo a gravidez e ainda pela frustração de não poder aconchegar e segurar no bebé ao colo, comprometem o vínculo mãe-filho, muitas vezes com repercussões no futuro de ambos. Mas quando a possibilidade da mãe poder tocar o filho dentro da incubadora acontece, o toque desempenha o meio primordial de comunicação desta díade, dado que é através

dele que a mãe interage com o seu filho, quando este permanece internado numa UCIN (Montagu, 1988).

São atualmente reconhecidos os benefícios do toque, quer para a mãe quer para o filho, pois promove o desenvolvimento do sistema nervoso, digestivo, imunitário, músculo-esquelético e circulatório, bem como estimula o relaxamento, regula o sono, o choro, reduzindo o *stress* a que está sujeito o bebé durante o seu internamento e ajuda os pais a melhor compreenderem o filho, fomentando a vinculação e ajudando-os a ultrapassar esta situação de crise como é o internamento do filho (Barradas, 2008).

A seleção de um tema para investigação deve partir de uma inquietação, de uma situação incompreendida e perturbadora para o investigador (Polit e Beck, 2011). O tema do toque e a expectativa de, cada vez mais, desenvolver cuidados humanizados, foi sempre uma preocupação nossa ao longo destes anos a trabalhar em neonatologia. Muitas vezes embrenhadas na evolução tecnológica dos últimos anos nesta área de cuidados e na luta constante pela sobrevivência e pela qualidade de vida futura destes bebés, vamos muitas vezes relegando para segundo plano a importância que o toque tem, quer para a mãe quer para o bebé, sobretudo nos primeiros dias e nos momentos mais críticos da vida de um recém-nascido numa UCIN. E foi o insuficiente conhecimento desta realidade que nos motivou a compreender melhor as experiências das mães quando tocam o filho internado, no sentido de contribuir para a apreciação da adequação das estratégias promotoras do toque numa UCIN, favorecedoras da interação mãe-filho.

Neste sentido, o objetivo geral definido para este trabalho de pesquisa visa compreender as experiências das mães quando tocam os seus filhos internados numa UCIN. Relativamente aos objetivos específicos, que norteiam este trabalho são:

- Compreender o significado que as mães atribuem ao tocar os filhos internados numa UCIN;
- Compreender os sentimentos vivenciados pelas mães quando tocam os filhos internados numa UCIN;
- Compreender os fatores inibidores e motivadores que condicionam as mães no tocar os filhos internados numa UCIN;

- Conhecer o contexto que envolve o toque das mães, aos seus filhos internados numa UCIN.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva. A recolha dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, dirigidas a mães cujos filhos tenham estado internados em UCIN. O local de recolha de dados foi o serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto - Maternidade Júlio Dinis (CHP-MJD) e a escolha deste contexto deveu-se ao facto de ser o local onde desenvolvemos a nossa prática profissional. O método para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin, técnica que permite, através de um conjunto de passos sequenciais e recorrendo ao discurso das participantes no estudo, garantir o rigor do estudo e dos seus resultados.

Do ponto de vista estrutural este trabalho é constituído por três capítulos. O primeiro é destinado ao enquadramento teórico, cujo conteúdo dará suporte à problemática em estudo, abordando-se o contexto da hospitalização do recém-nascido na UCIN, a temática da interação mãe-filho, e a importância do toque para esta relação. O segundo capítulo reporta-se a todos os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do estudo. O terceiro atende à apresentação dos resultados, respetiva análise e discussão. Por último, são apresentadas as conclusões e as limitações do estudo.

## CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

O enquadramento teórico sobre o tema em estudo visa situar o trabalho em relação aos conhecimentos atuais, na medida em que é indispensável possuir informação de um mínimo de trabalhos de referência sobre o tema em estudo ou temas relacionados (Quivy e Campenhoudt, 2008). Esta revisão da literatura permite assim saber o estado do conhecimento, vulgarmente designado como *estado da arte*, e auxiliar na definição do caminho a percorrer para alcançar as possíveis respostas para a problemática em estudo (Sousa e Baptista, 2011). A revisão bibliográfica ajuda o investigador a delimitar o seu objeto de estudo, pois “quanto mais específico e contextualizado estiver o problema de pesquisa, menor probabilidade terá o pesquisador de se perder” (Freitas, 2007, p.206). Serve então como fio condutor para que o investigador não se desvie do seu objetivo e atenda apenas às inquietações e vivências que nortearam a definição da pergunta de partida.

### 1.1 Da gravidez ao nascimento inesperado

Para muitas mulheres, a gravidez é uma das experiências mais marcantes, pelo que se fantasia, pelos sonhos que se criam e pelas experiências que se vivem ao longo dos nove meses. Mas quando esta é interrompida bruscamente, traz à luz

não só um recém-nascido prematuro como uma mãe prematura. O nascimento de um recém-nascido prematuro é cercado de incertezas pela necessidade de internamento na UCIN, pelas incertezas quanto à sobrevivência do filho e pela conseqüente separação inesperada entre mãe e filho, prejudicando a ligação que ambos vinham estabelecendo desde a gravidez. A mãe enfrenta assim várias perdas: “a perda de uma gravidez que se esperava normal; a perda de uma criança saudável e, por vezes a perda real do bebé” (Barros, 2001, p.64), o que compromete, ou pelo menos dificulta, a formação do vínculo afetivo entre a díade.

### 1.1.1 Revisitando as teorias da vinculação

Para a mulher, a vinculação com o filho inicia-se ainda antes da gravidez, quando o casal idealiza a expansão da família (Brazelton, 1988). E hoje, graças às imagens ecográficas, o feto integra a nova família quase desde que a mulher percebe que está grávida. Contudo, é a mãe que, durante a gravidez, conhece e compartilha com o filho experiências, não só físicas, mas também psicossociais. Mãe e filho estão envolvidos num diálogo, muito antes de o filho nascer, e é nesta *relação de longa data* que, após o nascimento, “dois seres dependentemente separados, que se conhecem sem nunca se terem olhado ou que se sentem «sem nunca se terem tocado» (Sá e Dias, 2004, p.108), se encontra a base da relação mãe-filho pelo futuro.

A gravidez é um dos momentos mais significativos na vida de qualquer mulher, conduzindo a profundas alterações que passam pela integração de dois *status* sociais: o de companheira e o de mãe. Esta etapa, marcada por uma enorme vulnerabilidade emocional e por sentimentos ambivalentes, conduzem a grávida a criar expectativas e a fantasiar a sua própria gravidez e o seu próprio bebé. Para isso dispõe normalmente de nove meses para se adaptar ao seu novo papel, mas também para permitir que o seu projeto da maternidade se construa e se consolide de forma progressiva. Esta necessidade de reorganização e reestruturação da vida pessoal e a aceitação do novo ser implica uma crise

específica vivenciada em 6 etapas (Colman e Colman, 1994, cit. por Cortesão, 2007, p. 21):

1. “Aceitação da gravidez” - a mãe e o pai reconhecem a gravidez;
2. “Aceitação da realidade do feto” - os pais idealizam o filho que vão ter, em termos físicos, mas também em relação à sua identidade pessoal;
3. “Reavaliação e reestruturação da relação com os próprios pais” - os futuros pais recordam a sua infância e tendem a procurar o apoio dos pais;
4. “Reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro” - com o desenvolver da gravidez os pais tendem a ficar mais próximos um do outro;
5. “Aceitação do bebé enquanto pessoa separada” - após o nascimento os pais têm de aceitar o filho como ser separado dos seus corpos, embora completamente dependente deles;
6. “Reavaliação e reestruturação da identidade parental” - os pais tendem a modelar o seu comportamento em função do filho e vice-versa.

Durante a gravidez a mulher vai idealizando um bebé, fantasiado, que responde a todos os padrões de perfeição, estando presente na mente da mãe mesmo antes da tomada de consciência do projeto maternal. Antes disso a mulher já possui no seu inconsciente o bebé fantasmático, construído com base nas experiências decorrentes das suas brincadeiras de criança e da sua relação com os pais. Assim, no momento do nascimento, existem três bebés: “o imaginário da gravidez, o bebé fantasmático e o bebé real, sendo este último aquele a quem a mãe tem de se adaptar depois do nascimento” (Camarneiro, 2007, p. 27). Esta maturação do bebé na cabeça da mãe vai delineando o longo processo de vinculação com aquele filho em três fases, de acordo com Sá (2004):

♦“Vinculação pré-natal” - que emerge no momento da revelação da gravidez, na audição do ritmo cardíaco fetal, nas ecografias obstétricas, na percepção dos movimentos fetais e no conhecimento do sexo do bebé, permitindo aos pais conciliar o bebé fantasmático com o imaginário;

♦“Vinculação perinatal” - acontece durante o trabalho de parto e é influenciada por vários fatores, desde a dor materna, os contratempos no decorrer do trabalho de parto, a possibilidade de contacto pele a pele com o filho após o

nascimento e o confronto com o bebé real que pode não corresponder ao bebé idealizado, condicionando a forma como mãe e filho criam laços entre si;

•“Vinculação pós natal” - que depende da capacidade neuro sensorial do bebé para responder aos apelos de interação da mãe, mas também da capacidade da mãe para estimular o filho.

Mas a temática da vinculação só começou a suscitar preocupação social após a II Guerra Mundial quando um número crescente de crianças se vê confrontada com a quebra abrupta dos laços familiares, pela perda ou separação dos pais, conduzindo a que a comunidade científica se questionasse sobre o processo de vinculação e as implicações da carência de cuidados maternos no desenvolvimento da criança (Guedeney, 2004). Na década de 40, René Spitz (1945, cit. por Jorge, 2004) descreve pela primeira vez a *síndrome do hospitalismo*, que aborda a importância do afeto e do contacto entre a criança e um adulto. Também Bowlby, em 1951, num relatório que elaborou a pedido da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre crianças institucionalizadas, alertava para os efeitos nefastos da ausência da figura materna no desenvolvimento infantil, com danos irreparáveis no desenvolvimento psicomotor, na autonomia e no desenvolvimento da linguagem, conduzindo mesmo à morte de muitos e transformando outras crianças em adultos emocionalmente frios, com dificuldades de relacionamento e com propensões hostis e antissociais (Klaus, Kennel e Klaus, 2000; Guedeney, 2004; Soares, 2007).

John Bowlby é considerado o grande pioneiro da teoria da vinculação. Este psiquiatra de profissão, desde 1958 e durante 20 anos, desenvolveu vários estudos nos hospitais e orfanatos onde trabalhou, que contribuíram para a compreensão da origem e desenvolvimento do processo vincutivo (Montagner, 1993; Guedeney, 2004; Soares, 2007). A vinculação estaria presente desde o nascimento e o comportamento do recém-nascido teria objetivos específicos, no sentido de criar e manter um contato de proximidade com a mãe, recorrendo assim a diversas formas para interagir com esta, seja pelo sorriso, pela sucção, pelo toque, pelo choro (Montagner, 1993). A estas formas de interacção por parte das crianças em relação a uma figura de proteção, Bowlby apelidou-o de comportamento de vinculação, acreditando que as crianças estariam “biologicamente concebidas

para ficar vinculadas a uma figura materna - independentemente da satisfação das necessidades fisiológicas básicas, como a fome” (Berryman, 2002, p. 70).

De início, Bowlby considerava a mãe como a principal figura de vinculação e a criança precisaria de experienciar a figura materna “não apenas como acessível, mas também como responsiva” (Soares, 2007, p. 35); depois considerou que a figura de vinculação não se limitaria à mãe, mas seria a “figura em direção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação” (Guedeney, 2004, p. 34).

Mas Bowlby, na sua época, não obteve o devido crédito pela comunidade científica, pois ainda prevalecia a ideia de que o mais importante eram os cuidados físicos e os efeitos psicológicos da separação, que Bowlby referia, eram a curto prazo e não deixariam sequelas no desenvolvimento futuro da criança (Soares, 2007). Só com os trabalhos desenvolvidos pela psicóloga Mary Ainsworth, no Uganda, a teoria de Bowlby volta para a discussão pública, e assim contribui para a consolidação do tema da vinculação (Guedeney, 2004; Soares, 2007). Esta investigadora, ao observar os bebés e as mães em contexto natural e em laboratório, trouxe um novo conceito - *a situação do estranho* - que avalia a reação do bebé à separação da mãe ou prestador de cuidados. Verificou que, conforme o comportamento de proximidade da mãe ao filho, as crianças estabeleciam um vínculo diferente com as mães, já que algumas crianças recorriam à mãe em situações de aflição para obter conforto e proteção enquanto outras mostravam-se indiferentes à sua presença (Soares, 2007; Monteiro [et al.], 2008). Estas observações levaram-na a concluir que a mãe desempenha um papel de retaguarda e segurança para a criança, assumindo-se como uma base segura (Berryman, 2002; Guedeney, 2004; Soares, 2007).

A noção de segurança, que Ainsworth trouxe para a teoria da vinculação, assenta na ideia que a confiança numa figura de apoio, protetora, acessível e disponível seria importante para a vinculação da criança. Mas são os seguidores de Ainsworth que, num estudo desenvolvido no Minnesota, mostram a influência da segurança da vinculação precoce no desenvolvimento social e na personalidade da criança no futuro (Guedeney, 2004).

Outro conceito fundamental que surgiu da teoria de Bowlby (1988) é o *caregiving* que corresponde ao “conjunto dos comportamentos parentais que

compreendem tanto os cuidados físicos como afectivos prestados à criança, numa perspectiva biológica, em certa medida programado, como o comportamento da vinculação” (Rabouam e Moralès-Huet, 2004, p.71). A mãe possui competências comunicacionais, baseadas num reportório extenso que inclui a expressão do rosto, as vocalizações, o olhar, o tocar, para responder ao bebé, originando trocas recíprocas, que se desenvolvem ao longo do tempo, entre ambos (Schaffer, 1999; Figueiredo, 2003; Alarcão, Relvas e Sá, 2004; Camarneiro, 2007).

Mas várias dimensões intervêm neste processo de vinculação desde biológicas, psicológicas e socioculturais. No pós-parto acontecem profundas alterações hormonais, com diminuição muito significativa dos valores de progesterona e de estrogénio, que tinham progressivamente aumentado ao longo da gravidez. Verifica-se também um aumento brusco dos valores de prolactina, bem como da ocitocina, essencial na ocasião do parto para o desenvolvimento das contrações uterinas, bem como na secreção de leite, essencial para o estabelecimento da amamentação. Estas alterações hormonais traduzem-se num profundo impacto psicológico e comportamental, desencadeando, por vezes, uma breve e moderada perturbação do humor na sequência do parto, conhecida como “*blues* pós-parto”, que poderá interferir na relação mãe-filho (Figueiredo, 2003; Levy e Bértolo, 2008). Daí que, para além de assumir para si o papel de mãe de uma criança de alto risco, com necessidade de cuidados especiais, também ela enfrenta um processo de recuperação puerperal, considerado como um tempo de mudança particularmente difícil na vida da mulher, afetando-a fisicamente e psicologicamente e experienciando profundas oscilações hormonais (Ferber 2004; Guimarães e Monticelli, 2007).

Para além dos fatores biológicos e psicológicos, também fatores sociais parecem interferir no *caregiving*, dado que “as mães experimentam sensações de prazer e de satisfação quando têm oportunidade de proteger o seu filho, e de cólera, de tristeza e de ansiedade quando são separados ou não os podem proteger” (Rabouam e Moralès-Huet, 2004, p. 72). As mães parecem possuir mecanismos aparentemente inatos para cuidar e proteger o filho.

A vinculação mãe-filho assume-se assim como uma relação única e específica, que exige o investimento mútuo e contínuo dos dois participantes, ocorrendo de forma gradual. Estudos demonstraram que quando um bebé

permanecia junto da mãe durante mais tempo após o parto, comparativamente com os que foram afastados, estabelecia uma ligação mais forte com a mãe (Sá [et al.], 2004). Por isso, inicialmente, os momentos subsequentes ao parto eram considerados fulcrais para o estabelecimento de um vínculo afetivo forte entre ambos. Este seria um período *sensível* ou *crítico* para esta relação, ideia que também Klaus, Kennell e Klaus (2000) partilharam, mas que recentemente apresentam com mais flexibilidade. Atualmente, a maioria dos autores considera que, embora seja fundamental a proximidade mãe-filho após o nascimento, esta relação fortifica-se de forma gradual ao longo do primeiro ano de vida do bebé.

Resumindo, a vinculação refere-se a “um sistema motivacional em que o objetivo é a manutenção da proximidade entre mãe e filho” (Young, 2005, p. 343). Com Bowlby surgiu também o conceito de apego que importa definir; este refere-se ao elo da criança com os pais e o termo vínculo refere-se ao elo entre os pais e a criança (Klaus, Kennell e Klaus, 2000). Neste trabalho utilizou-se particularmente o termo vinculação, pois este classifica-se como um foco de atenção da prática, na prestação de cuidados de enfermagem, sendo definida como “Parentalidade: Ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos” (ICN, 2010). Baseia-se numa resposta humana que visa a aproximação afetiva entre pais/filhos, promovendo uma base sólida para a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da criança e abarca alguns aspetos significativos (Schaffer, 1999):

1. “Seletividade”, pois focaliza-se no indivíduo que responde às necessidades do bebé e que retribui os seus sentimentos;
2. “Proximidade física”, pela procura em manter uma relação de proximidade com o objeto de vinculação, normalmente a mãe;
3. “Conforto e segurança”, são os propósitos porque o bebé procura a proximidade física com a mãe ou sua substituta;
4. “Angústia da separação”, que surge quando há um afastamento do objeto de vinculação.

É no estabelecimento de uma relação de vinculação segura que está o suporte à sobrevivência do bebé, a mãe ao proporcionar segurança e afetividade permite à criança a edificação de raízes que lhe permitem interagir com o meio

que a rodeia de forma segura. E é nesta proximidade e troca de mensagens que se baseia a interação mãe-filho, definida por Lebovici (1983, cit. por Figueiredo 2001, p. 9) como o processo ao longo do qual “a mãe entra em contacto com o bebé, dirigindo-lhe algumas mensagens, e o bebé, por sua vez, responde-lhe com recurso aos seus próprios meios”.

### 1.1.2 Tornar-se mãe... numa UCIN

Quando o bebé nasce prematuramente ou com necessidade de cuidados intensivos, a UCIN é o culminar das expectativas criadas ao longo dos meses de gravidez, onde a maioria das vezes o bebé concebido imaginariamente se desvanece num bebé frágil e doente, conduzindo muitas vezes a que os pais não sejam “capazes de aceitar a realidade, mantendo uma versão idealizada da criança” (Steele, cit. por Baldini e Krebs, 2010, p. 9). Esta necessidade de internamento também obriga a que o bebé seja separado dos pais, sendo transportado para a UCIN, e é neste espaço que permanece durante semanas ou meses, exposto a um conjunto de intervenções e eventos considerados fontes adicionais de *stress* (Feldman, 2010), que poderão prejudicar uma vinculação precoce entre ele e a mãe.

A integração das mães no ambiente da Neonatologia só aconteceu nos últimas décadas, além de que importa recordar que o acolhimento de crianças em ambiente hospitalar, destinado exclusivamente para o cuidado a estas, aconteceu apenas em 1802, aquando da criação de um verdadeiro hospital de crianças - o “Hopital des Enfants Malades” em Paris. Seguiram-se outros por várias cidades como Berlim, Nova Iorque, Filadélfia... Portugal também seguiu estes passos pois, poucos anos mais tarde, em 1877, é inaugurado o Hospital Dona Estefânia em Lisboa, em 1881 o Hospital de Crianças Maria Pia, no Porto, e mais recentemente, em 1971, o Hospital Pediátrico de Coimbra (Amaral, 2004). Relativamente aos cuidados neonatais, só em 1923 o Sarah Morris Hospital, em Chicago, criou o

primeiro centro para tratamento de bebés prematuros, impulsionando as mães a extrair leite em casa e convidando-as a cuidarem dos filhos.

Até meados do século XIX a criança viu-se isolada, sem contacto com os pais, sendo que o cuidado à criança doente era da responsabilidade dos profissionais de saúde, cujos cuidados se baseavam essencialmente em assegurar uma nutrição adequada, o controlo da temperatura e uma grande preocupação nos cuidados de assépsia. A criança era afastada dos pais uma vez que estes eram considerados uma ameaça à conduta do pessoal de saúde e causadores da disseminação da infeção, sendo até desencorajados a visitar os seus filhos, e até proibidos de lhe prestar qualquer tipo de cuidados (Klaus e Kennell, 1995; Gomes Pedro [et al.], 1997; Amaral, 2004).

Mas foi após a II Guerra Mundial, e devido à escassez de pessoal de saúde habilitado, que as mães puderam participar, sob supervisão, nos cuidados aos filhos, o que gerou uma queda na mortalidade infantil que até então tinha atingido índices preocupantes (Amaral, 2004; Barradas, 2008). Começa, em 1977, a delinear-se o conceito de humanização dos cuidados de saúde em pediatria, quando a OMS recomendava que as crianças no hospital tivessem visitas ilimitadas dos pais e que as crianças pequenas fossem admitidas com as mães (Jorge, 2004). Mas estas mudanças na área pediátrica não aconteceram com a mesma brevidade no que concerne aos cuidados neonatais (Almeida, 2001). Em Portugal, só em 1938 surgiu a primeira Unidade de Cuidados Especiais para recém-nascidos na Maternidade Júlio Dinis, no Porto. Mas o surgimento no nosso país de unidades neonatais apetrechadas com o equipamento necessário para a prestação de cuidados intensivos ao recém-nascido pré-termo ocorreu só nos anos 80 (Gomes Pedro [et al.], 1997).

Preocupados em melhorar as condições de internamento das crianças surgiu em 1993 a European Association for Children in Hospital (EACH), cujo objetivo fundamental era a defesa dos direitos da criança hospitalizada. Em 1995, Portugal associou-se à EACH, através do Instituto de Apoio à Criança (IAC) que se responsabilizou pela publicação e difusão da Carta Europeia da Criança Hospitalizada (Levy, 2006). Esta proclama vários direitos, alguns dos quais se referem ao acompanhamento pelos pais ou pessoas significativas durante o internamento e outros à garantia de receber os cuidados indispensáveis à

satisfação das suas necessidades (IAC, 2000). Neste sentido, o IAC criou o Sector da Humanização, tendo este publicado a versão portuguesa da Carta e difundindo-a largamente pelos hospitais que prestam cuidados à criança doente e hospitalizada (Levy, 2006).

Em 2009, o Decreto-lei nº 106, nos artigos 2.º e 4.º, consagra que todas as crianças, com idade inferior a 18 anos, internadas em hospitais ou unidades de saúde têm direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa significativa, durante o período diurno ou noturno. Da nossa experiência podemos observar que atualmente nas unidades pediátricas é permitida a presença de dois acompanhantes junto à criança, durante o dia, e à noite apenas a uma pessoa, dado que as condições da maioria das instituições hospitalares não permitem a permanência de duas pessoas à noite. Nas unidades de Neonatologia, embora a possibilidade de acompanhamento aconteça nos mesmos moldes, na prática verifica-se que a presença dos pais acontece sobretudo durante o dia (das 09h até às 00h), sendo menos visível a sua permanência à noite, cingindo-se a mães que amamentem.

Num estudo realizado na Finlândia verificou-se que as mães estavam presentes na UCIN junto do filho uma média de 6,7 dias por semana, enquanto os pais permaneciam na UCIN uma média de 4,8 dias por semana (Wigert, Berg e Hellström, 2010). A mãe vivencia, por isso, mais de perto todo o processo de internamento e tende a ser mais participativa nos cuidados ao filho

Neste contexto da presença dos pais nas UCIN's Mazet e Stoleru (1990), citados por Baldini e Krebs (2010), ao estudarem as reações dos pais perante o nascimento de um filho pré-termo ou com malformações congénitas, verificaram que a forma como enfrentavam esta situação dependia da personalidade de ambos, da sua relação conjugal e da atitude dos profissionais perante os pais. Constataram também que, de uma forma global, a reação geral é de grande choque, oscilando entre a esperança pela sobrevivência do filho e o desejo que a criança morra, um grande sentimento de culpa, somado ao desalento por investir recursos numa criança incapaz de qualquer forma de interação. Estes autores alertam também que não é só o filho que se vê separado precocemente da mãe, mas também a mãe vivencia uma separação antecipada do filho, daí que o parto seja tão prematuro para o filho como o é para a mãe.

A preocupação inicial da mãe focaliza-se na sobrevivência do filho, mas também nos sentimentos de culpa que vive, por não ter sido capaz de gerar o filho perfeito que idealizou, agudizado pela ansiedade que sente naquele momento ao não poder exercer o seu papel de mãe em plenitude (Brazelton, 1988; Klaus, Kennel e Klaus, 2000), tendo medo de olhar ou tocar o seu próprio filho, talvez como forma de se proteger do sofrimento que está a sentir. Daí a necessidade de, logo que seja possível, a mãe poder visitar o bebé na UCIN, pois quanto maior for a espera “mais tempo ela tem para imaginar que as suas piores fantasias são verdadeiras” (Klaus, Kennel e Klaus, 2000, p. 125).

Como já vimos, a vinculação entre pais e bebé é iniciada muito antes do nascimento, daí que para “compreendermos as interacções «mais precoces» entre pais e filhos, temos de recuar um pouco e examinar essas relações ainda mais precoces” (Brazelton e Cramer, 1989, p.17). Em primeiro lugar, seja a primeira gravidez ou não, este processo é fortemente influenciado pelas experiências passadas dos pais, desde a sua infância (Nogueira, 2010), e é destas experiências que se afigura o bebé idealizado na mente dos pais. Daí que, muito antes de cada mulher vir a ser mãe, ela já incorporou um “reportório de comportamentos de cuidados maternos pela forma como era cuidada por sua mãe e pela observação, pela brincadeira e pela prática” (Klaus, Kennel e Klaus, 2000, p. 25). Mas, também outros fatores podem afetar os sentimentos dos pais para com aquele filho que perduram durante toda a vida da criança, tais como todos os acontecimentos que rodeiam a gravidez, o parto inesperado, os momentos após o nascimento do bebé com consequente separação e internamento (Kennell, 2005; Cruz [et al.], 2010).

Num nascimento a termo e saudável espera-se uma certa habilidade do bebé em iniciar e estimular o vínculo afetivo com a mãe. Porém, quando o bebé nasce em situação de risco, seja pela sua doença ou pela sua imaturidade, pode não apresentar as competências desejadas para se iniciar essa reciprocidade na interação, colocando em risco o processo de vinculação (Schaffer, 1999). Acrescendo a esta dificuldade, a mãe enfrenta também as contrariedades de um internamento longo, com incertezas quanto à sobrevivência e qualidade de vida futura do filho. Apesar da necessidade de o bebé ser transportado para a UCIN é importante que, sempre que possível, o bebé seja dado a conhecer à mãe, ainda na sala de partos, mesmo que por breves momentos, pois a mãe só algumas horas

mais tarde pode visitar o filho (Klaus, Kennel e Klaus, 2000; Guimarães e Monticelli, 2007).

Já na UCIN, não será fácil para o bebé nem para a mãe o estabelecimento de uma relação afetiva de proximidade entre ambos pois, desde as primeiras horas de vida, várias são as situações que dificultam o estabelecimento de laços afetivos entre pais e filho (Gomes, 2004; Barreto, 2005; Viana [et al.], 2005):

- a separação mãe-filho que se impõe logo após o nascimento;
- o recém-nascido não consegue responder aos apelos de contacto dos pais em virtude da sua imaturidade;
- a não concordância entre a imagem do filho idealizado e a imagem real do filho pré-termo;
- a tecnologia existente e os cuidados especializados prestados por médicos, enfermeiros e outros profissionais tornam-se uma barreira entre pais e filho;
- os pais confrontam-se com a constante ameaça de perda do filho, com progressos e retrocessos na sua evolução clínica;
- o internamento prolongado do recém-nascido prematuro (nos casos dos grandes prematuros).

Além disto, perante o sofrimento ou dor a que o filho está sujeito nos tratamentos ou procedimentos dolorosos, a mãe poderá sentir-se impotente por não ser capaz de minimizar ou aliviar o sofrimento do filho. Os pais sentem-se por isso quase tão desprotegidos e vulneráveis como os próprios filhos, dependentes do contacto com os médicos e com os enfermeiros, muitas vezes sentindo-se incapazes de responder adequadamente ao que a equipa de saúde espera deles, como seja uma atitude tranquilizante para com os filhos, uma presença permanente e uma colaboração ativa com a equipa de saúde (Gonçalves, 2006).

Estudos desenvolvidos concluíram que reduzir a ansiedade materna inerente ao nascimento de um recém-nascido de muito baixo peso seria promotor de uma interação mãe-bebé mais satisfatória, favorecendo o desenvolvimento cognitivo e social destas crianças vulneráveis (Zelkowitz, 2009). O estudo desenvolvido em 2007 por Guimarães e Monticelli, com pais e filhos pré-termo e/ou de baixo peso durante a prática do Método Mãe-Canguru, conclui que um dos

factores que os pais mencionam como promotores da vinculação é a liberdade que lhes é dada para permanecerem junto do filho e poderem participar nos cuidados a este.

Apesar dos condicionalismos da própria UCIN ou da instabilidade clínica que o bebé possa apresentar, os pais sentem necessidade de cuidar e tocar o bebé, mas muitas vezes também a equipa neonatal tende a assumir para si a responsabilidade no cuidar deixando muitas vezes excluídos os pais e criando mais um obstáculo à vinculação mãe-filho (Guimarães e Monticelli, 2007). O papel de mãe terá de ser desempenhado em ambiente hospitalar, e este tende a excluir e retirar em parte o poder de decisão e autonomia das mães, uma vez que sentem que têm de se sujeitar a um conjunto de normas e regras instituídas e paralelamente a diferentes estilos de cuidar, intrínsecos a cada profissional. Daí que, quando o bebé necessita de ser internado numa UCIN, o momento de euforia que se idealiza com o nascimento de um filho desvanece-se num “mundo agitado de enfermeiras e médicos preocupados, sobrecarregados de trabalho, de outros pais igualmente sobrecarregados e de bebés gravemente doentes” (Klaus, Kennel e Klaus, 2000, p.121).

Uma Investigação realizada por Carter e Miles, em 1983 (cit. por Barreto, 2005), revelou que os pais consideram que as situações mais importantes geradoras de *stress* numa UCIN são: a aparência dos filhos, a complexidade de equipamentos de ventilação, alimentação e monitorização, não receber notícias claras sobre a evolução dos filhos, não conhecer a equipa e não poder participar nos cuidados ao filho. Noutro estudo, realizado por Oliveira, Linhares e Martinez (2003, cit. por Linhares [et al.], 2006), procurou-se conhecer as inquietações sentidas por mães de recém-nascidos, pré-termo e de muito baixo peso (<1500g), hospitalizados numa unidade de neonatologia, que foram apresentadas pelas mães pela seguinte ordem de importância:

- ♦ preocupação com a sobrevivência do filho;
- ♦ ansiedade causada com a separação do filho, devido ao internamento prolongado;
- ♦ sensação de incapacidade para desempenhar o papel de mãe;
- ♦ alívio/esperança em relação à sobrevivência;

- ♦ desejo de alta hospitalar;
- ♦ culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento;
- ♦ problemas pessoais-familiares da mãe;
- ♦ alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento do bebé.

Por isso, visitar apenas não é suficiente, é necessário envolver os pais nos cuidados prestados, desmistificando os seus medos, receios, e sobretudo encorajando a sua colaboração. Mas a hospitalização da criança significa para os pais mais do que a separação do filho, representa também a “quebra na organização do quotidiano (deslocação, despesas, faltas ao trabalho) e é acompanhada por sentimentos que vão desde medo de perder a criança, ao de impotência, falhanço e culpa” (Jorge, 2004, p. 38). A dificuldade em enfrentar esta situação, poderá causar no casal graves problemas de relacionamento, sendo frequentes as separações e divórcios (Baldini e Krebs, 2010). Muitos destes problemas devem-se ao afastamento da mãe do lar e à permanência muitas vezes quase diária desta no internamento, pois geralmente são as mães quem mais cuida dos bebés durante a hospitalização.

Todos reconhecemos que a hospitalização é uma experiência frustrante e angustiante para pais e recém-nascido, mas sabemos que tornar a família o centro de cuidados implicou uma mudança de conceções e valores, por parte da sociedade mas também da enfermagem. Com o evoluir da ciência e da tecnologia, da farmacologia e da medicina, a enfermagem tem vindo a assumir o seu papel na sociedade, classificando-se em terceiro lugar, como os profissionais em quem mais os portugueses confiam (OE, 2012). Em neonatologia, o enfermeiro destaca-se pelas suas competências e atribuições nos cuidados ao recém-nascido pré-termo ou doente, no sentido de garantir a sobrevivência e a qualidade de vida futura destas crianças, mas também em promover o vínculo afetivo pais e filho e em estimular o envolvimento gradual e a autoconfiança dos pais na prestação de cuidados ao filho.

### 1.1.3 O Enfermeiro como mediador da relação mãe filho na UCIN

O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é a essência de enfermagem, “não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (Watson<sup>a</sup>, 2002, p. 52). E é neste princípio que o enfermeiro desenvolve a sua atividade, prestando cuidados ao ser humano desde o nascimento até à sua morte, saudável ou doente, por forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde. O processo de cuidados de enfermagem assenta, por isso, num encontro entre quem presta e quem recebe cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores determina o ambiente em que os cuidados são prestados e recebidos e exige do enfermeiro disponibilidade, criatividade, sensibilidade e capacidade de comunicar e interagir com os outros.

O nascimento, quer seja de um bebé de termo ou prematuro, é considerado um período sensível na vida familiar de qualquer casal, daí que as intervenções a serem desenvolvidas pelo enfermeiro têm como objetivo o cuidar da díade recém-nascido/pais. Cuidar exige que o enfermeiro disponha de conhecimentos sobre o comportamento humano e sobre a capacidade de resposta dos indivíduos para a resolução de problemas de saúde, atuais ou potenciais. Mas também “conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar resposta às necessidades dos outros; conhecimentos das nossas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confortar, oferecer compreensão e conforto” (Watson<sup>a</sup>, 2002, p.129), sendo a relação de ajuda essencial para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes.

Cada vez mais, a prática de enfermagem exige a mobilização de saberes prévios aplicáveis a realidades concretas. Daí que muitas vezes, na relação enfermeiro-pais o enfermeiro seja, aos olhos dos pais, o alvo de críticas amargas ou o anjo de misericórdia, pois é aquele que acompanha com maior proximidade a díade. Nesta linha de pensamento o enfermeiro, tal como os pais, manifesta ansiedade, insegurança, medo de errar, sentimentos quase sempre potenciados

pela consciência de serem os *maus da fita*, quando cuidam ou instituem tratamentos potencialmente dolorosos ao bebé. Jacoby e colaboradores (2003) desenvolveram um estudo, numa UCIN no Luxemburgo, em que analisaram o discurso dos profissionais e verificaram que as enfermeiras se referiam aos tratamentos a que submetiam os recém-nascidos, usando palavras como “brutalidade”, “ataque”, “maus tratos”, “sevícias”, “agressão”, “atribuindo-se claramente um papel sádico, e queixando-se que as tensões vividas no trabalho invadiam as suas vidas” (Gonçalves, 2006, p.31).

Por outro lado, Jorge (2004) assume que numa UCIN o enfermeiro é visto como o elemento da equipa de saúde mais acessível e disponível para responder aos medos e anseios demonstrados pelos pais, podendo atuar de forma mais eficaz para procurar minimizá-los, tendo um papel fundamental na adaptação destes ao papel parental. As suas ações devem por isso atender aos seguintes pressupostos (Enes, 1992, cit. por Serafim, 2005):

- “estimular a presença dos pais”, permitindo-lhes que participem nos cuidados ao filho, como na higiene e na alimentação, mas também em cuidados mais específicos desde que os pais demonstrem desejo e capacidades;
- “estimular a interação física e emocional entre os pais e o recém-nascido”, comprometida pelo ambiente estranho e pelo equipamento técnico;
- “prestar cuidados que abranjam a educação para a saúde e prevenção primária” no sentido de impulsionar a independência futura dos pais;
- “orientar a sua actuação com vista à reinserção do recém-nascido no seu meio familiar”.

Neste contexto, a humanização de um serviço ou unidade traduz sempre a qualidade dos cuidados que presta e, no que diz respeito à enfermagem, esta exerce um papel decisivo, dada a sua proximidade com os pais e recém-nascido, que lhe dá a oportunidade de contribuir para o alívio do *stress* familiar face a esta situação, na busca da individualização dos cuidados. Daí que cuidar seja visto por Hesbeen (2000, p. 37) como uma arte que “combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que permitam ajudar alguém na sua situação singular”. Assim, os enfermeiros têm incrementado na sua prática diária ao longo dos anos, uma crescente preocupação na qualidade dos cuidados que

prestam e as suas consequências na qualidade de vida futura da criança, desenvolvendo estratégias favorecedoras/protetoras do desenvolvimento neurosensorial, evidenciando esforços na otimização dos cuidados ao recém-nascido e na integração da família no contexto de cuidados em Neonatologia (Barros, 2001; Amaral, 2004; Cabete, 2007).

A presença e a colaboração da mãe durante o internamento do filho garantem, a curto prazo, que esta restabeleça a sua autoconfiança quanto à capacidade de cuidar do filho. Permite também que a ansiedade materna gerada pelo internamento diminua, já que acompanham a evolução da situação da criança, “...participam nos cuidados a prestar e são preparados para lhes darem continuidade após a alta, (...) beneficiam do ensino oportuno que lhes é feito, melhorando os seus conhecimentos em matéria de saúde e avaliam a sua qualidade” (Jorge, 2004, p. 40). Em 1992 foram estabelecidos os *Princípios dos Cuidados Neonatais Centrados na Família*, por um grupo de pais americanos e por profissionais da área neonatal, que tinham como objetivo delinear estratégias para uma participação mais ativa e uma melhor colaboração entre os profissionais de saúde e pais dos recém-nascidos doentes. Estes princípios baseiam-se num trabalho conjunto de pais e profissionais:

- Os cuidados neonatais devem ser baseados numa comunicação honesta entre pais e profissionais de saúde sobre matérias médicas e éticas;

- Pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente na elaboração de alternativas de tratamento. Os pais devem ter acesso a informação médica, com conteúdos compreensíveis, informação acerca das incertezas relativas ao tratamento, contacto com outros pais que tenham tido situações médicas semelhantes e acesso ao processo médico e discussões da equipa médica;

- Em situações médicas de risco, os pais devem ter o direito de participar nas decisões relativas a cuidados médicos mais agressivos ou de risco dos seus recém-nascidos;

- Durante a gravidez, os pais devem ser informados de possíveis desfechos desfavoráveis da gravidez e deve ser-lhes dada a oportunidade de decidirem, antecipadamente, as suas opções de investir ou não investir, da intensidade dos tratamentos, caso o filho venha a nascer extremamente prematuro e/ou em estado extremamente crítico;

- Pais e profissionais devem reunir esforços para minimizar a dor e sofrimento dos recém-nascidos internados nas UCIN's, criar um ambiente adequado para o desenvolvimento neuro-sensorial do bebé e assegurar a segurança e a eficácia dos tratamentos neonatais;

- Pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para desenvolver políticas e programas que fomentem as competências parentais e encorajem o envolvimento da família com o seu bebé hospitalizado, bem como a promoção de um programa de seguimento e a longo prazo de todos os bebés;

- Pais e profissionais devem reconhecer que o recém-nascido em estado crítico, pode ser lesado, quer por tratamento em excesso quer insuficiente (Harrison, 1993, cit. por Martins, 2006, p. 45).

## 1.2 Toque... descobrindo alguns dos seus segredos

Hunter e Struve (1998, p.3) definem o toque como “o processo principal através do qual os seres humanos obtêm informação sobre o mundo”. Desde as primeiras experiências de vida, é através dele que nos conhecemos a nós próprios e somos capazes de reconhecer a diferença entre o Eu e o Outro; após o nascimento começamos por perceber que para além de nós existe outra pessoa - a mãe - e desde que se conhecem mãe e filho tocam-se intensamente (Ackerman, 1997). Também Estabrooks e Morse (1992, cit. por Roxo, 2003, p.95) concetualizam o toque como sendo “multidimensional, um *gestalt*, que envolve a voz, a postura, o afecto, a intenção e o significado dentro de um contexto, assim como o contacto táctil, «*skin to skin*» (físico)”. Percebemos deste modo que o toque é reconhecido, desde sempre, como indispensável a um processo de desenvolvimento afetivo equilibrado, em todo o ciclo de vida humano, sendo fundamental para o bem-estar físico e emocional de cada um.

### 1.2.1. Contextos e significados do toque através dos tempos

Desde o nascimento a estimulação tátil tem um papel decisivo na relação mãe-filho e não apenas nos humanos. Nos mamíferos, as fêmeas costumam lambe os seus filhotes recém-nascidos durante longos períodos, de modo a ativar o sistema circulatório, respiratório e excretório do filho, estimulando-os a funcionar adequadamente logo após o parto. Nos humanos, a mulher não apresenta este comportamento, mas o prolongado trabalho de parto a que estão sujeitas, obrigando a fortes contrações uterinas sobre o corpo do feto, terá efeitos semelhantes ao de “lambe a cria” (Montagu, 1988). Assim, as contrações uterinas durante o trabalho de parto representam as primeiras carícias que a mãe concede ao filho, além de que o próprio nascimento pode ser olhado como “uma primeira massagem, uma espécie de «amassadura» intensa dada pela mãe no período de expulsão para a existência individual” (Roxo, 2003, p. 99). E após o parto a mãe, ou seu substituto, terá de cuidar do filho, pois a imaturidade comportamental e fisiológica com que o recém-nascido humano nasce impede-o de sobreviver sozinho. Para que esta sobrevivência seja possível, o bebê tem de ser acariciado, tocado, embalado e alimentado, pois:

*“é o toque das mãos, do colo, as carícias, os cuidados, a proteção dos braços que queremos enfatizar aqui, pois parece que, mesmo na ausência de muitas outras coisas, estas são experiências essenciais de tranquilização que o bebê precisa sentir para que possa sobreviver dentro de certos parâmetros de saúde” (Montagu, 1988, p.106).*

Mas não é apenas nos primeiros anos da nossa existência que precisamos de tocar e de ser tocados, esta necessidade mantém-se ao longo da vida, pois neste processo está a base das relações interpessoais (Montagu, 1986) e são várias as emoções que podem ser transmitidas pelo toque, como amor, carinho, empatia, simpatia, raiva e sentimentos de segurança (McGrath, Thillet e Cleave, 2007). Todos precisamos do toque: desde as crianças para estabelecer relações e sobreviver, até aos idosos que, através do toque, podem minimizar sentimentos de solidão.

O tato é um dos primeiros sentidos a desenvolver-se no feto durante a vida intrauterina (Montagu, 1988) emergindo por volta das 7,5 semanas de gestação

(McGrath, Thillet e Cleave, 2007). A partir da 15.<sup>a</sup> semana de gestação, o feto já suga o dedo e com 20 semanas apresenta sensibilidade tátil em toda a superfície corporal, tendo a capacidade de explorar ativamente a face, o tronco e os pés (Brasil, 2002). A pele é o primeiro sistema sensorial a tornar-se funcional em todas as espécies. Como maior órgão do corpo funciona como recetor do sentido do tato e é através dela que a sensação de tocar que damos ou recebemos é conduzida rapidamente ao cérebro, transmitindo-nos tanto prazer como desconforto com esse contato físico (Montagu, 1988; Bárcia e Sá, 2007). Assume-se como fonte de informação e mediadora de sensações, protegendo o organismo, na medida em que constitui uma barreira com o ambiente externo. Salientando a importância do tato, Montagu (1988) revela-nos que existe uma lei geral embrionária que nos diz que quanto mais cedo uma função se desenvolve, mais importante essa função é, sendo que todos os outros sentidos só se tornam totalmente funcionais após o do tato. Além disso, este parece ser o último sentido a abandonar-nos, pois “...muito depois dos nossos olhos nos traírem, as nossas mãos ainda são fiéis ao mundo” (Saches, 1992, cit. por Ackerman, 1997, p.85). Tocar e ser tocado é inevitavelmente uma experiência recíproca que “acarreta mensagens físicas bastante complexas e, igualmente significados psicológicos também complexos” (Roxo, 2003, p.95).

O toque, fundamental para a sociabilização da criança, constitui-se como a forma mais eficaz de comunicação não-verbal, mas temos, contudo, de atender aos diferentes contextos culturais e aos diferentes hábitos e costumes de contato entre os membros de uma comunidade. A atitude perante o toque nas diferentes classes sociais e culturas é diverso e abrangente. Existem famílias em que as carícias, os abraços e beijos são uma constante, noutras a relação entre mãe-filho e entre os diferentes membros da família coíbe-os de se tocarem. Relembremos algumas culturas tribais, cujos bebés permanecem nus em contato pele a pele com a mãe diariamente, noutras os bebés são afastados das mães e enrolados em lençóis, talvez numa tentativa de imitar o útero materno. Também nalgumas classes sociais o bebé é afastado da mãe e entregue aos cuidados de uma ama que o alimenta e cuida (Montagu, 1988).

Diversas são as formas de olhar o toque, pelo mundo, recordemos que nas sociedades orientais o toque, e uma das suas expressões mais conhecidas como é a

massagem, continua a ser prática recorrente pelo seu poder curativo, pois acreditam que esta é uma das formas de promover a saúde e prevenir a doença, através do toque, das fricções e de movimentos de amassar (Bárcia e Sá, 2007). Mas, ao contrário dos orientais, para os ocidentais o toque e a massagem foram perdendo espaço na sociedade, permanecendo ainda quase como tabus (Roxo, 2003). As transformações sociais, na sociedade ocidental, que têm ocorrido nos últimos anos e a “falta de tempo” do mundo moderno, têm contribuído para o abandono progressivo do toque entre pais e bebé (Bárcia e Sá, 2007), perdendo-se momentos de ternura e carinho entre pais e filho. Também o antropólogo Ashley Montagu (1988, p. 19) assinala que “em virtude de nossa progressiva sofisticação e falta de envolvimento recíproco passamos (...) a excluir da nossa experiência o universo da comunicação não-verbal, para o nosso acentuado empobrecimento”.

Se recuarmos alguns anos, recordamos que as duas grandes guerras mundiais impeliram muitas crianças órfãs para orfanatos, traduzindo-se muitas vezes numa sentença de morte. Contudo, terá sido verificado que nestas instituições, as crianças que recebiam mais carinho e colo tinham uma maior taxa de sobrevivência (Bárcia e Sá, 2007). Exemplo disso é o episódio que remonta à década de quarenta, quando o médico Fritz Talbot em visita a uma clínica infantil em Dusseldorf, viu uma velha mulher a acariciar e passear ao colo um bebé e perguntou ao diretor da clínica quem era aquela velha senhora, tendo obtido como resposta: “Oh, é a velha Ana. Quando já se fez tudo o que é medicamente possível por um bebé e mesmo assim ele não melhora, passamo-lo para a velha Ana e ela resolve sempre o caso” (Ornstein e Sobel, 1989, cit. por Roxo, 2003, p. 104).

Esta necessidade de contato para garantir a sobrevivência está também patente nos estudos que Harry Harlow desenvolveu em 1958-1959 com macacos *rhésus*, demonstrando que quando os bebés macaco eram afastados da mãe biológica e era-lhes dado a escolher dois tipos de mãe - uma mãe substituta elétrica, que fornecia leite, e outra coberta com uma toalha mas que não fornecia leite - os pequenos macacos “preferiam o «conforto de contacto» desta última, em vez da mãe que era fonte de alimentação” (Berryman [et al.], 2002). Este trabalho reforçava a ideia de que a ligação entre mãe e filho ia além da satisfação das necessidades básicas de alimentação, ao acreditar que para crescer

emocionalmente a criança necessita de ser acariciada e da prestação de cuidados próxima e continua (Soares, 2007).

Outro marco importante na temática do toque foi a publicação do livro, já citado anteriormente, *Tocar - O significado humano da pele*, por Ashley Montagu, antropólogo inglês, revelando a importância do tocar para a saúde física e mental dos indivíduos (Montagu, 1988).

Em 1986 é fundada, por Vimala McClure, a Associação Internacional de Massagem Infantil, que tem divulgado esta técnica pelo mundo inteiro, baseada nas observações que a fundadora fez na Índia, quando observava as mães a pôr em prática o uso da massagem (Bárcia e Sá, 2007). Em Portugal foi criada, em 2003, a Associação Portuguesa de Massagem Infantil, que tem como missão “promover o “toque” e a comunicação através de cursos, educação e investigação para os pais e educadores de crianças valorizarem o “toque” nas diferentes comunidades mundiais” (APMI, 2009). O nome *SHANTALA* surge também associado à massagem infantil e foi difundido no mundo ocidental pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer. Durante a sua estadia em Calcutá, em 1976, observou uma jovem mãe, parálitica, a massajar o seu filho sobre as pernas e a sequência desses movimentos foram batizados, por Leboyer, com o nome dessa mulher, *Shantala*. Esta técnica conjuga a transmissão de amor, através do toque, da massagem e da troca energética entre mãe e filho, utilizando apenas técnicas de diálogo não-verbal, através do olhar e do toque (Leboyer, 1998).

Mais recentemente, em 1991, é criado o *Touch Research Institute*, por Tiffany Field e a sua equipa, tornando-se o centro de investigação mais avançado do mundo no domínio da estimulação táctil, baseando o seu trabalho em seis grandes áreas: “facilitador do crescimento, diminuição da dor, aumento do estado de alerta, diminuição da depressão e da ansiedade, doenças auto-imunes e alterações do sistema imunitário” (Bárcia e Sá, 2007, p. 7).

Todos estes progressos e o novo olhar sobre este assunto tem contribuído para que, embora lentamente, o toque e a massagem infantil voltem a ter lugar de destaque na realidade ocidental.

É, então, indiscutível que o toque é essencial ao desenvolvimento humano; desde a vida intrauterina o feto experiencia o toque, ao contactar com as paredes

do útero materno, mas também pela estimulação que recebe da cavidade abdominal materna, evidenciando-se num aumento da atividade do feto (Field, 2010). Após o nascimento essa necessidade de contato mantém-se e o bebé precisa de ser acariciado, amamentado, tocado, etc. e, à medida que cresce, a criança precisa de tocar para conhecer o mundo e interagir com ele.

Estudos desenvolvidos demonstraram que a experiência do toque afetivo materno, durante a infância, é promotor de um desenvolvimento cognitivo e neuro-comportamental adequado na criança, um aumento no número de sorrisos e vocalizações pela criança e uma melhor adaptação materna ao papel de mãe (Ferber, Feldman e Makhoul, 2008). Para Montagu (1988), a estimulação tátil deve começar desde que o bebé nasce e sempre que possível a mãe deve tocar o filho e segurá-lo nos braços. O toque representa por isso a fonte primária de comunicação entre a díade mãe-filho, logo após o nascimento (Jean e Stack, 2009). E a particularidade desta comunicação advém da incapacidade do bebé em utilizar linguagem verbal para se expressar, o que exige que a mãe desenvolva competências que a ajudem a responder adequada e atempadamente às necessidades do filho, mobilizando “estratégias que estão em constante mudança, de acordo com as capacidades progressivas do bebé, e cada nova aptidão recebe uma resposta mais intensa” (Gomes-Pedro, 2005, p.29).

Assim, a interação mãe-bebé constitui-se como um processo de comunicação, em que ambos trocam mensagens e respondem consoante os meios que cada um tem ao seu dispor, sendo influenciado “não só pela disponibilidade de cuidar o recém-nascido mas pela resposta do recém-nascido a esse cuidar (com o olhar, sorrir), que funciona como «feed-back» junto dos pais” (Brazelton e Cramer, 1989, p.13). Envolvem-se numa espécie de coreografia comportamental como lhe chama Stern (1977, cit. Alarcão, Relvas e Sá, 2004) e este bailado sincronizado é observado desde os primeiros dias de vida, nos comportamentos motores e verbais de mãe e filho. Esta comunicação é fundamental para o estabelecimento de uma ligação mãe/pai-filho, definida como a “ligação de prestador de cuidados/criança: Estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança” (ICN, 2010). O bebé é assim reconhecido como um ser dotado de competências, capaz de estabelecer uma relação humana, adotando *comportamentos complexos de integração*, que constituem o seu primeiro meio de

comunicação, tornando-o capaz de interagir com o meio que o rodeia, sobretudo com os pais (Sá, 2004; Gomes-Pedro, 2005).

O toque, componente vital para o estabelecimento de laços emocionais entre mãe e bebé (Ferber, 2004; Wigert, [et al.], 2006), pode ser agrupado em três categorias: toque afetivo, toque estimulante e toque instrumental (Ferber, Feldman e Makhoul, 2008). Galvão [et al.] (2009) apresentam classificação semelhante, ao definirem quatro tipos de toque materno: instrumental, expressivo-afetivo, terapêutico e não intencional. O primeiro refere-se ao “contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica” (Galvão [et al.], 2009, p.782), como seja a mudança de fralda. Relativamente ao toque expressivo-afetivo, remete-nos ao aconchego, à transmissão de segurança e à proximidade/calor apreciado pela criança e que são fundamentais ao seu desenvolvimento físico, emocional, afetivo, social e intelectual (Galvão [et al.], 2009). No toque terapêutico, a mãe evidencia esforços no sentido de acalmar o bebé perante uma reação inesperada como o choro. O toque não intencional é determinado por Galvão [et al.] (2009, p.782), como aquele que é “realizado de forma inconsciente e não premeditada”, não representando afeto e não estando relacionado com o desempenho direto dos cuidados.

### *1.2.2. Tocar o filho... na UCIN*

A simbiose entre mãe e recém-nascido nasce do contacto íntimo e próximo entre ambos, o que não acontece de forma clara numa UCIN, pois ele não ocorre de uma forma continuada e é rodeada de vários obstáculos, limitando-se ao “toque ocasional”, sendo condicionado por vários fatores como a estabilidade clínica do bebé, as condições físicas da unidade que permitam o alojamento conjunto, o rácio enfermeiro/bebé definido para os critérios mínimos limitando o contacto físico dos elementos da equipa aos cuidados de enfermagem e a disponibilidade de tempo dos pais para estarem presentes junto do filho. Também a apreensão inicial dos pais em tocar o filho pré-termo, que em pouco

corresponde ao que imaginaram durante a gravidez, receando tocar aquele ser frágil e pequeno, com medo de o magoar e por sentirem que não são capazes de cuidar do filho com a mesma facilidade com que os enfermeiros cuidam os bebés (Freitas, [et al.], 2010).

As mães consideram a separação do filho como um dos fenómenos mais difíceis de enfrentar em todo o internamento (Wereszczak e Nyström, 2003, cit. por Wigert [et al.], 2006). Daí que o estabelecimento precoce da vinculação entre mãe e filho possa ser determinante na qualidade da relação futura. Mas a possibilidade de se envolverem nos cuidados ao filho, em permanecerem junto deste e poderem tocá-lo, minimiza esse sofrimento e facilita o estabelecimento de laços emocionais de vinculação entre ambos, pela proximidade e pelo contacto físico. O toque é assim visto como o suporte desta interação pois, além de facilitar este processo, também contribui para a diminuição do *stress* a que ambos estão sujeitos numa UCIN (Rools, 2010; Feldman, 2010): *stress* inerente ao desempenho do papel maternal num ambiente tecnológico, muitas vezes estranho e hostil, e *stress* para o bebé inerente aos sons, às manipulações constantes, aos procedimentos dolorosos (Feldman, 2010), ... tão diferentes dos estímulos positivos do útero materno e do colo, aconchego ou toque, que a maioria dos bebés recebe. Além de que, o bebé sujeito a estes procedimentos invasivos, terá mais dificuldade em perceber que “o toque também pode ser fonte de tranquilidade e bem-estar” (Bárcia e Sá 2007, p.11).

Numa UCIN, o bebé gravemente doente ou imaturo está sujeito a um vasto conjunto de procedimentos e de manipulação intensa, sujeitando-o a experiências bem diferentes das que vivenciava no útero materno (Brasil, 2002):

- A manipulação é constante, ocorrendo a qualquer hora, estando sujeito a cerca de 2,1 contactos por hora.
- Grande parte da manipulação a que o bebé está sujeito é de carácter invasivo;
- A manipulação não respeita os períodos de sono e repouso, sendo normalmente instituída conforme a conveniência do *staff* da UCIN;
- São mínimas as interações afetuosas, para acalmar, diminuir o alerta ou mesmo falar com o bebé;

- ♦ Quando o bebé não é consolado, este tende a ficar agitado por mais de 10 minutos;

- ♦ Em resposta aos procedimentos invasivos e às manipulações ocorrem alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de oxigénio e necessidades acrescidas de aporte de oxigénio suplementar.

O espaço físico da UCIN pode assim interferir na ligação pais-filho, pois a limitação de contacto com o filho e a panóplia de equipamentos pode apavorar os pais e criar um sentimento de impotência e a sensação de que o seu papel é inferior ao das enfermeiras e dos médicos (Schaffer, 1999). O próprio quotidiano da UCIN implica muitas vezes a limitação da presença da mãe, justificada pela execução de procedimentos invasivos, pelas passagens de turno, médica e de enfermagem, pelo espaço físico reduzido e pela escassez de recursos humanos (Gaíva e Scochi, 2005). Kennell (2005) alerta para o efeito negativo que a tecnologia, durante o internamento neonatal, pode ter na relação mãe-filho, referindo que mesmo problemas ligeiros como a icterícia podem refletir-se negativamente na relação mãe-filho. Ao aceitar a integração dos pais neste ambiente tecnológico, com o intuito de alicerçar o vínculo pais-filho, reduz-se o tempo de internamento e a colaboração com a equipa de saúde facilita um clima de confiança entre os pais e os profissionais de saúde (Oliveira [et al.], 2006; Baldini e Krebs, 2010).

Para a mãe e filho pré-termo, a interação inicia-se mais cedo do que o esperado e em condições pouco desejadas, se compararmos com o nascimento de um bebé de termo. Para Eckerman e Oehler (1992, cit. por Schaffer, 1999), esta interação estará condicionada pela imaturidade do recém-nascido em processar as imagens e os sons que os pais transmitem e por possíveis lesões cerebrais que possam advir da prematuridade ou da gravidade da doença do bebé, bem como pela tensão que os pais enfrentam após o nascimento e internamento do filho, que condicionam o comportamento interativo dos pais. Os bebés prematuros ou doentes tendem a ser menos responsivos e reativos, têm mais dificuldade em manter o contacto visual, sorriem menos, tem um padrão de choro considerado «mais aversivo» e têm dificuldades acrescidas em manter o estado de alerta. Para além destes fatores temos ainda que considerar os longos meses de separação do

seio familiar, já que permanecem internados durante longos períodos de tempo, estando rodeados de alta tecnologia e sujeitos a procedimentos complexos, mas também o reservado prognóstico quanto à sua sobrevivência e a ocorrência de possíveis sequelas é muitas vezes incerto (Barros, 2001; Bond 2001).

Um estudo desenvolvido por Gaiva e Scochi, em 2005, num Hospital Universitário no Brasil, apurou que alguns pais nas primeiras visitas ao filho pré-termo não conseguiam permanecer mais que 2 a 3 minutos junto dele. Esta situação mantinha-se até que a situação clínica do bebé fosse mais favorável. Num estudo desenvolvido por Mindes e cols. (1978, cit. por Baldini e Krebs, 2010, p.23) verificou-se que mesmo as mães consideradas mais interativas e dispostas a estabelecer um vínculo afetivo com o filho demoravam cerca de 2 semanas após o nascimento para conseguirem tocar o filho, pois admitiam ser difícil interagir com um filho doente, com uma elevada probabilidade de não sobreviver, fazendo-o com mais segurança apenas quando o prognóstico fosse menos angustiante.

Brazelton (2000) explica que o vínculo com o bebé é um processo contínuo que exige tempo e contacto entre a díade e, embora este seja instintivo, não ocorre de forma instantânea e automática, descrevendo assim cinco estádios para o desenvolvimento da ligação mãe-filho, numa situação de internamento:

1. Os pais relacionam-se com o bebé através das informações clínicas que são fornecidos pelos profissionais de saúde, oscilando entre a esperança e o desalento pelos altos e baixos da estabilidade clínica que o filho apresenta;
2. Os pais observam o comportamento reflexo e automático que veem quando o bebé é tocado pelos profissionais, mas ainda não tentam provocar estas reações espontaneamente;
3. Os pais observam os movimentos mais responsivos do bebé, quando os profissionais interagem com ele, mas ainda não ousam estimulá-lo por si só;
4. Os pais tentam produzir movimentos de resposta espontaneamente, tocando o filho com confiança, iniciando-se a visão de si mesmos como pais deste bebé;
5. Os pais pegam ao colo, alimentam e acariciam o filho, adquirindo um vínculo com o filho.

E embora os pais reconheçam os benefícios da tecnologia na sobrevivência do filho, veem a incubadora e a restante miscelânea de equipamentos (sondas, cateteres, monitores...) como fatores que diminuem o toque afetivo, intrusos na relação mãe-filho, ao funcionar como uma barreira na aproximação ao filho, sem poder amamenta-lo, tocá-lo como desejariam (Guimarães e Monticelli, 2007; Cruz, [et al.], 2010). O impacto da tecnologia e as características do próprio filho conduziram a que Minde [et al.] (1983, cit. por Keren [et al.], 2003) num estudo que realizaram, apurassem que as mães de bebés com baixo peso ao nascer tocavam o filho significativamente menos vezes do que as mães de recém-nascidos de termo, mesmo depois do filho se apresentar clinicamente mais estável. No caso de recém-nascidos em situação de risco o toque afetivo representa menos de 5% do toque que recebe rotineiramente (McGrath, Thillet e Cleave, 2007).

Para além da estabilidade clínica e da aparência do bebé, outros fatores influem no tocar, como seja a determinação da mãe em interagir com aquele filho. Um estudo recente, desenvolvido em 2010 por Baldini e Krebs, com mães de bebés pré-termo abaixo dos 1500 gramas, demonstrou que as mães que mais interagiam com o filho, fosse através do toque, do olhar dos sorrisos ou vocalizações, provocavam no filho mais respostas a este contacto através do movimento dos membros ou da abertura dos olhos, ao contrário das mães que se mostravam mais “frias”. Por outro lado, as mães que mais interagem com o filho “permaneciam mais tempo nos horários de visita e telefonavam com mais frequência para o berçário do que outras. Este comportamento de mães e filhos continuava após a alta, num período de seguimento de 3 meses” (Baldini e Krebs, 2010, p.23).

São reconhecidos os benefícios do toque para o bebé, por constituírem igualmente a pedra basilar do desenvolvimento neurosensorial adequado do bebé, promovendo a aquisição de aptidões, a aprendizagem e a noção de segurança, que lhe permite interagir com o meio envolvente (McGrath, Thillet e Cleave, 2007). Estes mesmos autores também identificaram vários benefícios do toque para os pais quando o filho está internado na UCIN:

- ♦ Aumenta a relação de proximidade com o filho;
- ♦ Diminui o *stress* causado pela separação do filho;

- Aumenta a possibilidade de contato visual com o bebê;
- Facilita aos pais tempo para estar com o filho;
- Diminui a depressão materna;
- Aumenta o sentimento de competência materna;
- Fornece um papel ativo dos pais nos cuidados ao filho na UCIN;
- Aumenta a autoestima dos pais;
- Fornece aos pais oportunidade de compreender melhor os comportamentos do filho (McGrath, Thillet e Cleave, 2007).

Mas apesar da imaturidade do bebê, do ambiente tecnológico, das dificuldades de mãe e filho interagirem, a mãe desenvolve esforços persistentes para manter contacto visual e táctil com o filho, mesmo quando este ainda se encontra na incubadora (Brazelton e Cramer, 1989). De acordo com Brazelton (1992), estas tentativas correspondem a uma necessidade de se certificarem de que o bebê existe e de sentirem que ele lhes pertence, apesar da separação e dos problemas existentes.

### 1.2.3. Incentivando o toque na UCIN

Durante muitos anos os recém-nascidos doentes, mas sobretudo os nascidos prematuramente, foram sujeitos a diversas adversidades, sendo:

*“tratados com frieza tecnológica, como se não passassem de pequenas máquinas biológicas. Isoladas em prisões de plástico por quem ignorava que a luz permanente e o ruído de fundo dos motores os incomodavam; imobilizados em posições dolorosamente forçadas por quem não queria que perdessem as perfusões vasculares, raramente eram tocados com a ternura de quem os amava”* (Biscaia, 2001, p.107).

Ignorava-se o bem-estar do bebê, apostando-se apenas nos procedimentos técnicos e nas intervenções da equipa de profissionais. Klaus, Kennell e Klaus (2000) consideram que o bebê numa UCIN, se for diariamente tocado, embalado, acariciado, abraçado ou se conversamos com ele durante a sua permanência na incubadora, responderá positivamente, apresentando menos apneias, um ganho

ponderal adequado e uma evolução neurológica favorável que pode persistir por vários meses depois da alta hospitalar. Também Lamy (2000, cit. por Gaiva e Scochi, 2005, p.446) defende que hoje a UCIN não pode ser mais uma *fortaleza* onde os bebês são isolados das suas famílias, pois "os bebês têm que trocar olhares, tocar e serem tocados, sentir, ouvir, para que, dentre outras coisas passo a passo, possam conquistar um lugar em sua família".

De tudo o que foi exposto anteriormente se pode depreender a importância do acolhimento dos pais na UCIN, logo nos primeiros dias, devendo os profissionais de saúde, para além de fornecerem à família as condições mínimas de conforto na unidade, atendendo ao estado debilitado da mãe nos primeiros dias, preocuparem-se também em responder às inquietações e dúvidas dos pais. Devem esclarecer de forma simples sobre o estado de saúde do bebê, tratamentos e equipamentos utilizados, incentivando a sua presença e integração nos cuidados, enquanto outras informações adicionais podem ser facultadas ou reforçadas noutras visitas posteriores (Serafim e Duarte, 2005; Gaiva e Scochi, 2005). É importante contudo que toda a informação fornecida dê ênfase à criança ao invés do equipamento ou da doença, para que os pais se sintam próximos do filho, com necessidade de o ver, tocar, falar com ele em vez de estarem aterrorizados com o equipamento sofisticado que rodeia o filho (Brazelton, 2002, Gaiva e Scochi, 2005).

Reportando à realidade portuguesa, Feliciano (2007) menciona que os profissionais de saúde das UCIN's têm desenvolvido esforços no sentido de um maior envolvimento e autonomia dos pais na prestação de cuidados ao seu filho, facilitando o livre acesso destes à unidade, estimulando os pais a tocar e falar com o seu filho, pegá-lo ao colo, colocá-lo em canguru, alimentá-lo, dar banho, trocar a fralda... e por vezes em cuidados mais técnicos, "sempre com a percepção de que os pais são os melhores e mais desejáveis para prestarem grande parte dos cuidados aos seus filhos" (idem, p. 15). Existe a preocupação crescente das unidades neonatais em acolher a mãe, facilitar a sua entrada na unidade e sobretudo a sua permanência junto do filho. Lamego, Deslandes e Moreira (2005) ressaltam que à medida que os profissionais incentivam a presença e colaboração dos pais, estes vão familiarizando-se com a situação, com a UCIN e com as suas

rotinas, as relações com a equipa solidificavam-se e conseqüentemente a autonomia em participar dos cuidados ao recém-nascido aumenta.

O processo de interação mãe-filho através do toque numa UCIN, pode ser designado também de toque positivo, termo introduzido por Cherry Bond, que inclui vários tipos de toque incluindo a massagem, e que tem como objetivo conduzir os pais no sentido de reconhecerem o filho como seu, num ambiente de circunstâncias difíceis e incertas. Permitindo a interação precoce e atuando como coadjuvante no desenvolvimento harmonioso do sistema nervoso central do bebé (Bond, 2002), promovendo o relaxamento, regulando o sono, o choro e reduzindo o *stress* a que o bebé está sujeito. Este toque positivo pode ser promovido de diversas formas como por exemplo, o toque de relaxamento (com transmissão de movimentos de afeto/carinho), o banho, a amamentação, entre outros (Barradas, 2008).

O bebé também é seletivo no tipo de toque que lhe dá prazer e bem-estar, daí que o toque muito leve, deva ser evitado, porque especificamente o recém-nascido pré-termo geralmente reage negativamente a esse tipo de estimulação. Deverá privilegiar-se a *contenção manual*, também designada de “*facilitated tucking*” quer pelos pais quer pela equipa de saúde, enquanto não seja possível pegar ao colo ou ser colocado em método canguru. Esta técnica de contenção consiste “na colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, de forma elástica (cedendo aos movimentos e depois retornando), contendo a cabeça, as nádegas e os membros” (Brasil, 2002, p. 121).

O método de canguru ou pele com pele reúne consensos na comunidade científica no que respeita à sua utilização na promoção do vínculo mãe-filho mas também na minimização da dor e desconforto a que o bebé internado numa UCIN está sujeito. O método *mãe-canguru* teve início em 1979, na América do Sul, mais precisamente no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, quando dois médicos, decidiram usar esta técnica, no sentido de combater a escassez de equipamentos especializados de suporte ao recém-nascido pré-termo, a elevada taxa de infeções hospitalares, o abandono precoce da amamentação e as elevadas taxas de mortalidade. Estes médicos, desiludidos com as condições assistenciais do hospital, decidiram pôr em prática uma história que haviam ouvido há alguns anos (ainda antes de existirem as incubadoras), em que uma avó havia aconselhado a

filha a manter o filho nascido prematuramente e de baixo peso junto ao peito durante 24 horas e a alimentá-lo exclusivamente de leite materno. Os médicos decidiram então enviar todos os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso (mas em ventilação espontânea), para casa, saindo do hospital junto ao peito da mãe e a alimentá-los unicamente com leite materno (Hamelin e Ramachandran, 1993). As progenitoras eram assim, encorajadas a tornarem-se numa espécie de “incubadora humana”, realizando todas as suas tarefas domésticas com o filho ao peito.

A simplicidade do método aliada ao seu baixo custo foi suficiente para que o êxito fosse reconhecido internacionalmente. Sendo recomendado como alternativa para países muito pobres que não dispõem de uma adequada assistência neonatal (WHO, 2003) e se estendesse a outros países desenvolvidos como os EUA e países europeus, que apesar de contarem com todos os recursos necessários (Browne, 2005), viram neste método uma aposta importante. A OMS entendeu-o como uma técnica que promove a ligação mãe-filho através do contacto pele a pele, se iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada, entre mãe e o filho de baixo peso ou pré-termo estável (WHO, 2003). O recém-nascido (apenas com fralda), é colocado em posição vertical junto ao peito da mãe, de forma gradativa e pelo tempo que ambos sentirem necessidade (Venâncio e Almeida 2004; Kopelman [et al.], 2006), permitindo dessa forma, um incentivo à participação dos pais nos cuidados. Feliciano (2007), estudou a aplicação do método canguru em Portugal, mais especificamente na Maternidade Bissaya Barreto e ressaltou a importância da aplicação deste método numa UCIN portuguesa, assim como “algumas das componentes envolvidas que o justificam enquanto método que facilita e favorece a relação pais-infante prematuro, durante o internamento na UCIN, promovendo a continuidade de uma vinculação qualitativamente mais desejável” (Feliciano, 2007, p.91).

Importa também falar sobre o programa *NIDCAP*<sup>®</sup>, que nos últimos anos tem vindo a ser aplicado nas UCIN's portuguesas. Este programa estabelece que todos os cuidados devem atender à criança e família nas suas necessidades, deixando as intervenções terapêuticas para segundo plano (Perapoch López, 2006). Promove treino específico dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado neonatal, na observação e identificação comportamental do recém-nascido. Atendendo à

individualidade e desenvolvimento de cada recém-nascido, é elaborado um plano de cuidados, que é discutido pela equipa de saúde e pais, baseado na observação metódica do comportamento do recém-nascido em interação com o meio e também antes, durante e após as intervenções realizadas pela equipa de saúde. Encontrando-se num período tão sensível do desenvolvimento neurológico, o recém-nascido pré-termo “necessita de apoio para manter a sua autorregulação e obter estabilidade e, mais tarde, para facilitar o seu processo de desenvolvimento” (Cabete, 2007, p.42).

As experiências de toque são importantes para o estabelecimento dos laços de vinculação afetiva, tanto para promover a regulação dos sistemas fisiológicos do bebé, tendo também efeitos benéficos sobre os pais, nomeadamente no seu envolvimento emocional com o filho e na qualidade da interação e dos cuidados que lhe providenciam (Gaiva e Scochi, 2005). A responsabilidade do enfermeiro passa pelo incentivo à mãe em tocar o filho, em reconhecer a capacidade da mãe para assumir quase todos os cuidados, em encorajar e criar oportunidades à sua participação, dando liberdade de escolha em relação ao desempenho e à evolução gradual em assumir os cuidados ao filho.



## **CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

---

Poderá dizer-se que a sociedade evoluiu com os progressos da investigação nas diferentes áreas do saber, a que a Enfermagem enquanto ciência e profissão não ficou alheia. Graças à investigação tem sido possível dar resposta às questões colocadas pelos profissionais de enfermagem na sua prática diária, no sentido de melhor descrever e compreender as experiências humanas (Streubert e Carpenter, 2002), motivando, assim, a aquisição de novos saberes essenciais à qualidade dos cuidados, atualização de técnicas e aperfeiçoamento das competências dos enfermeiros e servindo de base para a sua visibilidade social enquanto ciência e profissão (Martins, 2008).

A definição metodológica consiste numa das fases mais importantes de qualquer trabalho de investigação, pois descreve os princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2008).

### **2.1. Justificação e finalidade do estudo**

O ponto de partida de uma investigação inicia-se pela definição da temática do estudo, que tem a importante função de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno que pretende estudar. Nos estudos qualitativos, o

pesquisador começa por definir uma área temática mais ampla, ainda mal compreendida, ou que pouco se conhece, e que com o decorrer do estudo vai sendo delineada (Polit e Beck, 2011). A escolha do tema é sempre uma etapa importante, pois se pensarmos que o processo de investigação é normalmente um processo solitário, a motivação do investigador será o impulso para a progressão dos objetivos delineados para o estudo; mas também não é um processo fácil, exigindo uma revisão cuidadosa da literatura para que se clarifique a questão de investigação (Fortin, 2009).

O primeiro entrave que se coloca ao investigador é o de conseguir traduzir o que se apresenta como um foco de interesse ou uma preocupação resultante da prática num projecto de investigação operacional, mas a clarificação do problema através da formulação da pergunta de partida permite ao investigador tentar “...expressar o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.32). As inquietações que nos levaram a definir a nossa pergunta de partida advêm da experiência profissional enquanto enfermeira numa UCIN. Nas unidades neonatais, o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho pode ser lesado pela falta de oportunidades da mãe em interagir com o filho. Por isso, sempre que possível e se as condições permitirem, deve-se facilitar o toque entre a mãe e o recém-nascido de alto risco. Esse procedimento não só auxilia no desenvolvimento do processo de vinculação entre ambos, como também reduz o *stress* materno decorrente da separação e preocupação com o filho doente (Tamez e Silva, 2002).

É neste contexto que a enfermagem tem um papel preponderante, uma vez que a natureza dos seus cuidados garante proximidade com mãe e filho, o que lhe dá a oportunidade de contribuir com estratégias de intervenção facilitadoras do toque, essenciais para o processo vincutivo mãe-filho. Vários estudos têm sido desenvolvidos sobre a importância do toque para o recém-nascido, mas os benefícios focados na mãe parecem só agora interessar aos investigadores, e recordemos também que, só nas últimas décadas a mãe integra a realidade das UCIN's. Em Portugal, também poucos estudos têm sido desenvolvidos no que concerne ao toque, na importância e significado que o toque tem para as mães, quando o filho permanece na UCIN.

Assim a questão de investigação definida para este trabalho, é a seguinte: **De que modo as mães vivenciam a experiência de tocar os filhos internados numa UCIN?**

Pelo exposto, consideramos oportuno e pertinente realizar um estudo sobre o toque entre mãe e filho no contexto neonatal, visando contribuir para uma reflexão na prática e sobre a prática, sendo possível à *posteriori* utilizar estes conhecimentos para a elaboração de diretrizes relativamente ao toque na UCIN, no sentido de promover a interação mãe-filho e fomentar a autonomia na prestação de cuidados ao filho.

## 2.2. Caracterização do estudo

Se nos basearmos na premissa de que os conhecimentos sobre as pessoas só são conseguidos pela descrição que as próprias fazem da sua experiência, de como ela é vivida e percebida por elas, parece adequado incluir o nosso estudo no paradigma qualitativo. E tendo em conta que o objetivo do estudo é conhecer as experiências das mães quando tocam o filho, internado numa UCIN, podemos afirmar que o estudo integra uma abordagem exploratória e descritiva e é de inspiração fenomenológica.

A metodologia qualitativa procura compreender factos ou fenómenos sociais ainda pouco conhecidos (Fortin, 2009), requerendo qualidades de improvisação do pesquisador, pois o seu carácter indutivo busca “explorar a realidade sem hipóteses iniciais imponentes, mas apenas com um tema de pesquisa e sem pressupostos sobre os resultados” (Alami e Desjeux, 2010, p. 31). Este tipo de estudo procura compreender o contexto social, os acontecimentos e os fenómenos que são o reflexo da experiência humana, pois busca “a compreensão particular daquilo que estuda, já que o foco da sua atenção é dirigido para o específico, o individual, aspirando à compreensão dos fenómenos estudados” (Martins e Bicudo, 2005, cit. por Andrade e Holanda, 2010, p.260). Tem por objetivo estudar as

peças nos seus contextos naturais, procurando compreender a complexidade da realidade, por isso “é indutivo e descritivo, na medida em que o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados” (Sousa e Baptista, 2011, p. 56). O investigador é visto como o principal instrumento de recolha de dados, implicando que tome consciência do seu envolvimento como parte do estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

O cariz fenomenológico de um estudo atende à descrição que os participantes do estudo fazem das experiências humanas que vivenciam e do significado que lhe atribuem (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010), pois os fenomenólogos acreditam “que a experiência vivida dá significado à percepção que cada pessoa tem de determinado fenómeno” (Polit e Beck, 2011, p. 298). A fenomenologia estabelece uma abordagem para explorar e compreender as experiências da vida das pessoas no seu dia-a-dia, só podendo ser compreendida no local do estudo (Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011) possibilitando aos investigadores aceder ao contexto de como a experiência é vivenciada pela pessoa (Streubert e Carpenter, 2002).

Como cada pessoa vivencia a experiência de tocar o filho quando este está internado numa UCIN de forma diversa e individual, “não nos interessa conhecer como a maioria das pessoas lida com um determinada situação” (Freitas, 2007, p.207), mas ter a possibilidade de conhecer uma maior diversidade de experiências, tanto quanto nos seja possível.

### **2.3. Contexto e participantes no estudo**

Nos estudos qualitativos, a escolha do local pode prender-se com o facto de, naquele local, poderem existir pessoas que possam e queiram colaborar, porque o fenómeno que nele ocorre é conveniente ao investigador ou à investigação e/ou porque o investigador conhece o local e os seus atores (Freitas, 2007; Ribeiro, 2010). O contexto onde foi desenvolvido o presente estudo foi o

serviço de Neonatologia do CHP-MJD, onde a investigadora exerce funções, ficando assim facilitado o acesso ao campo e às participantes. E também porque, como já foi referido, a problemática em estudo irrompe de uma necessidade sentida e de uma inquietação pessoal, no âmbito do trabalho desenvolvido nesta unidade há alguns anos.

A Maternidade de Júlio Dinis integra o novo CHP, criado por fusão do Hospital Geral de Santo António com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis, em 1 de Outubro de 2007. Esta unidade de cuidado materno-infantil possui uma longa história, desde a sua construção em meados da década de 30 do passado século. Desde a sua inauguração, em Setembro de 1939, o edifício manteve até aos dias de hoje a função de maternidade, assumindo-se como um Hospital Central Especializado, incluído na rede nacional de hospitais do Serviço Nacional de Saúde, prestando cuidados de saúde na área da Mulher e da Criança (CHP, 2007). O serviço de Neonatologia do CHP-MJD que se situa no rés-do-chão desta Maternidade dispõe de 28 vagas, com 12 vagas de Cuidados Intensivos e 16 vagas de Cuidados Intermédios. Acolhe recém-nascidos provenientes do Bloco de Partos, Bloco Operatório, Serviço de Obstetrícia-Puerpério, Urgência, bem como de outras instituições de saúde. Em 2011 registaram-se 460 internamentos no serviço de Neonatologia, dentre os quais 286 recém-nascidos tinham menos de 38 semanas de gestação. O tempo de internamento médio foi de 18,78 dias e o máximo de 98 dias (dados gentilmente cedidos, informalmente, pelo serviço de sistemas de informação do CHP - MJD).

A equipa multidisciplinar integra 15 Neonatologistas, 49 Enfermeiros e 9 Assistentes Operacionais e, ainda, psicólogo, assistente social, fisiatra, fisioterapeutas, radiologista, entre outros, que dão apoio a este serviço especializado. Em termos de equipa de enfermagem, dos 49 enfermeiros 31 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, uma enfermeira possui a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e 17 são enfermeiros generalistas.

Os pais têm livre acesso ao serviço, podendo acompanhar o filho durante as 24 horas, embora se verifique que a presença dos pais acontece sobretudo durante o dia. Desde o acolhimento na unidade os pais são incentivadas, pela equipa de

saúde, a permanecer o maior tempo possível junto do filho, participando nos cuidados a este, mas preservando as necessidades de descanso destes.

A definição do plano de amostragem é muitas vezes “um dos pontos mais fracos dos estudos qualitativos” (Polit e Beck, 2011, p. 352), parecendo não haver uma fórmula universal para o número de participantes a incluir num estudo, pois “não há um número mágico de participantes que possa ser considerado o número óptimo” (Polgar e Thomas, 1988, cit. por Ribeiro, 2010, p.45). A definição do número de participantes no estudo depende do tipo de investigação, da finalidade do estudo, da qualidade dos participantes e do tipo de estratégia utilizada para a definição da amostra e do local onde se realiza o estudo (Ribeiro, 2010; Polit e Beck, 2011). Segundo alguns autores, o conjunto de pessoas a incluir neste tipo de estudos de natureza qualitativa não deve ser denominado de amostra, mas antes participantes ou informantes, pois os indivíduos são seleccionados para participar na investigação, atendendo à sua experiência, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002).

No caso dos estudos de cariz fenomenológico, os investigadores “tendem a confiar em amostras de participantes muito pequenas - em geral de 10 ou menos” (Polit e Beck, 2011, p. 358), desde que todos os participantes tenham experimentado o fenómeno e sejam capazes de expressar o que sentiram ao vivenciá-lo. Relativamente à escolha dos participantes podemos dizer que a nossa amostra é “acidental” e de “conveniência”: acidental porque foi constituída por indivíduos “(...) que estão mais a jeito para a investigação” (Polgar e Thomas 1988, cit. por Ribeiro, 2010, p. 45), que estão num determinado local num dado momento; de “conveniência”, porque “... ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos são escolhidos por uma questão de conveniência”, tendo-se optado por incluir apenas mães, já que estas permanecem mais tempo na UCIN, junto do filho.

Determinamos ainda como critério de inclusão: mães cujos filhos tenham estado internados por um período igual ou superior a 15 dias, na UCIN. A razão para a definição deste critério prende-se com o facto de considerarmos que seria necessário às mães vivenciarem a experiência do toque durante um tempo que lhe permitisse ultrapassar o choque inicial e estivesse garantido o mínimo de estabilidade da condição clínica do bebé, para que as participantes no estudo se

sentissem mais “à vontade” para expressar a sua experiência desde os primeiros “toques”. Optamos por realizar a colheita de dados, no mínimo, 3 dias após a transferência da UCIN para a Unidade de Cuidados Intermédios, para que as mães pudessem ter vivenciado toda a experiência do toque na UCIN e se sentissem minimamente integradas na dinâmica dos cuidados intermédios.

Assim sendo, as participantes no estudo foram 10 mães cujos filhos estiveram internados na UCIN, do serviço de Neonatologia do CHP-MJD, tendo este limite sido determinado quando julgamos atingir a saturação dos dados obtidos. O princípio da saturação é utilizado por muitos pesquisadores quando a colheita de novos dados já não produz novas informações e as vivências relatadas pelos participantes começam a repetir-se (Freitas, 2007; Polit e Beck, 2011).

Como já referimos, o nosso estudo realizou-se no contexto que deu origem à questão de partida, no serviço onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, estando, assim, facilitado o acesso ao campo e aos possíveis participantes no estudo. Na UCIN do CHP são as mães que permanecem mais tempo junto do filho, talvez porque culturalmente é atribuído à mãe a responsabilidade de cuidar do filho (Cardoso, 2010), mas também porque o pai se vê impedido de visitar o filho tanto quanto provavelmente desejaria, pela obrigação em retomar o emprego ou, por vezes, pela distância que os pais são obrigados a percorrer para visitar o filho, já que a área de abrangência desta unidade estende-se a todo o Norte do país.

As participantes no estudo tinham idades compreendidas entre 23 e 38 anos, sendo que seis tinham mais de 30 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, duas entrevistadas possuíam o 3.º ciclo, duas concluíram o ensino secundário e seis eram licenciadas. Relativamente à situação profissional, seis mães eram professoras e as restantes tinham profissões diversas: enfermeira, médica dentista, operadora de parque de estacionamento. Uma mãe encontrava-se desempregada. Para seis das participantes no estudo esta era a segunda gravidez, era a primeira para três e a terceira para uma das mães. Relativamente aos filhos das participantes, internados na UCIN, oito eram meninos e quatro eram meninas, sendo que estas últimas eram fruto de duas gravidezes gemelares. Todos os recém-nascidos necessitaram de internamento devido à sua prematuridade, mas dois deles apresentavam diagnósticos associados, como restrição de crescimento intra-uterino e pneumonia congénita. Oito dos recém-nascidos

nasceram com idade de gestação inferior a 30 semanas, o que condicionou um tempo de internamento entre 24 e 83 dias. Destaca-se também que o tempo de internamento na UCIN foi no mínimo de 20 dias e no máximo de 75 dias.

## 2.4. Procedimentos de recolha de dados

Para aceder ao campo de estudo foram inicialmente contactados a Enfermeira Chefe do serviço, o Diretor Clínico do serviço e a Responsável do Departamento da Mulher e da Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), no sentido de solicitar a sua autorização para a realização do estudo. Posteriormente foi encaminhado o pedido formal de autorização para o Presidente do Conselho de Administração da referida Instituição, o qual foi deferido após a análise pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP (Anexo II).

No sentido de conhecer as experiências vividas pelas mães optou-se por recorrer à entrevista semi-estruturada ou semi-dirigida, que consiste numa “interacção verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado, e isto para melhor compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas” (Savoie-Zajc, 2003, p.281). Este tipo de entrevista pressupõe a elaboração de um guião de entrevista, com as linhas orientadoras da área temática em estudo, incluindo perguntas-guia que permitem ao participante no estudo descrever a sua experiência, fornecendo as informações que quiser e pela ordem que desejar (Freitas, 2007). Relativamente ao investigador, este irá recorrer ao guião como *auxiliar de memória* (Savoie-Zajc, 2003), como fio condutor da entrevista, colocando as questões, mas não necessariamente pela ordem que previamente definiu (Quivy e Campenhoudt, 2008), garantindo apenas que a entrevista se encaminhe para os objetivos que delineou previamente (Polit e Beck, 2011). O

guião de entrevista é apenas o suporte da entrevista (Quivy e Campenhoudt, 2008), estando nas mãos do entrevistador a recolha da informação pertinente para o estudo, junto dos participantes. O guião foi validado através da realização de um pré-teste a uma mãe que reunia condições e características semelhantes às das participantes, no sentido de verificar se as questões eram facilmente compreensíveis pelas participantes, não tendo sido estes dados considerados para os resultados do estudo.

A característica principal dos métodos de entrevista é sem dúvida o contacto direto entre o investigador e os participantes, em que o primeiro “*deixa caminhar*” livremente o seu interlocutor, como se de uma conversa se tratasse, sobre “as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.192), entendendo que as experiências dos participantes são a base do processo de investigação (Streubert e Carpenter, 2002). Um dos objetivos da entrevista semidirigida é o de “tornar explícito o universo dos outros” (Savoie-Zajc, 2003, p.284), descrevendo de forma mais detalhada possível a sua experiência, o seu saber e a sua competência específica. A proximidade entre investigador e participante é provavelmente o pilar da investigação qualitativa, sendo exigido o contacto entre ambos, permitindo desenvolver um conhecimento aprofundado sobre o fenómeno em estudo (Andrade e Holanda, 2010; Ribeiro, 2010). Ao investigador é exigido ser um bom inquiridor e também um bom ouvinte (Polit e Beck, 2011), porque se “consagra a partilhar a experiência descrita pelos participantes, com vista a compreendê-la melhor” (Fortin, 2009, p. 299). Já ao participante no estudo é requerido que seja bom informante, apto a reflectir sobre as suas experiências, com boa capacidade de comunicação e determinado a conversar durante longos períodos com o investigador (Polit e Beck, 2011).

Através da entrevista foram colocadas questões às participantes entrevistadas, consideradas pertinentes para aceder à vivência do toque na UCIN, procurando conhecer a experiência de cada participante sobre este tema, como o significado, a importância do toque, o que sentiram e os receios e ajudas na vivência desta experiência (Anexo I). As entrevistas realizaram-se entre Março e Abril de 2012, no serviço de Neonatologia do CHP-MJD, após a obtenção da autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética desta instituição para a concretização deste estudo (Anexo II).

As entrevistas foram dirigidas individualmente a cada participante e foram realizadas apenas pelo investigador principal. A participação da mãe esteve naturalmente dependente da sua disponibilidade para colaborar, tendo sido agendada a entrevista em data e hora combinada com a mãe. Relativamente ao local as entrevistas foram realizadas num gabinete do serviço de neonatologia, escolhido por ser um local calmo e acolhedor, onde as participantes no estudo se puderam sentir “à vontade” para descrever as suas experiências, pois esta é considerada uma boa prática na realização de entrevistas (Streubert e Carpenter, 2002). A duração média das entrevistas foi de 20 minutos.

## 2.5. Considerações éticas

Se o alvo da investigação em Enfermagem é o ser humano e as suas respostas às situações de saúde e doença surge sempre a questão da responsabilidade do investigador em relação à proteção dos direitos da pessoa (Fortin, 2009). Martins (2008) assegura que os pressupostos de qualquer trabalho de investigação em enfermagem se baseiam na competência, respeito pela dignidade humana e sentido de responsabilidade. Assim, em qualquer trabalho de investigação, o investigador deve ter em conta esses pressupostos fundamentais não só para a formação da identidade profissional, mas também para desenvolver um processo de investigação de qualidade (Sousa e Baptista, 2011). Assim, foram tidos em consideração os princípios éticos ao longo de todo o processo de colheita de dados, análise e divulgação dos resultados. Martins (2008) reforça que é fundamental que o investigador tenha uma consciência ética bem formada, solicitando a apreciação do seu trabalho por uma Comissão de Ética, neste sentido a colheita dos dados foi feita apenas após a aprovação da instituição e da Comissão de Ética do CHP (Anexo II).

Foi fornecida informação essencial acerca do estudo a todos as participantes entrevistadas (Anexo III), de modo a que pudessem dar um

consentimento livre e esclarecido (Anexo IV). O participante para dar o seu consentimento informado tem de “... receber informações adequadas sobre a pesquisa, compreender essas informações e ter o poder de fazer uma escolha com liberdade, que lhe permita aceitar ou recusar, voluntariamente, participar do estudo” (Polit e Beck, 2011, p. 152).

As entrevistas foram áudio-gravadas, com autorização das participantes, e foi sempre respeitada a confidencialidade das participantes e dos dados recolhidos. Nos estudos qualitativos o anonimato raramente é possível, pois o investigador é o principal instrumento de colheita de dados (Polit e Beck, 2011), mas a confidencialidade foi assegurada, garantindo a salvaguarda da identidade das participantes no estudo, aquando da divulgação pública dos dados recolhidos durante a realização do estudo. As entrevistas foram numeradas, pela ordem crescente de realização e procedeu-se à codificação das mesmas com o recurso à letra “E” e com o número correspondente à gravação áudio (E01 a E10), sendo que a informação recolhida foi para uso exclusivo deste trabalho de pesquisa. Os ficheiros, gravados em formato áudio, permaneceram na nossa posse até à transcrição das entrevistas, tendo sido posteriormente destruídos.



## CAPITULO 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

A análise e a interpretação ocorrem para facilitar a compreensão dos dados recolhidos, para que se possa apreender as vivências das pessoas e extrair elações para a prática. Sousa e Baptista (2011) destacam a importância desta fase do processo de investigação, pois permite organizar e resumir a informação recolhida, auxilia a planificar outras análises, promove a comparação de dados com outros disponíveis e finalmente permite apresentá-los no relatório final. Aquando da interpretação dos dados é necessário rever conceitos pertinentes à investigação, pois são o suporte para o estudo (Coutinho, 2011).

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição das mesmas para suporte escrito, respeitando integralmente a linguagem utilizada pelas participantes. Ao investigador cabe a responsabilidade de “garantir que as transcrições sejam precisas e reflitam validamente a totalidade da experiência da entrevista” (Polit e Beck, 2011, p. 507), devendo por isso o investigador efectuar uma transcrição *verbatim* da entrevista (palavra a palavra) (Savoie-Zajc, 2003). Na investigação qualitativa a recolha e análise dos dados ocorre de forma simultânea (Fortin, 2009), daí que após a transcrição dos dados obtidos nas entrevistas procedeu-se à análise do discurso das mães que participaram no nosso estudo.

A análise de conteúdo é uma técnica muito utilizada em análise de dados qualitativos, que “consiste em avaliar de forma sistemática um corpo de texto (ou material audiovisual), de forma a desvendar (...) a ocorrência de palavras/frases/temas considerados «chave» que possibilitem uma comparação

posterior” (Coutinho, 2011, p.193). Após a transcrição para suporte escrito, a análise das experiências descritas pelas mães atendeu ao conjunto de procedimentos definidos para a análise de conteúdo por Laurence Bardin. Esta autora entende por análise de conteúdo o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

As fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três momentos: “a pré-análise”; “a exploração do material” e finalmente “o tratamento de resultados: a inferência e a interpretação” (Bardin, 2009, p.121). A primeira etapa permitiu-nos organizar todo o material recolhido, com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais, através de uma leitura flutuante, que pouco a pouco se foi tornando mais minuciosa, construindo-se assim o *corpus* da análise. Ribeiro (2010, p.67) aconselha que a “codificação vá sendo feita ao longo da recolha anotando nas margens ao lado dos registos as prováveis categorias em que tal parte poderá caber, de modo a facilitar o processo”. A codificação não é mais do que transformar a informação em bruto em pequenas unidades, que nos vão auxiliar na compreensão dos pontos mais importantes que emergem do discurso das participantes no estudo (Bardin, 2009).

Na etapa de exploração do material a categorização foi crucial para a análise dos dados qualitativos, sendo relevante para a classificação da informação que obtivemos, sintetizando-a e criando relações no sentido de promover a compreensão dos resultados e estabelecer conclusões ou elações. A categorização teve em consideração os princípios da exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade, de acordo com Bardin. A última etapa destinou-se ao tratamento dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise e culminando nas interpretações inferenciais (Bardin, 2009).

Neste sentido, procedeu-se à seleção das unidades de registo mais significativas e posteriormente à definição das categorias, que emergiram após análise do conteúdo das entrevistas (Anexo V). Assim, as unidades de registo foram agrupadas em categorias de diversos níveis, no sentido de caracterizarem o fenómeno em estudo e atenderem aos objetivos estabelecidos, que, por sua vez se organizaram em três temas principais:

1. Definindo o tocar
2. Compreendendo a complexidade do tocar
3. Os contextos que envolvem o tocar

### 3.1 Tema: Definindo o tocar

O tema “definindo o tocar” abarca a descrição que as mães apresentam da forma como vivenciam a experiência de tocar o filho internado numa UCIN, fazendo surgir os sentidos que esta experiência tem para elas. Neste tema foram identificadas cinco categorias e respetivas subcategorias apresentadas na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Categorias e subcategorias do tema: Definido o tocar

TEMA: DEFININDO O TOCAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tocar é bom	
Tocar é sentir-se mãe	
Tocar é estranho	
Tocar é dar	Proteção
	Afeto
Tocar é receber	Alívio
	Serenidade

Da análise do discurso das participantes emergiu a categoria “**Tocar é bom**”. Nesta categoria, inclui-se os relatos das mães que definem a experiência do toque como uma vivência agradável:

*“(...) foi muito bom, um sentimento muito positivo, o calor (...)” (E02);*

*“Para mim era bom, era um sentimento muito bom poder-lhe tocar, (...)” (E04);*

*“Foi bom tocar-lhe.” (E04);*

*“Sentia-me feliz cada vez que lhe tocava, estava sempre a tocar-lhe.” (E05);*

*“É tão bom senti-los no colo, sentir o aconchego deles, a primeira vez que o senti, quando fiz canguru, sentir o cheiro e o toque no meu corpo, é indescritível, é das melhores coisas.” (E06);*

*“Quando vim a primeira vez e poder vir, tocar e vê-lo, acho que é das melhores coisas que pode haver.” (E06).*

É consensual para a maioria das mães entrevistadas que poder tocar o filho se apresenta como uma experiência positiva, envolta em felicidade e satisfação, pela proximidade que se estabelece entre ambos. Um estudo realizado em 2012, também salienta que o contato com o filho internado na UCIN foi descrito pelas mães como uma experiência “de sentimentos maravilhosos e de sensações muito boas” (Melo [et al.], 2012, p. 222). Importa salientar a necessidade das mães E02 e E06, em sentirem o “cheiro”, o “calor” e o “toque” do filho. Figueiredo (2001), ressalva que a mãe é capaz de reconhecer o seu filho através do olfato, do toque, do choro, condição essencial para o processo de interação mãe-filho.

A análise efetuada às respostas das participantes também revelou que tocar o filho parece representar para as mães como que a apropriação do sentido de sentir-se mãe daquela criança, o que determinou a criação da categoria “**sentir-se mãe**”, com base nos discursos:

*“Acho que só senti mesmo que era mãe deles, a primeira vez que eu fiz canguru, que foi quando eu os pude mesmo tocar.” (E01);*

*“(...) o toque mesmo foi ter a noção que era mãe, que já tinha sido mãe. E que ele agora estava cá fora e que realmente era o meu filho porque acho que até aí eu não tinha a real noção que era mãe”; (E02)*

*“... a partir do momento que comecei a tocar-lhe, comecei a senti-lo como meu filho.” (E04)*

*“(...) foi a primeira vez que o vi e que o toquei, foi aí que verdadeiramente me senti mãe e que senti que ele era meu filho” (E08).*

Perante o nascimento inesperado e a inerente separação do filho, que só horas, e por vezes dias, mais tarde podem ver e tocar, as mães manifestam dificuldade em interiorizar a sua nova condição de mãe. O toque parece apresentar-se como fator determinante para o assumir do papel maternal, pois embora a imprevisibilidade do nascimento tenha trazido dificuldades à mãe que procura reconhecer naquele ser frágil dentro de uma incubadora, o seu filho, o contato que se estabelece entre ambos permite que a mãe consolide o seu papel e reconheça o bebé como seu. Tocar o filho possibilita-lhe assumir que o bebé que está naquela incubadora é seu filho e que fará parte da sua vida (Heermann, Wilson e Wilhelm, 2005; Melo [et al.], 2012), consciencializando-se da sua existência (Schmidt [et al.], 2012). Scarabel (2011), adverte que é importante que a mãe possa tocar e pegar o bebé ao colo, o mais precocemente possível, para consolidar o vínculo entre a díade e diminuir o sentimento de impotência que a mãe manifesta por não lhe ser possível cuidar do seu bebé como desejaria e assim poder “sentir-se mais mãe” daquele filho.

Emergiu, também, a categoria “**tocar é difícil de explicar**” que integra as unidades de registo que exprimem a dificuldade das mães em descrever de forma clara esta experiência, considerando-a quase indescritível, como ilustram os extratos:

*“(...) tocar, foi... sei lá, foi estranho ...” (E02);*

*“(...) foi uma sensação muito estranha.” (E07);*

*“(...) não sei explicar(...)” (E10);*

Quando foi solicitado às participantes no estudo que descrevessem o que sentiam ao tocar o filho, uma das respostas que obtivemos foi que não sabiam como descrever. Relatos que corroboram a ideia de que este contato entre mãe e filho através do toque é uma “experiência sem palavras” como descreve Melo [et al.], (2012, p. 222). Após o nascimento, as mães anseiam tocar, sentir, segurar ao colo, mas quando o filho é transportado para a UCIN, além da inerente separação, o contato que a mãe estabelece com o filho começa por acontecer quando o filho permanece dentro da incubadora, rodeado de fios e equipamentos e por vezes só alguns dias depois pode pegar ao colo ou fazer canguru com o filho. Esta experiência não corresponde ao que a mãe idealizou para si, pois as mães não esperam que o seu filho venha a precisar de cuidados especializados numa UCIN e que elas próprias tenham de vivenciar o seu papel de mãe num ambiente

tecnológico como este (Brazelton, 2000; Klaus, Kennel e Klaus, 2000; Barradas, 2008).

As categorias “tocar é dar” e “tocar é receber” reportam-se ao que as mães entendem que podem oferecer ao filho e o que podem receber em troca, pelo toque. A categoria “tocar é dar” diferencia-se em duas subcategorias - “proteção” e “afeto” - e a categoria “tocar é receber” inclui as subcategorias - “alívio” e “serenidade”.

As unidades de registo que deram origem à subcategoria “proteção” referem-se ao atributo de transmissão de segurança que as mães conferem ao toque:

*“(...) tocar é um bocadinho da proteção que nós lhe podemos dar (...)” (E02);*

*“(...) tentar que ele sinta que tem ali a mão da mãe, a mão do pai e que estamos ali para o proteger (...)” (E02);*

*“(...) sim, sinto que tenho de o proteger” (E03).*

A experiência de tocar o filho afigura-se para as mães como a forma de transmitir ao filho a sua presença e o seu empenho em ajudá-lo a ultrapassar as adversidades do internamento. O contato físico entre mãe e filho evidencia-se, assim, pela necessidade em exercer proteção e proporcionar segurança sobre aquele ser frágil e indefeso com o qual se deparam (Tavares [et al], 2006; Barradas, 2008).

Dos discursos das mães também emergiu a subcategoria “afeto” pois, para elas, o tocar permite que possam transmitir ternura e afeto e assim contribuir para o bem-estar do bebé:

*“... [o toque] acho que contribui muito para que ele se sentisse mais, não sei, acarinhado, os carinhos fazem bem a toda a gente, e ainda mais a um bebé prematuro.” (E04);*

*“É uma sensação ótima, de poder dar-lhe algum carinho (...).” (E06);*

*“Custou muito estar aqui, mas pronto o tocar... a sensação era ótima, era sentir que podia também contribuir com o afeto.” (E08);*

Também Schmidt [et al.] (2012) reconheceram que a possibilidade de ver o filho incrementa na mãe sentimentos de amor e afeto, desencadeando o desejo de transmitir carinho, conforto e segurança ao filho. As mães sentem necessidade de acariciar e cuidar do filho, pois assim o bebé sente “uma força, um calor e uma

energia positiva neste contato que é de troca” (Melo [et al.], 2012, p.222), fundamental para o desenvolvimento harmonioso do filho.

Mas embora a experiência de tocar o filho possa favorecer o bem-estar do filho, as participantes consideram que tocar não é apenas dar, também **“tocar é receber”**, nomeadamente **“alívio” e “serenidade”**.

Na subcategoria **“alívio”**, as mães evidenciam que poderem tocar o filho foi importante para elas no sentido que lhes permitiu sentir a presença e o contato real com o corpo do filho:

*“... mas foi uma sensação de grande alívio poder sentir o calor delas.” (E07);*

*“Sentia um alívio grande... por estar a tocar nele, por senti-lo...” (E10).*

Desde o contato inicial entre mãe e filho, o toque representa para a mãe um momento tranquilizador permitindo-lhe constatar a real situação do bebé e afastar receios infundados e a culpa por não ter gerado um filho saudável (Schmidt [et al.], 2012). A mãe, pelo toque, pode sentir o calor do filho e constatar que ele está vivo, afastando alguns receios que a foram atormentando, sobretudo nos momentos que antecedem a primeira visita ao filho.

Na subcategoria **“serenidade”**, percebe-se que as mães assumem que o toque lhes traz tranquilidade e calma, pois a possibilidade de contato com o filho ajuda-as a sentirem-se bem e constatarem a existência do filho:

*“(...) acalmava-me quando tocava nele.” (E04);*

*“Uma pessoa sente-se com mais paz, (...)” (E06).*

*“O senti-lo conforta-nos. (...) mas a hora de vir, de lhe tocar, de sentir que ele estava vivo, sentir que ele estava ali, para mim era reconfortante.” (E06)*

Se entendermos que o nascimento inesperado e a hospitalização podem ser eventos críticos para a mãe, o toque traz para as mães a possibilidade de acalmarem as suas angústias e medos (Tavares [et al.], 2006; Roxo, 2010). O medo da perda, os progressos e retrocessos no estado de saúde do filho e a impossibilidade de vivenciar o papel de mãe em plenitude, conduzem a que a mãe experimente momentos de grande ansiedade durante todo o internamento do filho que, pelo toque e pela proximidade ao filho podem, ser mitigados.

Em jeito de resumo podemos perceber pelo discurso das mães participantes no estudo, que a experiência de tocar o filho na UCIN tem um significado especial para ela, pois garante-lhe a possibilidade de comprovar a existência do filho e de sentir-se mãe daquela criança, reconhecendo o bebé que está na incubadora como seu filho. A possibilidade de tocar o filho é descrito pelas mães como uma experiência positiva, rodeada de sensações agradáveis. Através do toque a mãe transmite afeto, carinho e conforto ao filho, que sente que tem de proteger.

### 3.2 Tema: compreendendo a complexidade do tocar

Com este tema procuramos agrupar um conjunto de categorias que intervêm diretamente nesta vivência do toque na UCIN, seja pelos receios que podem lesar este contato mãe-filho, seja pelos benefícios que as mães reconhecem a esta experiência e o papel dos enfermeiros em todo este processo (tabela 2).

Tabela 2: Categorias, subcategorias e sub-subcategorias do tema: Compreendendo a complexidade do tocar

TEMA: COMPREENDENDO A COMPLEXIDADE DO TOCAR		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA
Os medos que envolvem o tocar	Não saber que podia tocar	
	Não saber como tocar	
	Transmitir infeções	
	Destabilizar o bebé	
	Magoar o bebé	
	Fragilidade do bebé	

Os benefícios que envolvem o tocar	Tocar ajuda o filho	Acalmar
		Ter uma evolução clínica positiva
		Reconhecer os pais
	Tocar ajuda a mãe	Ultrapassar o internamento do filho
		Estimular a produção de leite
		Tomar consciência da realidade
		Estabelecer uma ligação afetiva com o filho
	Ganhar confiança em tocar	
Os enfermeiros como motivadores para o tocar	Incentivam a mãe a tocar o bebé	
	Transmitem segurança e permitem a experiência	

Neste tema foram incluídas três categorias: “os medos que envolvem o tocar” que expõe os receios das mães em tocar o filho; “os benefícios que envolvem o tocar” revelando o que as mães entendem como benefícios que o toque apresenta para a mãe e para o filho e “os enfermeiros como motivadores para o tocar” referente ao modo como as mães percebem o papel do enfermeiro na sua experiência de tocar o filho na UCIN.

À medida que decorriam as entrevistas, as mães foram fazendo referência a medos relacionados com diferentes circunstâncias que abarcam o tocar, surgindo assim a categoria “os medos que envolvem o tocar” que se dividiu em subcategorias: “não saber que podia tocar”, “não saber como tocar”, “transmitir infeções”, “destabilizar o bebé”, “magoar o bebé” e “fragilidade do bebé”.

O ambiente da UCIN ainda permanecia desconhecido para muitas das mães entrevistadas, muitas revelaram desconhecer que era possível tocar o filho na incubadora, julgavam que o filho teria de permanecer isolado, sem que este

pudesse experienciar o toque dos pais, como podemos ver expresso nos exemplos a seguir, que deram origem à subcategoria “**Não saber que podia tocar**”:

*“E depois quando cheguei cá em baixo, o poder, eu não sabia que se podia tocar, que nos deixam, e o bebé estava em condições e nós podíamos tocar, já é uma mais-valia.” (E02);*

*“(…) eu tinha a ideia que ele estava ali dentro e que se calhar nós nem podíamos mexer nele, que nós não podíamos abrir as portinhas para tocar nele.” (E04);*

*“(…) eu não sabia sequer se lhe podia tocar, se podia estar ali a tocar nele…” (E08).*

Um estudo realizado em 2012, no Brasil, mostrou também que muitas mães acreditavam que a UCIN era um espaço reservado que impunha limites à entrada dos pais, fator que originava expressões de surpresa, por parte das mães, ao saberem da possibilidade de tocar o filho e ao serem incentivadas a fazê-lo (Melo [et al.], 2012).

“**Não saber como tocar**” emergiu como subcategoria, baseada nas afirmações das mães quando expressavam a sua dificuldade em saber como tocar o filho. Mesmo nos casos de mães com outros filhos, a insegurança de não estar a tocar bem condicionava a experiência, pois desconheciam como fazê-lo, como podemos ver nas afirmações seguintes:

*“(…) tenho medo de não estar a tocar bem, será que estou (...) até parece que estou a ser mãe pela primeira vez(…)” (E01);*

*“Muito medo porque a gente não sabe bem como tocar, (...)” (E09).*

A experiência de tocar é muitas vezes associada a um desafio, a uma barreira a ser vencida no processo de construção do vínculo, por isso, de início as mães muitas vezes hesitam em tocar (Schmidt [et al.], 2012). Também num estudo desenvolvido por Campos [et al.] (2008), apurou-se que as mães, de início, evitavam tocar o filho porque não sabiam como fazê-lo e quando os profissionais sugeriam à mãe essa possibilidade, ela por norma recusava pois sentia-se insegura e com medo.

Outro receio que parece marcar a experiência de tocar o filho é o medo sentido pelas mães “**de transmitir infeções**” ao filho, quando o tocam. A possibilidade de transmitir infeções ensombra a experiência de tocar o filho, como podemos ver nos extratos:

*“(...)o medo era também de nós podermos ser portadores de qualquer coisa e passar, (...)” (E02);*

*“(...)e de saber que eu lhes podia fazer mal ao mesmo tempo que lhes queria fazer bem, um miminho, podia infetá-las (...)” (E07);*

*“(...)tinha medo de tocar nele por causa das infeções (...)” (E10).*

Klaus e Kennel (1993, cit. por Scarabel, 2011) explicam que o receio da mãe em tocar o filho se deve ao medo de magoá-lo ou de pelo risco de transmitir infeções ao filho, prejudicando o seu estado de saúde.

Outro receio manifestado pelas mães é o de **“destabilizar o bebé”** com o toque, pois receiam prejudicar o bem-estar do bebé, assustadas que estão com o equipamento que rodeia o filho:

*“(...) de o poder desligar de algum fio, de inconscientemente poder estar a influenciar algum sistema.” (E02);*

*“(...) de saber que podiam piorar, como elas estavam ligadas às máquinas, se aquilo sei lá, se o batimento delas disparasse.” (E07).*

As mães, embora reconheçam a importância do ambiente da UCIN para a sobrevivência do filho, temem interagir com o filho pois receiam interferir com o funcionamento dos equipamentos. Mesmo considerando importante a sua presença na UCIN, algumas mães mostram-se apreensivas diante de tantos fios, tubos, sondas e equipamentos, não se sentindo seguras em tocar o filho, com medo de prejudicá-lo (Lima [et al.], 2004). Assim a equipa de enfermagem deve “desmistificar” os equipamentos ajudando as mães a saber como e quando tocar o filho (Scarabel, 2011; Schmidt [et al.], 2012).

Na categoria **“magoar o filho”** evidenciam-se os receios em causar dano ao filho pelo toque, tendo medo de tocar, pegar ou dar colo, como podemos ver nestes relatos:

*“(...) eu tinha medo que até o magoasse com o meu toque(...)” (E01);*

*“(...) achava eu que ao tocar podia estar a magoá-lo.” (E04);*

*“(...) mas o toque era mais sensível, muito ao de leve, tipo para não as magoar, (...)” (E07)*

*“(...) porque tenho medo de pegar nele e de lhe partir sei lá algum ossinho, de magoá-lo.” (E10).*

Embora o desejo de tocar o filho esteja presente na maioria das mães, o medo de o magoar inibe, ou pelo menos condiciona, os pais a tocarem no filho. Por este receio, as mães tendem a tocar suavemente e cautelosamente o filho,

por ser um bebé frágil e pequeno que necessita ainda de ser protegido (Melo [et al.], 2012).

Também do discurso das nossas participantes emerge o receio “da fragilidade do bebé” como limitador na experiência de tocar o filho, como podemos compreender nestas unidades de registo:

*“(...)porque parecia frágil, muito, muito frágil, tive muito medo de lhe tocar”. (E04);*

*“(...)é diferente! Sentia aquela necessidade de tocar, mas ele era muito, muito pequenino(...)” (E06);*

*“(...)a primeira vez que lhe toquei (...) tive medo, porque ele era pequeníssimo, magrinho, pele e osso.” (E08).*

Tal como se verifica noutros estudos, a aparência do filho limita a vontade em toca-lo pois sentem-se incapazes de acariciar o filho diante da sua fragilidade (Schmidt [et al.], 2012). Com frequência observa-se um certo distanciamento nos primeiros contatos entre mãe e bebé prematuro, as mães permanecem por curtos períodos junto deles, evitando tocar-lhes com receio da fragilidade que os filhos apresentam.

A categoria “os benefícios que envolvem o tocar”, engloba duas subcategorias: “tocar ajuda o filho” e “tocar ajuda a mãe”, que evidenciam a importância do toque quer para a mãe quer para o filho. A subcategoria “tocar ajuda o filho” inclui as seguintes sub-subcategorias “acalmar”; “ter uma evolução clínica positiva” e “reconhecer os pais”, tornando visíveis e articulando os diversos benefícios que as mães percebem que o toque traz ao seu filho.

Da análise da sub-subcategoria “acalmar” podemos perceber que as mães consideram o tocar o filho como fundamental para o bem-estar do bebé parecendo considerar que este contato físico entre ambos tranquiliza-o, como se verifica no discurso das participantes:

*“(...) cada vez que lhe punha a mão na cabecinha e assim no corpo, sentia que ele ficava mais calmo, quando ele estava mais agitado.” (E04)*

*“(...) comecei a perceber que ficava calminho quando lhe tocava...” (E08).*

O toque tem o poder de acalmar, consolar e reduzir a ansiedade do bebé (Bárcia e Sá, 2007; Sinclair, 2008). Para Brazelton e Cramer (1993, p.78) “as mães reagem à má disposição dos bebés acalmando-os, tocando-lhes ou pegando-lhes ao

colo para refrearem a sua actividade motora descoordenada (...) O tacto funciona (...) simultaneamente para acalmar, alertar e despertar”. A técnica de contenção utilizada pela participante E04, com a colocação de uma das mãos na cabeça e a outra mão a envolver as pernas do bebé, é já desde há muitos anos utilizada em neonatologia por pais e profissionais com o objetivo de acalmar o bebé, sobretudo durante a realização de procedimentos invasivos, minimizando a dor e o desconforto do bebé, proporcionando calma e tranquilidade, sendo descrita na literatura como uma das técnicas mais utilizadas como medida não farmacológica no controlo da dor (Hernandez - Reif [et al.], 2007).

Na subcategoria “**ter uma evolução clínica positiva**”, podemos perceber pelos relatos que as mães reconhecem o contributo do toque para a melhoria da situação clínica do filho, afirmando que:

*“(...)o toque, o facto de nós lhe tocarmos, de estarmos com ele ao colo contribuiu muito para que ele melhorasse.” (E04);*

*“(...) mas o tocar foi uma grande ajuda, principalmente quando comecei a pegar nele ao colo, fazer o canguru. Acho que ele evoluiu a partir daí. (E08).*

Esta percepção das mães sobre o benefício que o toque materno traz ao filho, relativamente ao seu estado clínico, vai de encontro a outros estudos realizados, nomeadamente o que afirma que o toque, quando realizado pelas mães, contribui fortemente para a evolução clínica do bebé, pois a percepção da presença materna pelo filho auxilia na sua rápida recuperação (Araújo e Rodrigues, 2010). Santana (2003, cit. por Lima [et al.], 2004) afirma que a comunicação através do toque pode mesmo ser considerada terapêutica, porque ajuda no restabelecimento da criança.

A subcategoria “**reconhecer os pais**” expressa a convicção das mães relativamente à capacidade dos filhos em reconhecerem o seu toque e sobretudo em reconhecê-las como mães:

*“(...)é essencial que eles conheçam o pai e a mãe pelo toque, acho eu que eles devem sentir quem é o pai e quem é a mãe.” (E04);*

*“Sentir que ele ali, nos sente a nós e que nos fica a conhecer, acho eu, pelo toque e pelo cheiro...” (E04);*

*“Saber que ao tocar ele sabia que eu estava ali... que ele me reconheceu.” (E08).*

As mães consideram, assim, que a possibilidade de tocar o bebé permite que os filhos reconheçam o seu toque e sintam a sua presença junto deles. Do mesmo modo Araújo e Rodrigues (2010) referem que as mães acreditam que a sua presença e envolvimento nos cuidados permitem ao bebé identificá-la como mãe, capaz de cuidar dele e distinguido as suas ações das dos restantes profissionais. No contato entre mãe e filho, mesmo que seja no ambiente de uma UCIN, os dois intervenientes aprendem a reconhecer o outro pelo cheiro, pelo olhar, pelo toque e pela voz, para que ao longo do tempo se conheçam melhor (Bárcia e Sá, 2007) e assim contribuir para a efetivação do vínculo mãe e filho.

Na subcategoria **“tocar ajuda a mãe”** agrupam-se as unidades de registo em que as mães expressam os benefícios do toque para si mesmas, tendo emergido as seguintes sub-subcategorias: **“ultrapassar o internamento do filho”**, **“estimular a produção de leite”**, **“tomar consciência da realidade”**, **“estabelecer uma ligação afetiva com o filho”** e **“ganhar confiança em tocar”**.

O internamento de um filho numa UCIN surge rodeado de inseguranças e incertezas. No princípio muitas mães desconhecem que podem acompanhar, tocar e cuidar do filho durante o internamento, depois sucedem-se os sobressaltos que enfrentam todos os dias, com os recuos e progressos na situação clínica do filho, daí que o lema para qualquer mãe numa UCIN seja viver *“um dia de cada vez”*. E talvez o toque seja a base para qualquer mãe conseguir o que foi definido como sub-subcategoria **“ultrapassar o internamento do filho”**, pois:

*“(...) o toque é fundamental para nós conseguirmos ultrapassar esta fase que não é fácil,(...)” (E02);*

*“(...)ajuda porque sentimos o calor deles, sentimos a respiração deles, e dá-nos ainda mais força para dizermos isto é um dia de cada vez e isto vai passar. Nós vamos lutar e isso dá-nos ainda muito mais força.” (E07).*

Também outros estudos assinalam perspetivas idênticas, com o toque e a possibilidade de poderem cuidar do filho a apresentarem-se como fator crucial na redução da ansiedade que a mãe vive nos longos dias e meses de hospitalização, diminuindo o sentimento de impotência diante da hospitalização e do distanciamento do filho (Schmidt [et al.], 2012). A integração da mãe nos cuidados ao filho na UCIN possibilita que o sofrimento de quem tem um filho internado seja minimizado, permitindo que se sinta integrada naquele ambiente estranho e possa

ganhar confiança em si própria para prestar cuidados ao filho (Guimarães e Monticelli, 2007; Barradas, 2008).

Do discurso das participantes emergiu ainda a sub-subcategoria “**estimular a produção de leite**” em que se reúnem os relatos das mães que expõem a sua crença sobre a importância do toque e do contato físico entre mãe e filho para a produção de leite materno:

*“(...) acho que se não tivesse podido tocar no meu bebé a esta hora não tinha leite.” (E03);*

*“(...) mas a nível hormonal há uma maior produção de leite, a gente sente o peito mais sensível.” (E09).*

Do sonho de ter um filho saudável também poderá fazer parte a ideia de poder amamentá-lo, muitas anseiam pelo momento em que podem amamentar o seu filho, estando este momento, no caso de um nascimento prematuro, condicionado pela impossibilidade do filho conseguir mamar (Guimarães e Monticelli, 2007). Assim, o poder extrair leite para que este possa ser oferecido ao filho pela sonda gástrica e posteriormente poder amamentá-lo, é uma preocupação para as mães, pois sabem que o seu leite é o ideal para o desenvolvimento do seu bebé (Ramalho [et al.], 2010). Mas para que haja estimulação da produção de leite é necessário que a mãe possa ver e tocar o filho, pois se “uma mãe está separada do bebé entre as mamadas, o reflexo da ocitocina pode não funcionar facilmente” (Levy e Bértolo, 2008, p.24).

A sub-subcategoria “**tomar consciência da realidade**” identifica a percepção das mães sobre a importância do toque no reconhecimento da realidade que vive com o nascimento prematuro de um filho:

*“(...) mas depois com o passar dos dias, foi o tomar consciência e o toque realmente, foi quando tive a real noção do que estava a acontecer”. (E02)*

*“(...) porque acho que o pegar foi quando caí na realidade porque até aí parecia que não estava a viver na realidade, parecia um sonho, eu às vezes pensava isto é um pesadelo, isto não me está a acontecer, eu vou acordar e isto não aconteceu.” (E02)*

As mães reconhecem que através do toque lhes foi possível compreender o que estava a acontecer e desse modo comprovar a existência do filho. Este resultado vai de encontro ao de Mathellin (1999) citado por Scarabel (2011) que questiona se um bebé que não possa ser tocado, que a mãe não possa sentir o seu

cheiro, que não possa amamenta-lo e acalmá-lo, existirá na realidade. Por isso, tocar o filho é como torná-lo real, “já que através dele puderam concretizar a existência e a «posse» do filho” (Schmidt [et al.], 2012, p.78). Ramalho [et al.] (2010), afirmam que a mãe tem necessidade de ver e tocar o filho para confirmar que está vivo e que nasceu perfeito. É preciso mais do que ver, pois como Montagu (1988) nos diz, ver é uma forma de tocar à distância, mas é através do tocar que é possível verificar e comprovar a realidade, expondo assim a proximidade que o tocar impõe.

A sub-subcategoria “estabelecer uma ligação afetiva com o filho” evidencia a ligação afetiva que advém do contato próximo entre mãe e filho, como podemos ver nas afirmações seguintes:

*“(...)tocar-lhe, dá-nos mais proximidade, maior ligação com o bebé.” (E04);*

*“Pelo menos para mim o melhor foi poder tocar-lhe logo, inicialmente para sentir que ele era meu, criar ali uma ligação, ele sentir que estava a mãe perto.” (E06);*

*“(...)criou um laço entre nós.” (E08);*

*“(...) o toque é o fomentar do vínculo (...)” (E09).*

Nesta perspetiva, as mães consideram que estar junto do filho, interagir com este e tocar-lhe são fundamentais para estabelecerem uma ligação afetiva. Com o toque a mãe sente-se mais próxima do filho (Melo [et al.], 2012) e esta aproximação estimula o estreitamento de laços afetivos entre ambos (Montagu,1988). Barradas (2008) apresenta o olhar prolongado, o acariciar, o aconchegar, o tocar, o beijar, o abraçar e o cheirar como indispensáveis para uma ligação afetiva positiva.

Os relatos a seguir expostos deram origem à sub-subcategoria que denominamos de “ganhar confiança em tocar”:

*“(...)não pode ser, tenho que ganhar mais confiança, isto não pode ser assim.” (E03);*

*“Mas agora já estou mais à vontade para tocar, e já mudo fraldas e já não tenho aquela coisa... de mexer nele à vontade, sem ter medo de prejudicá-lo.” (E04);*

*“(...)mas com o passar do tempo, acho que agora, já consigo tocar, já me ajeito melhor, por assim dizer(...) (E09).*

Talvez como resposta aos receios iniciais em tocar o filho a mãe procura desenvolver estratégias que a ajudem a ultrapassá-los. Conseguir tocar e saber

como fazê-lo não é uma tarefa fácil para a maioria das mães pois, só aos poucos e ganhando confiança em si, a mãe consegue tocar e posteriormente cuidar do filho de forma autónoma. Durante o internamento do filho, a mãe passa por várias fases até que possa ver o filho como seu e possa sentir-se segura no papel de mãe; assim é importante que a mãe se envolva progressivamente nos cuidados ao filho na UCIN, ficando junto dele, tocando o filho à sua maneira e dispondo do tempo que precisar para esta tarefa (Melo [et al.], 2012). Como referem Klaus e Kennel (1982, cit. por Conz, 2008) para que se estabeleça um vínculo entre pais e filho é indispensável um certo período de aproximação, de carícias e aconchego.

No nosso estudo foi possível perceber que as mães veem **“os enfermeiros como motivadores para o tocar”**, pelas atitudes de incentivo ao toque e participação da mãe nos cuidados ao filho. Esta categoria inclui duas subcategorias que explicitam as formas como as mães percebem esta motivação: **“incentivam a mãe a tocar o bebé”** e **“transmitem segurança e permitem a experiência”**.

As mães participantes no estudo compreendem que os enfermeiros na UCIN **“incentivam a mãe a tocar o bebé”**, pois expressam que:

*“(...)eu acho que vocês incentivam o toque, (...)”(E02);*

*“(...)se vocês não dessem a oportunidade, eu podia estar a ver, mas se por qualquer motivo não pudesse manipular, tocar... aí eu acho que tinha entrado em parafuso, tinha ficado maluca.” (E03).*

Do discurso das participantes transparece a importância do papel do enfermeiro no estimular e no proporcionar momentos para que a mãe possa tocar e cuidar do filho, envolvendo-a nos cuidados, para que possa ter um papel mais ativo durante a hospitalização. Também Schmidt [et al.], (2012) reforçam o papel da enfermagem no estímulo ao toque entre mãe e filho, pois segundo estes autores esta atitude traduz-se num exercício fundamental para o início do vínculo afetivo entre a díade. É fundamental instruir os pais a ler a linguagem dos filhos, sabendo quando e como tocar (Oikonen [et al.] (2010), promovendo o bem estar de ambos nesta relação.

Do discurso das participantes emergiu a subcategoria **“transmitem segurança e permitem a experiência”**, em que as mães revelam que a possibilidade de observar a segurança com que o enfermeiro toca e cuida do bebé

e os ensinamentos transmitidos enquanto o faz, contribuem para que adquiram confiança para cuidar dos próprios filhos:

*“Eu acho que mesmo eles tão pequeninos e nós achamos que, se calhar nós temos muito medo no início de tirar da incubadora, vocês tiram e quando nos dão para o colo, quer dizer é porque o bebé pode.” (E02);*

*“Ver vocês enfermeiros a mexer e mexiam tal e qual como eu mexia no outro, com naturalidade. E pensava, pronto... Se elas mexem é porque ele não se parte e se elas não o partem eu também não vou partir.” (E03)*

*“(...) a gente vai-vos vendo a mexer nelas, vocês vão-nos ensinando a mexer nelas, as posições e pronto é uma delícia...” (E09).*

Os enfermeiros têm o papel de promover o contato precoce entre pais e filhos prematuros, com vista a fomentar o vínculo entre ambos, sendo fundamental estabelecer formas de comunicação e de colaboração com os pais, impulsionando-os a tocar e a participarem nos cuidados ao filho (Merighi [et al.], 2011). Silva e Reis (2007) consideram que o incentivo ao toque é uma prática que deverá ser observada por todos os profissionais de saúde, mas mais ainda pelos enfermeiros, pois a sua relação de proximidade cria oportunidades para a dinamização do toque na UCIN, promovendo a vinculação mãe-filho e a integração dos pais nos cuidados.

Analisando de forma global o tema “**compreendendo a complexidade do tocar**” percebemos que apesar dos receios, as participantes no estudo mostraram o desejo de permanecer junto do filho, interagindo com ele através do toque, evidenciando que este tipo de comunicação entre mãe e filho traz vantagens para os dois, diminuindo o tempo de internamento, pois a evolução clínica do bebé acontece mais rapidamente, cria proximidade entre ambos e ajuda a mãe a sentir-se capaz de cuidar do filho, pois vai ganhando confiança nas suas competências maternas. Os recém-nascidos prematuros são sujeitos diariamente a procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos, que prejudicam severamente a sua capacidade de se autorregularem, vivendo períodos de grande ansiedade e agitação que parecem atenuar-se com o toque que as mães proporcionam. Mas, o caminho que a mãe tem de percorrer para se sentir capaz de tocar e cuidar do filho, ganhando a sua autonomia enquanto mãe, parece depender da atitude da equipa de enfermagem. A proximidade da equipa de enfermagem, junto do recém-nascido e família aparece como essencial no processo de aproximação entre ambos, com as mães a verem o enfermeiro como

mediador desta experiência, pelo incentivo e confiança que estes lhes transmitem.

### 3.3 Tema: Os contextos que envolvem o tocar

Embora o tema principal deste trabalho se prenda, mais diretamente, com a experiência do toque, propriamente dito, emergiram dos discursos das mães elementos sobre o contexto em que esse tocar ocorre. Se, à primeira vista poderíamos ser tentados a excluir da análise estas unidades de registo, decidimos assumir esta emergência como importante e pertinente, dado que aparece como indissociável da experiência vivida pelas mães, quando, e onde, o toque acontece.

Surge, assim, o tema “os contextos que envolvem o tocar”, onde emergem duas categorias: “Os obstáculos” e “as forças” (tabela 3).

Tabela 3 - Categorias, sub-categorias e sub-subcategorias do tema: Os contextos que envolvem o tocar

TEMA: OS CONTEXTOS QUE ENVOLVEM O TOCAR		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA
Os obstáculos	A realidade inesperada	
	O medo de perder o filho	
	A complexidade da fragilidade	
	A complexidade da tecnologia	
	O afastamento e a ausência	
As forças	A força interior que emerge de ver o filho	

	A força interior que emerge dos outros filhos	
	O apoio da família	O pai do recém-nascido
		A família alargada
	O apoio dos profissionais de saúde	

Na categoria **“Os obstáculos”** agrupam-se as unidades de registo referentes às dificuldades com que as mães se veem confrontadas durante o internamento do filho na UCIN e que, de algum modo, parecem afetar a experiência de tocar. Nesta categoria diferenciaram-se as seguintes subcategorias: **“a realidade inesperada”**, **“o medo de perder o filho”**, **“a complexidade da fragilidade”**, **“a complexidade da tecnologia”** e **“o afastamento e a ausência”**.

Na subcategoria **“a realidade inesperada”** as mães, através dos seus discursos, tornam claro que o nascimento prematuro de um filho é sempre um acontecimento inesperado e a interrupção da gravidez parece constituir-se como um duro golpe no projeto maternal, com uma das mães referindo mesmo que as filhas lhe foram retiradas (E07). As mães parecem não estar preparadas para o nascimento antecipado dos filhos, esta alteração não lhes permite organizar a sua vinda para a maternidade como idealizaram, nem preparam a chegada do filho a casa como desejaram, como podemos observar nos relatos:

*“Sabia que tinha de nascer, mas foi tudo assim muito de repente, e eu não tinha a verdadeira noção do tamanho.” (E02);*

*“(...) não é isto com que nós sonhamos mesmo a nível da gravidez, não foi uma gravidez como eu sonhei, não foi o arranjar as coisas como eu sonhei.” (E02);*

*“Do outro foi uma gravidez até ao fim, foi totalmente diferente, fui preparada para... mas estas foram-me retiradas de mim muito cedo.” (E07);*

*“Uma pessoa não está à espera deste momento, eu a bem dizer esperava chegar até ao fim e ter um bebé de termo. Custou-me muito(...)” (E10).*

A evidência mostra-nos que os preparativos para a chegada do filho são normalmente interrompidos quando o bebé nasce prematuramente e as mães manifestam pouco interesse em continuar este projeto, pois pretendem investir apenas no filho, que está internado (Tavares [et al.], 2006).

Do discurso das participantes no estudo surgiu a subcategoria “o medo de perder o filho”. Este medo parece estar presente desde o início do internamento e está relacionado com a incerteza quanto ao estado de saúde do bebé, principalmente daqueles que apresentam um quadro clínico instável, devido à sua prematuridade ou doença:

*“(...)nem é o amor que está mais envolvente é a preocupação do que vai acontecer daqui para a frente, será que vai sobreviver, será que não vai(...)” (E01);*

*“(...)uma pessoa quando vê assim uma criança muito pequena, pensa que não vão conseguir sobreviver(...)” (E05).*

Este achado encontra eco noutros estudos, que evidenciam que o nascimento de um bebé em situação de risco produz nos pais sentimentos de insegurança e incerteza quanto à sobrevivência do filho e à sua qualidade de vida futura (Ramalho [et al.], 2010; Schmidt [et al.], 2012). Após o nascimento, a primeira visita ao filho resulta também no confronto com a ideia pré-concebida de que a UCIN é um ambiente complexo, destinado a crianças em estado grave com necessidade de cuidados especializados e muitas vezes com poucas possibilidades de sobrevivência (Schmidt [et al.], 2012; Melo [et al.], 2012).

A subcategoria “a complexidade da fragilidade” expõe as reações de choque perante a fragilidade do filho:

*“Mas a fragilidade é a coisa que mais impressiona, porque eles são mesmo muito pequeninos, pelo menos do M. que nasceu com um quilo e vinte e chegou às 800 gramas, (...)” (E01);*

*“Quando desci foi muito complicado vê-lo, porque eu não tinha a noção de tão pequenino que ele era.” (E02);*

*“No início, a primeira vez para mim foi um choque, não sabia que podia haver bebés tão pequeninos.” (E04).*

A fragilidade do bebé impressiona as mães e este confronto com um filho de aspeto frágil e indefeso, que necessita de cuidados especiais num ambiente adverso, diferente do idealizado pela mãe, constituiu um grande desafio para estas mulheres (Araújo e Rodrigues, 2010; Schmidt [et al.], 2012).

Na subcategoria “a complexidade da tecnologia” incluem-se as unidades de registo que evidenciam o receio da mãe pelo ambiente desconhecido da UCIN. O ambiente hospitalar é apontado como estranho e limitador, condicionando a vivência da mãe neste meio, pelo receio dos equipamentos e das técnicas

invasivas que veem os seus filhos serem sujeitos, como podemos ver nos seguintes discursos:

*“(...)foi vê-lo na incubadora e foi complicado, (...)” (E02);*

*“O primeiro contacto, o olhar foi complicado, assustei-me um bocadinho, não sabia o que era o CPAP, não sabia os fios, o que queria dizer, porque ele estava monitorizado.” (E02);*

*“(...)e então vê-las lá, naquela caixinha transparente, cheios de fios e cheias de tubos, é complicado.” (E07).*

A tecnologia e o ambiente da UCIN têm sido sempre descritos como assustadores para as mães e muitas delas manifestam o seu receio logo na sua primeira visita à UCIN, pois desconhecem o que vão encontrar (Ramalho [et al.], 2010). O espaço da UCIN constitui-se como fonte de *stress*, pelo ruído, pelos equipamentos, pela falta de privacidade e pela alteração na vida diária, assustando e afastando os pais do recém-nascido (Zavaschi, 1993).

“O afastamento e a ausência” surge como subcategoria, no sentido de incluir os relatos de sofrimento das mães pelo afastamento do filho internado e a angústia em “dividir-se” entre o filho internado e a restante família como podemos perceber pelos seguintes excertos:

*“Pra já, não me senti mãe quando os tive, porque só passado 24 horas é que pude ir vê-los (...)”(E01);*

*“(...) e sentia a falta do outro, que eu às vezes chorava, mas sabia que este estava cuidado, mas era mais pela falta do outro do que por este, que eu sabia que este estava bem cuidado, mas queria estar sempre à beira deste.” (E03);*

*“(...) porque dá a sensação que ele está ali naquela caixinha e que nós não vamos sentir proximidade com ele.” (E04);*

*“(...) depois sentia a falta deste e do outro filho, ao mesmo tempo. Estou a 250 Km daqui(...)” (E05).*

Enfrentar a situação de internamento de um filho parece ser mais difícil quando a separação mãe-filho acontece logo após o nascimento, em que o cenário idealizado pela mãe com o nascimento de um filho saudável é substituído pelo ambiente hospitalar. A mãe não poderá levar o filho para casa como imaginava, por outro lado quando opta por permanecer junto do filho durante o internamento, permanece afastada da família (Klaus, Kennel e Klaus, 2000). Vivem uma ambivalência constante, pois se por um lado as mães desejam acompanhar o filho internado, por outro lado vêm-se afastadas da sua rotina

diária, do seu lar e da família, como nos refere uma participante: “sentia a falta do outro (...) mas queria estar sempre à beira deste” (E03). Estes resultados assemelham-se aos de Mendes (2010), em que o distanciamento de casa associado à necessidade de acompanhamento do filho surge como um sentimento de “abandono do lar e dos outros filhos”. As mães que vivenciam este processo descrevem-no como difícil e triste, na medida que sofrem pela criança internada ao mesmo tempo que se sentem sós, longe das pessoas que mais gostam (Araújo e Rodrigues, 2010), sobretudo quando existem outros filhos (Scarabel, 2011).

Para fazer frente a esta situação crítica, a mulher busca forças em várias direções, sejam interiores como as que imanam de ver a força do filho a lutar pela vida, mas também as que advém dos outros filhos, familiares e profissionais de saúde. Compreendemos este facto ao analisarmos a categoria “as forças”, que inclui as subcategorias: “a força interior que emerge de ver o filho”, “a força interior que emerge dos outros filhos”, o “apoio da família” e o “apoio dos profissionais de saúde”, que expressam os diversos apoios que as mães descrevem para a ajudar a ultrapassar o internamento do filho.

Na subcategoria “a força interior que emerge de ver o filho”, os discursos das participantes revelam que, apesar da sua própria instabilidade emocional, as mães procuram vencer as suas próprias inseguranças e dificuldades para poderem ajudar os filhos, revelando que apesar do seu sofrimento terão de se manter firmes. O impulso para desencadear esta energia interna são os progressos na situação clínica do filho, como podemos ver nestas expressões:

*“E eu queria chorar mas não podia, não me podia permitir de ir para a beira deles a chorar quando quem estava mesmo a sofrer eram eles, temos de ser fortes.” (E01);*

*“Acho que cada conquista que ele foi fazendo, era uma conquista para nós também (...)” (E02).*

Esta ideia é também referida por Scarabel (2011) quando afirma que a mulher procura manter-se forte pois acredita que só assim poderá ajudar o filho a recuperar.

A subcategoria “A força interior que emerge dos outros filhos”, que inclui o discurso da participante E01 evidencia a importância que o outro filho tem para a ajudar a ultrapassar esta fase difícil, focalizando a sua atenção no filho que permanece em casa, num misto de consolo e força:

*“e onde eu tentei arranjar forças foi no meu filho mais velho, e pensar sempre, olhe tenho ao menos, tenho aqui este filho (...)” (E01).*

Na literatura consultada, não foi possível confirmar esta ideia em outros estudos.

A subcategoria **“o apoio da família”** incluem-se duas sub-subcategorias que expressam dois tipos de apoios familiares de ordens diferentes: **“o pai do recém-nascido”** e **“a família alargada”**.

Na sub-subcategoria **“o pai do recém-nascido”** as mães mostram a importância do apoio do marido nesta fase crítica, com a sua presença junto dela e do filho:

*“(...)o meu marido foi sempre, está sempre muito presente, (...)” (E01);*

*“O meu marido estava muito tempo à minha beira, aproveitou os 20 dias de licença dele. Quando nós temos alguém ao nosso lado é muito mais fácil.” (E05).*

Também Schmidt [et al.] (2012) alertam-nos para a importância de valorizar e incentivar a presença do pai no apoio à mãe, pois todas as mães necessitam de uma rede de apoio para a ajudar durante o internamento do filho. Após o nascimento, o pai é quem visita pela primeira vez o filho na UCIN e é o portador das primeiras notícias junto da mãe. Depois torna-se apoio fundamental à mãe fisicamente debilitada, sobretudo nas primeiras visitas da mãe ao filho, além de muitas vezes ficar a seu cargo o cuidado dos outros filhos e da casa, enquanto a mãe acompanha o filho internado.

Mas não só o pai tem um papel crucial neste enredo; **“a família alargada”** também emerge como suporte nesta situação de forte desgaste emocional para a mãe:

*“(...) a família claro que apoiou imenso e ajuda e ajudou a ultrapassar, e está ainda a ajudar a ultrapassar esta fase.” (E02);*

*“(...) e tenho também um irmão e uma irmã que me ajudam bastante, os meus pais, os meus sogros estão sempre a telefonar a ver se está tudo bem, pronto, que tenho de ter paciência, que isto vai com calma.” (E03).*

A família é vista como um pilar fundamental para as mães nesta circunstância delicada, sobretudo os avós, tornando-se não só num recurso emocional, mas prestando uma cooperação indispensável na viabilização das tarefas do dia-a-dia dos pais, nomeadamente nos cuidados com os outros filhos que ficaram em casa (Viana [et al.], 2005; Silva [et al.], 2009; Scarabel, 2011).

Do discurso das participantes emergiu ainda a subcategoria “**O apoio dos profissionais de saúde**”. Embora no discurso das participantes haja referência à equipa médica, o papel da equipa de enfermagem destaca-se pela proximidade física e afetiva e pela disponibilidade e atenção que demonstram. De referir a importância que as mães atribuem à comunicação e às informações fornecidas sobre a situação clínica do filho. Como podemos comprovar nos extratos seguintes:

*“E foi a enfermeira que se chegou e disse-me mãe não chore, pergunte, fale comigo pergunte-me, o que é isto, o que aconteceu, e aí é que ela explicou está a respirar sozinho...” (E01);*

*“(...) acho que a explicação das pessoas, que acho que é fundamental nos explicarem e terem a paciência, porque para vocês isto é tudo muito normal mas para nós não, um simples fio o que quer dizer.” (E02);*

*“(...) eu às vezes inibia-me um bocado de perguntar e vocês diziam mãe, passa-se isto e isto e mesmo os médicos, sempre impecáveis.” (E03)*

Um estudo de Tronchin e Tsunehiro (2005) mostrou que a confiança dos pais na equipa de saúde foi sendo cimentada pelos esclarecimentos, atenção, acolhimento e convivência diária. A comunicação entre mãe e profissionais é fundamental, por isso os pais devem ser incentivados a expressar as suas preocupações e dúvidas, estabelecendo uma relação de confiança e compreensão, essencial para o êxito no tratamento da criança (Silva [et al.], 2009).

Embora o tema “**os contextos que envolvem o tocar**” se relacione indiretamente com a experiência do toque, percebemos que a alteração brusca no dia-a-dia dos pais causa profundas alterações no quotidiano de uma mãe que se vê confrontada com um nascimento prematuro de um filho, vendo-se impedida de cuidar e tocar o filho como desejaria. Quando o sonho de ter um filho nascido de termo e saudável se torna uma impossibilidade e os dias de idílio pós-natal, são substituídos pelo ambiente adverso da UCIN, a mãe vê-se confrontada com uma realidade inesperada e com um filho que não corresponde ao que idealizou, apresentando-se assim como obstáculos à relação mãe-filho. O confronto com a fragilidade do filho e com o ambiente tecnológico da unidade condiciona na mãe dificuldades em exercer o seu papel de mãe como desejaria, de tocar, segurar ao colo e até mesmo de cuidar. Mas também conflitos internos, podem prejudicar a relação mãe-filho, pois a mãe sente-se “dividida” entre o filho que está internado e a restante família que permanece em casa. Por isso, o apoio logístico e psicológico de toda a família, seja do pai da criança, da família alargada e dos

profissionais de saúde é fundamental para a ajudar a ultrapassar esta situação de crise. Também a luta do filho pela sobrevivência parece inspirar a mãe. As mães consideram que o incentivo e a paciência dos enfermeiros em fornecer informações sobre o quadro clínico do filho, sobre os equipamentos e o incentivo à sua participação nos cuidados ao filho são fundamentais para a ajudar a ultrapassar esta fase difícil, pois perante a hospitalização e o afastamento do filho, as mães podem sentir-se incapazes de cuidar, sobretudo quando observam a precisão e destreza com que os enfermeiros o fazem.

## CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

---

Os avanços vertiginosos na área da neonatologia têm possibilitado a sobrevivência de cada vez mais recém-nascidos com prematuridade extrema ou com patologias neonatais graves, condicionando que o desenrolar do vínculo mãe-filho aconteça de forma diferente do esperado. Ao invés do bebê permanecer junto da mãe, é afastado desta e é na UCIN, que mãe e filho se conhecem e interagem através do toque. Através das histórias e experiências vividas pelas mães com recém-nascidos internados na UCIN, que aceitaram participar neste estudo foi possível aceder a dados que permitiram uma visão mais ampla da complexidade que é vivida pelas mães quando tocam o filho internado na UCIN.

A tendência atual nas unidades neonatais é o de incentivar a participação dos pais nos cuidados ao filho e o de promover o contato precoce entre ambos, resultado do conhecimento atual sobre a importância da interação entre a diade no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. Primeiro, quando a instabilidade clínica do bebê o obriga, o contato entre os dois estabelece-se através das portas da incubadora, finalizando com o pegar o filho ao colo.

Entendemos que o presente estudo deu resposta aos objetivos inicialmente propostos. Compreender os sentimentos vivenciados pelas mães quando tocam os filhos internados numa UCIN era um dos objetivos deste trabalho de pesquisa. Esta experiência, embora rodeada de receios, é descrita pelas participantes no estudo como uma experiência rodeada de sentimentos e emoções positivas. As mães descreveram o tocar como uma experiência boa, embora estranha e difícil de explicar, que lhes permite transmitir afeto e proteção ao filho. Tocar um filho

numa incubadora não será a imagem idealizada por qualquer mãe, quando durante a gravidez sonha com o filho. Mas é neste contato que ambos se conhecem e trocam mensagens, transmitindo alívio e serenidade para a mãe, que ao tocar pode constatar que o filho está vivo, podendo também reconhecer o cheiro e o toque do filho, condição imprescindível para o estabelecimento da ligação mãe-filho. As participantes no estudo assumiram também que o contato através do toque permite que o “sentir-se mãe” daquele filho se concretize, pois a distância que o internamento coloca desde que a criança nasce dificulta o estabelecimento de uma ligação mãe-filho eficaz como o que se deseja que aconteça quando o filho fica desde sempre junto à mãe.

Durante o internamento na UCIN vários são os fatores que podem prejudicar ou motivar a mãe a tocar o seu filho na UCIN, daí que tenha sido definido como objetivo para este trabalho - Compreender os fatores inibidores e motivadores que condicionam as mães no tocar os filhos internados numa UCIN. Aquando da primeira visita, as expectativas em ver o filho confundem-se muitas vezes com o receio em tocá-lo. Os receios começam pelo desconhecimento do funcionamento da UCIN e da possibilidade de poderem tocar o filho, muitas mães julgavam que não podiam interagir com o filho, que ele teria de permanecer isolado na incubadora e outras alegaram não saberem como tocar o filho. A realidade de um serviço de neonatologia ainda permanece muito desconhecida para a população em geral, pela falta de informação e conhecimento prévio desta realidade e talvez pelos anos de história em que as necessidades de controlo de infeção ditaram o encerramento das portas ao exterior.

Mas a possibilidade de transmitir infeções ao filho também é uma preocupação das mães quando tocam o filho. Talvez este receio advenha dos constantes alertas, sobre a importância da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, tema que é abordado desde a primeira visita dos pais ao bebé e reforçado diariamente, insistindo-se na lavagem e desinfeção das mãos, seja pelos profissionais de saúde, seja pelos cartazes informativos distribuídos pela unidade. Desmistificar o ambiente da UCIN, definindo-o como um espaço onde se prestam cuidados especializados a recém-nascidos de risco é uma das intervenções mais importante da equipa de enfermagem em todo este processo.

A maioria dos discursos das mães deixa transparecer outros receios que assombram o processo de aproximação ao filho como o medo em magoá-lo, a fragilidade que o bebé aparenta ou o poder prejudicar a estabilidade clínica do filho, com o seu toque. Transparece aqui o choque entre o bebé idealizado e o bebé real, o tamanho e a aparência física do recém-nascido comprometem a iniciativa da mãe em tocar, pois receiam magoar o filho ou interferir no funcionamento de algum equipamento. As mães atribuem um papel fundamental à equipa de enfermagem pelo incentivo ao toque, mas também pela segurança que demonstram ao executarem os cuidados e por promoverem a integração dos pais nos cuidados.

Do discurso das mães emergiram os significados que as mães atribuem ao tocar os filhos internados numa UCIN, quer para a mãe quer para o filho. As mães consideram que o toque tem o poder de acalmar o filho. Um bebé internado numa UCIN é inevitavelmente sujeito a diversos procedimentos potencialmente dolorosos, que interferem na sua capacidade de se auto-organizar, e é sabido desde há alguns anos que o toque e o aconchego minimiza o desconforto e ajuda o bebé a reorganizar-se. Tranquilizar o bebé não é a única razão que as mães atribuem à necessidade de acariciar o filho, pois consideram que o toque, e inevitavelmente a sua presença junto do filho, favorecem a rápida recuperação deste. O receio de que o bebé não reconheça o toque da mãe na “confusão de toques” a que um bebé está sujeito numa UCIN preocupa as mães, contudo as mães reconhecem que o filho é capaz de distinguir o seu toque dos restantes. Com o decorrer dos dias, numa UCIN, os pais vão-se familiarizando com o ambiente hospitalar e estreitando relações com a equipa multidisciplinar, aliviando a sensação de não pertencer àquele ambiente, derrubando as dificuldades e inseguranças iniciais, que vão sendo ultrapassadas aos poucos.

As participantes no estudo enunciaram também os benefícios que o toque traz para elas próprias, como: ajudar a ultrapassar o internamento do filho; tomar consciência da realidade; estimular a produção de leite; estabelecer uma ligação afetiva com o filho e ganhar confiança em tocar. O internamento de um filho numa UCIN é sempre um momento gerador de crise no seio da família, mas sobretudo na mãe que é normalmente quem acompanha o filho durante a hospitalização. Perante o inesperado da situação que a mãe se vê confrontada, o poder tocar o filho ajuda-a a perceber que o filho já nasceu e que terá de

desenvolver o seu papel de mãe num ambiente adverso. A possibilidade de tocar e de poder participar nos cuidados ao filho, possibilita à mãe ganhar segurança em tocar, de modo a que posteriormente a mãe possa dar continuidade aos cuidados ao filho na pós-alta, fomentando o estabelecimento do vínculo afetivo com o filho e o estímulo à produção de leite materno.

Relativamente ao objetivo - Conhecer o contexto que envolve o toque das mães aos seus filhos internados numa UCIN, apresentamos os obstáculos e forças, identificadas pelas participantes, que indiretamente influem no processo de aproximação da mãe ao filho. Como obstáculos as mães referem a realidade inesperada do nascimento e conseqüente internamento hospitalar; o receio pela sobrevivência do filho; o confronto com a aparência frágil do filho e com o ambiente da UCIN e o conflito entre a necessidade de ficar junto do filho internado e o de regressar a casa para acompanhar os outros filhos. Como já foi referido, o internamento na UCIN é rodeada de *stress*, medos e angústias que a mãe terá de vivenciar nos dias em que decorre o internamento. Para a ajudar a ultrapassar esta fase, as participantes no estudo referem que várias “forças” estão presentes, desde as que podemos considerar internas que emergem de verem o filho lutar pela vida, mas também de outros filhos que pode servir de suporte emocional. O apoio do pai do recém-nascido, da família alargada e dos profissionais de saúde aparece como fundamental para auxiliar a mãe a ultrapassar o internamento do filho. Sublinha-se o papel fundamental do enfermeiro no apoio aos pais, para mediar os receios, medos e dúvidas, impulsionando a preservação dos vínculos afetivos familiares e acautelando para o recém-nascido um espaço familiar adequado ao seu desenvolvimento.

A compreensão do fenómeno em estudo permitirá o estabelecimento de diretrizes ou instruções de trabalho, sobre a promoção do toque desde o acolhimento dos pais na UCIN até à prestação de cuidados ao filho de forma autónoma. Desenvolver estratégias que promovam o toque e o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho, tornando as UCIN's cada vez mais abertas, desmistificando desde o início possíveis receios e apostando na integração completa dos pais, no sentido do desenvolvimento harmonioso do recém-nascido, no estabelecimento do vínculo afetivo e na aquisição de competências parentais. Estas atitudes visam a melhoria da prática de cuidados de enfermagem a estes

bebés e pais, com ganhos efetivos em saúde e provável valorização profissional dos enfermeiros que trabalham na UCIN. Daí ser nossa pretensão, apresentar este trabalho à equipa de enfermagem, na unidade, onde este trabalho foi desenvolvido, de modo a que em equipa se discutam ideias, de forma a uniformizar e dar continuidade aos cuidados, de modo a que o toque tenha um papel decisivo no cotidiano da UCIN.

Consideramos que o nosso estudo apresenta algumas limitações, todas elas importantes e que, acreditamos se devam à inexperiência da investigadora, pois este trata-se do primeiro trabalho nesta área e sabemos que só com a prática se conhece a realidade e surgem dúvidas relativas a esta forma de investigar. Além disso a limitação de tempo que dispúnhamos para efetuar o estudo condicionou a exploração de determinados aspetos no que se refere à fase de análise e discussão dos dados colhidos.

Na investigação qualitativa, o papel do investigador é determinante, mas por outro lado poderá influenciar de alguma forma os participantes no estudo. A inexperiência em conduzir entrevistas pode eventualmente ter condicionado o conteúdo das mesmas, além de que o entrevistado “pode ser movido pelo desejo de prestar um serviço ou de ser bem visto pelo investigador, limitando assim a credibilidade das mensagens comunicadas” (Savoie-Zajc, 2003, p.298). É de acautelar, também, que num estudo desta natureza nem sempre as participantes estão nas melhores condições emocionais, físicas e intelectuais, uma vez que este momento de crise como é o internamento de um filho na UCIN repercute-se na forma como cada individuo vivencia esta experiência. O facto de o investigador ser parte integrante do contexto em que foi realizada a investigação pode, em determinados momentos, ter sido fator inibidor para as participantes pois poderiam sentir-se intimidadas, avaliadas ou julgadas e responderem com menos naturalidade. Por outro lado, considera-se que o facto de o investigador ser alguém conhecido, quebrou a insegurança inicial e proporcionou na maioria das vezes uma conversa aberta, permitindo uma partilha de informação útil para a investigação. Ciente da existência destas limitações, associada à inexperiência na área da investigação, este estudo representou um enorme e agradável desafio, quer a nível pessoal, quer no âmbito profissional permitindo a aplicação dos resultados em contexto clínico.

Esta investigação não fornece generalizações nem resultados definitivos, sugerem-se outros estudos sobre o mesmo campo de investigação ou o mesmo estudo, noutros contextos ou com outros participantes. Não podemos deixar de referir a carência de estudos referentes à perspetiva das mães no que concerne ao tocar o filho na incubadora, muitos estudos foram e estão a ser realizados sobre o método canguru e sobre a massagem, mas estes métodos, reconhecidamente importantes para a vinculação mãe-filho, têm por certo na sua base a confiança que as mães foram adquirindo nos primeiros dias quando a mãe a medo tocava o filho na incubadora da UCIN. A massagem e o canguru são realizados quando o bebé apresenta alguma estabilidade hemodinâmica, enquanto o toque espontâneo das mães poderá ser realizado em qualquer momento. Julgamos ser importante no futuro desenvolver outros estudos nesta área, para conhecer a experiência dos enfermeiros sobre esta problemática, mas também conhecer as experiências das mães quando tocam o filho pela primeira vez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAAN, Diane - *Uma história natural dos sentidos*. Lisboa: Círculo de Leitores, 1997. ISBN: 972-42-1539-3.
- ALARCÃO, Madalena; RELVAS, Ana e SÁ, Eduardo - *A complementaridade das interações mãe-bebé*. In SÁ, Eduardo (Org.) - *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de século, 2004, p.113 - 120. ISBN: 972-754-194-1.
- ALMEIDA, Ana - *RN internado numa U.C.I.R.N.: que participação dos pais nos cuidados?* Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. (2001) Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- AMARAL, João M. Videira - *A neonatologia no mundo e em Portugal. Factos históricos*. Lisboa: Angelini, 2004.
- ANDRADE, Celena e HOLANDA, Adriano - Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, nº27 (2), (Abril-Junho 2010), p. 259-268. ISSN 0103-166X.
- ARAUJO, Bárbara; RODRIGUES, Benedita - O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Em linha]. Vol.14, n.2, (2010), p. 284-292. [Consult. em 19.09.2012]. Disponível na Internet: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S141481452010000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S141481452010000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. ISSN 1414-8145>.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MASSAGEM INFANTIL (APMI) - Missão. [Em linha]. (2009) [Consult. em 10.02.2013]. Disponível na Internet: URL: <http://www.apmi.org.pt/>.

- BALDINI, Sónia Maria e KREBS, Vera Lúcia - *Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal: Estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. ISBN: 978-85-388-0175-7.
- BÁRCIA, S. e Sá Eduardo - *A importância do toque e da massagem do bebé... alguns apontamentos*. In TEIXEIRA, José (org.) - *Psicologia da Saúde - Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN: 978-972-796-275-4.
- BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda., 2009. ISBN 9789724415062.
- BARRADAS, Alexandra - *Parentalidade na relação com o Recém-nascido Prematuro: Vivências, Necessidades, Estratégias de intervenção*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde.
- BARROS, Luísa - *O bebé nascido em situação de risco*. In CANAVARRO, Maria Cristina (coord.) - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 989-558-081-9.
- BARROS, Luísa - *A Unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento*. In CANAVARRO, Maria Cristina (coord.) - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001, p. 297-316. ISBN: 989-558-081-9.
- BECK, Sanne, [et al.] - Room for family-centered care e a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing* nº 15 (2009), p.88 e 99.
- BERRYMAN, J.; HARGREAVES, D.; HERBERT, M., TAYLOR, A. - *A psicologia do desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.
- BISCAIA, Jorge - O cuidar da pessoa doente em situação de dependência. *Cadernos de Bioética*. Nº26 (Agosto 2001), p. 102 - 111.
- BOND, Cherry. Positive touch and massage in the neonatal unit. *Seminars in neonatology*, Vol. 6 (Dezembro 2002), p. 477-486.
- BOUSSO, Regina; ÂNGELO, Margareth - Buscando preservar a integridade da unidade familiar: A família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Revista Esc. Enf. USP*. [Em linha] Vol.35, nº2, (Junho 2001), p.172 - 179. [Consult. 17 Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11.pdf>>. ISSN 0080-6234.
- BOWLBY, John. - *Apego: apego e perda*. 1ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, Volume 1, 2002. ISBN: 85-336-0906-X.

- BRAZELTON, T. Berry - O desenvolvimento do apego - uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRAZELTON, T. Berry e CRAMER, B. G. - *A Relação mais Precoce - Os pais, os bebé e a relação precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- BRAZELTON, Berry - *Tornar-se família: O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Reimpressão da 1ª edição de 1994. Lisboa: Terramar, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde - *Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe-Canguru - Manual Técnico*. Brasília: Secretaria de Políticas de saúde, área da saúde da criança, 2002.
- BROWNE, J. - Early relationship environments: physiology of skin contact for parents and their preterm infants. *Clinics in Perinatology* Vol. 31, nº 2, (2005), p. 287-298.
- CABETE, Carla - Influência do cuidar. Desenvolvimento neuromotor do recém-nascido pré-termo: tónus e controle postural. *Revista Nursing*. Lisboa. Ano. 17, nº. 226 (Outubro 2007), p.40- 43. ISSN 0871-6196245.
- CAMARNEIRO, Ana - *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau. Março 2007. ISBN: 978-972-8485.
- CAMPOS, António, [et al.] - Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. *Revista RENE*. [Em linha] Fortaleza, v. 9, nº. 1, (jan./mar.2008), p. 52-59. [Consult. 14 Fevereiro 2012]. Disponível em: URL<[http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9\\_1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9_1.pdf)>. ISSN 1517-3852.
- CARDOSO, Ana - *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto, 2010. Tese de Dissertação de Mestrado;
- CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE (CHP) - Maternidade Júlio Dinis. [Em linha] (2007) [Consult. 14 Fevereiro 2012]. Disponível em: URL<<http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A&und=jd>>.
- COLLIÉRE, Marie F. - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CONZ, Claudete Aparecida - *A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social*. Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, 2008. Dissertação de Mestrado.

- CORTESÃO, Catarina - Gravidez - a experiência psicológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. nº11. (Julho/Agosto/Setembro 2007), p.19-22. ISSN: 0873-1586.
- COUTINHO, Clara - *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 9789724044873.
- CRUZ, Ana [et al.] - Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrónica Enfermagem* [Em linha]. Vol. 12, nº1, (2010); p.133-9. [Consult. 14 Fevereiro 2012]. Disponível em: URL<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>>. ISSN: 1518-1944.
- DIOGO, Paula - A vida emocional do enfermeiro. Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. 1ª Edição. Coimbra: Formação, 2006. ISBN: 972-8485-70-0.
- FIGUEIREDO, Barbara - A massagem do bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*. vol. 38, n.1, (2007), p. 29-38. ISSN 0873-9781
- FELDMAN, Ruth - Touch attenuates infants' physiological reactivity to stress. *Developmental Science*. Ano13; nº2 (2010), pp: 271-278.
- FELICIANO, Fátima - *Método Canguru: O Prosseguir da Vinculação Pais-Bebé Prematuro*. Coimbra. Edições Almedina, 2007. ISBN: 9789724033006.
- FERBER, Sari - The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Human Development*. Nº 79, (2004), p. 65 - 75.
- FERBER, Sari; FELDMAN, Ruth; MAKHOUL, Imad - The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, nº 84 (2008), p.363-370.
- FIELD, Tiffany - Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, nº 30 (2010), p. 367-383.
- FUERTES, Marina e SANTOS, Pedro Lopes - Interação mãe-filho e a qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Revista Psicologia*. [Em linha]. Vol. XVII, nº1, (2003), p. 43-64. [Consult. em 10.10.2011]. Disponível na Internet em: URL: <WWW: <http://hdl.handle.net/10216/56392>>.
- FREITAS, Otilia, [et al.] - Efeitos da massagem no ganho ponderal do recém-nascido pré-termo. *Revista Referência*, III série, nº1, (Julho 2010), p. 39-52. ISSN 0874-0283.

- FREITAS, Sylvia - *A pesquisa fenomenológica em psicologia*. In BAPTISTA, Makilim e CAMPOS, Dinael - *Metodologias de pesquisa em ciências - análise quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- GAÍVA, Maria e SCOCHI, Carmen - A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira Enfermagem*. [Em linha] vol.58, nº4 (Julho/Agosto. 2005), p. 444-448. [Consult. em 20.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400012>>. ISSN - 0034-7167.
- GALVÃO, Marli [et al.] - Comunicação não-verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da tacênica. *Escola Anna Nery Rev Enfermagem*. [Em linha] vol.13, nº4, (Dezembro 2009), p. 780-785. [Consult. em 20.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452009000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000400013&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1414-8145.
- GUIMARÃES, Gisele, MONTICELLI, Marisa - A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em linha] Vol.16, nº 4, (Out-Dez 2007) p. 626-35. [Consult. em 20.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01047072007000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01047072007000400006&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-0707.
- GOMES-PEDRO, João, [et al.] - Prematuridade e desenvolvimento. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol. 28, nº 5, (1997), p. 405-410. ISSN: 0301-147X.
- GOMES-PEDRO, João [et al.] - Viver numa Unidade de Cuidados especiais para Recém-Nascidos - Um risco ... uma oportunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 35, nº3, (Maio-Junho 2004), p. 167-174. ISSN: 0301-147X.
- GOMES-PEDRO, João - *A criança no século XXI*. In GOMES-PEDRO, João [et al.] - *A criança e a família no século XXI*. 1ª ed. Lisboa: Dinalivro, 2005.
- GOMES, Ana - A relação mãe-bebé na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. [Em linha] *Psicologia Hospitalar*. (São Paulo). Vol.2, nº2 (Dez 2004). [Consult. em 20.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16777409200400020004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16777409200400020004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1677-7409.

- GONÇALVES, Maria José - *O Bebê, a Criança e o Adolescente no Hospital: Contextualização*. In INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: IAC, 2006, p. 29-32.
- GRANDE, Carla - Humanização em questão: o estado da arte. *Cadernos de Bioética. Revista Portuguesa de Bioética*. Nº1. Coimbra: Maio 2007, p.47 - 64.
- HAMELIN, Kathryn e RAMACHANDRAN, Carole - Kangaroo Care. *The Canadian Nurse*, (Junho, 1993), p. 15-17.
- HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-11-8.
- HERNANDEZ-REIF, M.; DIEGO, M.; FIELD, T. - Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy. *Infant Behav Dev.*; [Em linha] Vol. 30, n.º4, (Dezembro 2007), p. 557 - 561. [Consult. em 20.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254497/>>.
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) - *Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança*. [Em linha]. Outubro 2000. [Consult. em 20.03.2012]. Disponível na Internet em: URL: [http://www.iacrianca.pt/crianca/Carta\\_livro.pdf](http://www.iacrianca.pt/crianca/Carta_livro.pdf).
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *CIPE*® 2. [Em linha]. 2010. [Consult. em 01.04.2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>>.
- JORGE, Maria - *Família e hospitalização da criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-79-7.
- JEAN, Amélie; STACK, Dale - Functions of maternal touch and infants' affect during face-to-face interactions: New directions for the still-face. *Infant Behavior & Development*, nº32 (2009), p. 123-128.
- JUST, A. C. [et al.] - Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, Vol 5, nº 4 (Dezembro 2005), p. 179-187.
- KEREN, Miri [et al.] - Clinical interview for high-risk parents of premature infants (clip) as a predictor of early disruptions in the mother- infant relationship at the nursery. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 24, nº 2, (Março-Abril 2003), p.93 - 110. ISSN: 0163-9641.

- KENNEL, John - *Tornar-se uma família: vinculação e padrões de mudança no comportamento do bebé e da criança*. In GOMES-PEDRO, João [et al.] - *A criança e a família no século XXI*. 1ª ed. Lisboa: Dinalivro, 2005.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John - *Assistência aos pais*. In KLAUS, Marshall e FANAROFF, Avroy - *Alto risco em Neonatologia*. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A, 1995. s/ ISBN.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. e KLAUS, P. - *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2000. ISBN 85-7307-577-5.
- KOPELMAN, Benjamim [et al.] - *Diagnóstico e tratamento em Neonatologia*. São Paulo: Ateneu, 2006.
- KULKARNI, Anjali [et al.] - *Massage and Touch Therapy in Neonates: The Current Evidence*. *Indian Pediatrics*, Volume 47, nº17, (Setembro de 2010), p.771-776.
- LEVY, M. Lourdes - *Humanização dos serviços de atendimento à criança*. In *Humanizar o atendimento à criança*. Lisboa: Sessão de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 1991. ISBN: 972-95606-0-9.
- LEVY, M. Lourdes - *A Convenção dos Direitos da Criança / Idade Pediátrica*. In INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: IAC, 2006, p.23-24.
- LEVY, Leonor e BÉRTOLO, Helena - *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008. ISBN: 96436.
- LEBOYER, Frédérick - *Shantala: Uma arte tradicional - Massagem para bebés*. São Paulo: Aquariana/Ground, 1998. ISBN: 9788571870291.
- LIMA, H.; ROCHA, L.; LIMA, M. - *Experiência de pais no cuidar de RN na UTI-neonatal: passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido*. Brasil, Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2004. Dissertação de Mestrado.
- MACHADO, Constança - *Ajudar a ser*. *Cadernos de Bioética*. Ano XVI, nº38, (Setembro 2005), p. 219-224.
- MARQUES, António - *Qualidade dos cuidados neonatais em Portugal (Perspectiva dos clientes)*. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.* Ano VI, nº18. (2001). ISSN: 1645-264X.

- MARTINS, Valdemar - *A Família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. In INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) - Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: IAC, 2006, p. 45-46.
- MARTINS, José - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12; Nº 2, (2º semestre 2008), p. 62-66. ISSN: 0873-8904.
- MCGRATH, j.; THILLET, M. e CLEAVE, L. - Parent Delivered Infant Massage: Are we truly ready for implementation? *Newborn and Infant Nursing Reviews*, vol.7, nº1 (Março 2007), p. 39-46.
- MERIGHI, Miriam - Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Em linha]. Vol.19, n.6, (2011), p. 1398-1404. [Consult. em 06.11.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600017>>. ISSN 0104-1169.
- MENDES, M. G. - Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - “Redes de conhecimento em enfermagem de família” [Em linha]. Porto: NIEF, 2010. [Consult. 15 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem de Família \[e-book-2010\].pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20[e-book-2010].pdf)>. ISBN 978-989-96103-3-0.
- MONTAGU, Ashley - *Tocar. O significado humano da pele*. 6ª Edição. São Paulo: Summus, 1988. ISBN 8532303080.
- MONTAGNER, Hubert - *A vinculação: A aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. ISBN: 9729295336.
- MONTEIRO, Ligia [et al.] - Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: as relações criança/mãe e criança/pai. [Em linha]. *Psicologia*, (2008), vol.22, nº.1, p.104-125. [Consult. em 10.06.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v22n1/v22n1a05.pdf>>.
- NETO, José e RODRIGUES, Benedita - Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em linha]. Florianópolis, Vol.19, nº2 (Abril-Junho 2010), p.372-377. [Consult. em 20.08.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416097020>>. ISSN: 0104-0707.

- NOGUEIRA, André - *Transmissão Intergeracional dos Modelos de parentalidade: Memórias Maternas das Relações com os pais na Infância e Qualidade da Interação Mãe-filho*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.
- OLIVEIRA, Beatriz [et al.] - O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em linha]. Florianópolis, Vol. 15, (2006), p.105-113. [Consult. em 17.04.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414366012>>. ISSN: 0104-0707.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Enfermeiros no “top” da confiança dos portugueses*. [Em linha]. 11.04.2012 [Consult. em 15.04.2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Enfermeirosno%E2%80%9Ctop%E2%80%9Ddaconfian%C3%A7adosportugueses.aspx>>.
- PARAM, L. - *Problemas específicos do recém-nascido de risco*. In Lowdermilk, D.; Bobak, I.; Jensen, M. - *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência, 1999. (pp. 780-853) ISBN: 972-8383-32-0.
- PERAPOCH LÓPEZ, J., PALLÁS ALONSO, C.R.; LINDE SILLOA, [et al.] - Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha. [Em linha] *Anales de Pediatría* (ed. port.). Ano 1, nº2, (2006), p.90-96. [Consult. em 22.11.2012]. Disponível na Internet em: <URL:<http://www.aeped.es/anales/portugues/vol1n2/6-originais-idados.pdf>>.
- POLIT, Denise e BECK, CHERYL - *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem - Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2545-3.
- *Decreto-Lei n.º 106/2009. D. R. I Série – N.º 178 (14-09-2009)*, p.6254-6255.
- QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc - *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 9789726622758.
- RABOUAM, C. e MORALÈS-HUET, M. - *Cuidados parentais e vinculação*. In GUEDENEY, Nicole e GUEDENEY, Antoine (coord.) - *Vinculação Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-103-7.

- RAMALHO, Maria [et al.] - A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, [Em linha] v.10, n.1, (2010) p.7-14 [Consult. em 17.09.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/124-a-me-vivenciando-o-risco-de-vida-do-recm-nascido-prematuro-na-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal.html>>. ISSN: 1676-3793.
- RELVAS, Ana - *A mulher na família: "Em torno dela"*, in RELVAS, Ana; ALARCÃO, M. - *Novas formas de famílias*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007. p. 229-337.
- RIBEIRO, José - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Porto: Livpsic - Psicologia, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.
- ROXO, José - O toque na prática clínica. *Revista Referência*, II.ª Série,- n.º 6, (2008), p.77-89. ISSN 0874-0283.
- ROXO, José - *O toque - inserir para cuidar*. In CRUZ, Arménio; MALTA, José; OLIVEIRA, Luís (Coord.) - *Terapias naturais na prática de enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação em saúde, Lda. 2003. ISBN: 972-8485-32-8.
- SÁ, Eduardo e DIAS, Mónica - *A vida emocional do feto*. In SÁ, Eduardo (Org.) - *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de século, 2004, p.97 - 112. ISBN: 972-754-194-1.
- SÁ, Eduardo - *O pensamento dos bebés*. In SÁ, Eduardo (Org.) - *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de século, 2004, p.121 - 132. ISBN: 972-754-194-1.
- SAVOIE-ZAJC, Lorraine - *A entrevista semidirigida*. In GAUTHIER, Benôit - *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-55-X.
- SCARABEL, Camila - *A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa unidade de terapia intensiva neonatal: estudo a partir da psicologia analítica*. [Em linha]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (2011). Tese de Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano [Consult. em 17.12.2012]. Disponível na Internet: URL: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-17042012-13540/pt-br.php>>.
- SCHAFFER, H. Rudolph - *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

- SCHMIDT, Kayna [et al.] - A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc. Anna Nery*; [Em linha] vol.16, n.1, (2012) p. 73-81. [Consult. em 17.09.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf>>. ISSN 1414-8145.
- SERAFIM, Sandra; DUARTE, Sílvia - Internamento em neonatologia: relação de ajuda. *Nursing*. Ano 16, nº 198, (Abril 2005), p.22 - 28.
- SILVA, Maria, [et al.] - Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Revista Referência*. II Série, n.º 11, (Dez. 2009), p. 37-46. ISSN 0874-0283.
- SINCLAIR, Marybetts - *Massoterapia pediátrica*. 2ª. Ed, São Paulo, Barueri: Manole, 2008. ISBN: 978-85-204-2704-0.
- SOUSA, Maria e BAPTISTA, Cristina - *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, segundo Bolonha*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2011. ISBN: 9789896930011.
- SOARES, Isabel - *Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação*. In SOARES, Isabel (Coord.) - *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2007. ISBN: 978-972-97388-4-5.
- STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona - *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- TAMEZ, Raquel N.; SILVA, Jones P. - *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2ª edição, 2002.
- TAVARES, G.; MOTA, J.; MAGRO, C. - Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Revista Paulista de Pediatria*. [em linha] Vol.24, n.º1, (2006), p. 27-34. [Consult. em 15.08.2012]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.spsp.org.br/Revista\\_RPP/24-1-5.pdf](http://www.spsp.org.br/Revista_RPP/24-1-5.pdf)>. ISSN 0103-0582.
- THOMAZ, Ana [et al.] - Relações afetivas entre mães e recém-nascidos pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*. [Em linha] Vol. 10, nº1, (2005), p. 139-146. [Consult. em 11.12.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28017.pdf>>. ISSN 1413-294X.
- TRONCHIN, Dayse; TSUNECHIRO, Maria - A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]

vol.58, nº 1 (Jan - Fev 2005), p. 49-54. [Consult. em 15.12.2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100009>>. ISSN 0034-7167.

- VILELAS, José - *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª Ed., 2009. ISBN: 978-972-618-557-4.
- VENANCIO, Sónia; ALMEIDA, Honorina - Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)*. Vol.80, nº.5, (Nov. 2004), p. 173-180. ISSN 0021-7557.
- WATSON, Jean<sup>a</sup> - *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar - uma teoria em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.
- WATSON, Jean<sup>b</sup> - *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-37-1.
- WIGERT, H. [et al.] - Mothers' experiences of having their newborn child in a Neonatal Intensive Care Unit. *Scand J Caring Sci*; nº20 (2006), p. 35-41.
- WIGERT, H.; BERG, M.; HELLSTRÖM, A. - Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scand J Caring Sci*; nº24; (2010), p.139-146.
- World Health Organization (WHO). *Kangaroo Mother Care: a practical guide*. Genebra: WHO. 2003. Disponível na Internet: <URL:<http://www.who.int>>.
- YOUNG, J. Gerald - Mecanismos nervosos para a adaptação na infância facilitada pelos pais. In GOMES-PEDRO, João [et al.] - *A criança e a família no século XXI*. 1ª ed. Lisboa: Dinalivro, 2005, p. 285-373.
- ZAVASCHI, M. L. [et al.] A reacção da criança e do adolescente à doença e à morte. *Bioética*. Vol. 1, nº 2 (1993).
- ZELKOWITZ, Phyllis [et al.] - Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development* [Em linha]. V. 85, nº.1 (2009) p. 51 - 58 [Consult. 14 Jun. 2012]. Disponível na Internet: [URL:http://www.sciencedirect.com/.../S0378378208001229](http://www.sciencedirect.com/.../S0378378208001229).

## ANEXOS

---



# ANEXO I

---

Guião de entrevista



# GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA Nº _____ DATA: ____/____/____ INICIO: ____:____ FIM: _____	
INTRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
1 - Apresentação do entrevistador	Utilizar uma linguagem compreensível. Assegurar a confidencialidade de toda a informação. Validar se o participante compreendeu toda a informação.
2 - Esclarecimento sumário do estudo, tendo em conta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• o tema do estudo,</li> <li>• a finalidade do estudo,</li> <li>• os objetivos do estudo.</li> </ul>	
3 - Explicação da entrevista considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel do entrevistador,</li> <li>• A estrutura da entrevista,</li> <li>• A gravação dos dados,</li> <li>• O tratamento dos dados,</li> <li>• A confidencialidade.</li> </ul>	
4 - Solicitação e registo da autorização para a realização da entrevista e para a sua gravação.	
1º MOMENTO	OBSERVAÇÕES
<b>Objetivo:</b> Recolher informação relativa ao participante no estudo.	Recolher informação biográfica das participantes no estudo
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade</li> <li>2. Profissão</li> <li>3. Habilitações académicas;</li> <li>4. Número de gravidezes e paras anteriores;</li> <li>5. Número de filhos.</li> </ol>	
<b>Objetivo:</b> Recolher informação relativa ao RN internado na UCIN.	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexo;</li> <li>2. Idade Gestacional;</li> <li>3. Motivo de internamento do filho na UCIN;</li> <li>4. Tempo de internamento na UCIN;</li> </ol>	

2º MOMENTO	OBSERVAÇÕES
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o significado que as mães atribuem ao toque no filho internado numa UCIN.</li> <li>- Conhecer os sentimentos vivenciados pelas mães quando tocam o filho internado numa UCIN.</li> <li>- Descrever os fatores inibidores e motivadores que condicionam o toque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter postura corporal de escuta ativa;</li> <li>- Promover o desenvolvimento da resposta;</li> <li>- Dar espaço e tempo para a entrevistada refletir na resposta;</li> <li>- Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual do relato.</li> <li>- Ajudar com perguntas de continuidade se necessário</li> </ul>
Fale-me da sua experiência de tocar no seu filho quando estava na UCIN? <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que significava para si tocar no seu filho na UCIN?</li> <li>- O que sentia quando tocava o seu bebé?</li> <li>- Que importância teve para si tocar no seu filho quando ele estava na UCIN?</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais foram os seus receios/medos em tocar no seu filho na UCIN?</li> <li>- O que a ajudou a ultrapassar esses receios?</li> </ul>	
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<p><b>Objetivo:</b> Obter informação adicional importante para o estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter postura corporal de escuta ativa;</li> <li>- Dar espaço e tempo para a pessoa refletir na resposta;</li> <li>- Solicitar esclarecimentos apenas relacionados com a compreensão factual do relato.</li> <li>- Agradecer à participante no estudo pela colaboração e disponibilidade.</li> </ul>

## ANEXO II

---

Autorização da realização do estudo e colheita de dados



Exm.ª Sr.ª

Enf.ª Paula Encarnação M Lopes

Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais

**ASSUNTO:** Trabalho Académico – Mestrado - "Tocar o meu filho: experiências de mães com filhos internados numa UCIN" - N/ REF.ª 314/11(211-DEFI/300-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Paula Encarnação M Lopes.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção de Enfermagem e Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
2011/11/23  
Dr.ª SÓLIA ALLEGRO  
Presidente  
Dr. PAULO BARBOSA  
Direção Clínica  
Dr.ª ELIA GOMES  
Vogal Externa  
DR. PORTO GOMES  
Vogal Externo  
Enf.ª EDUARDO ALVES  
Enfermeiro Chefe

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



## ANEXO III

---

Informação às participantes



## INFORMAÇÃO ÀS PARTICIPANTES NO ESTUDO

“TOCAR O MEU FILHO:

EXPERIÊNCIAS DE MÃES COM FILHOS INTERNADOS NUMA UCIN”

Eu, Paula da Encarnação Meirinhos Lopes, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto vem por este meio solicitar a sua colaboração para a realização de uma entrevista inserida no decorrer de um Estudo de Investigação, que tem como objetivo conhecer as experiências das mães quando tocam o seu filho internado numa UCIN. A finalidade deste estudo visa contribuir para a apreciação da adequação das estratégias promotoras do toque numa UCIN, favorecedoras da ligação mãe-filho.

A sua colaboração é imprescindível para a concretização deste estudo, por isso solicitamos o seu consentimento para a realização desta entrevista, que será gravada em áudio. A sua participação neste estudo é voluntária e não acarreta qualquer tipo de dano para si ou para o seu filho. Garantimos a confidencialidade de toda a informação recolhida e a sua divulgação será feita apenas no meio científico e académico.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Caso seja do seu interesse receber informação sobre os resultados finais da investigação em que participa ou queira esclarecer alguma dúvida poderá solicitá-lo através do email: [paula.meirinhos@gmail.com](mailto:paula.meirinhos@gmail.com) ou através do telemóvel: 915677414.



## ANEXO IV

---

Consentimento livre e informado



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## “TOCAR O MEU FILHO: EXPERIÊNCIAS DE MÃES COM FILHOS INTERNADOS NUMA UCIN”

Investigador: Paula da Encarnação Meirinhos Lopes

Enfermeira no Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maternidade Júlio Dinis

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_  
aceito participar no trabalho de investigação com o tema “Tocar o meu filho: experiências de mães com filhos internados numa UCIN”, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidada:

- Fui informada de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a conhecer a experiência das mães quando tocam o filho internado numa UCIN.

- Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista, tendo-me sido explicado em que consiste e que será gravada em áudio.

- Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais.

- Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização.

- Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

- Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Nome do Participante no estudo

Data

Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Investigador Responsável

Data

Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ANEXO V

---

Matriz de referência da análise de conteúdo



TEMA: DEFININDO O TOCAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tocar é bom	
Tocar é sentir-se mãe	
Tocar é estranho	
Tocar é dar	Proteção
	Afeto
Tocar é receber	Alívio
	Serenidade

TEMA: PERCEBENDO A COMPLEXIDADE DO TOCAR		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA
Os medos que envolvem o tocar	Não saber que podia tocar	
	Não saber como tocar	
	Transmitir infecções	
	Destabilizar o bebê	
	Magoar o bebê	
	Fragilidade do bebê	
Os benefícios que envolvem o tocar	Tocar ajuda o filho	Acalmar
		Ter uma evolução clínica positiva
		Reconhecer os pais
	Tocar ajuda a mãe	Ultrapassar o internamento do filho
		Estimular a produção de leite
		Tomar consciência da realidade
		Estabelecer uma ligação afetiva com o filho
		Ganhar confiança em tocar
Os enfermeiros como motivadores para o tocar	Incentivam a mãe a tocar o bebê	
	Transmitem segurança e permitem a experiência	

**TEMA: PERCEBENDO OS CONTEXTOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>SUB-SUBCATEGORIA</b>
<b>Os obstáculos</b>	A realidade inesperada	
	O medo de perder o filho	
	A complexidade da fragilidade	
	A complexidade da tecnologia	
	O afastamento e a ausência	
<b>As forças</b>	A força interior que emerge de ver o filho	
	A força interior que emerge dos outros filhos	
	O apoio da família	O pai do recém-nascido
		A família alargada
O apoio dos profissionais de saúde		

## TEMA: DEFININDO O TOCAR

### Categoria: TOCAR É BOM

#### Unidades de registo

“(…) o toque, o fazer o canguru acho que é fantástico tanto para nós como para eles, o canguru, ou o pegar, o tocar(…)” (E01)

“ [o tocar], foi muito bom, um sentimento muito positivo, o calor(…)” (E02)

“E eu só de tocar nele, sinto, fico contente.” (E03)

“(…) e apesar de ser assim pequenino, foi uma sensação boa, foi uma sensação de que ele estava ali, que estava bem, pronto.” (E04)

“Para mim era bom, era um sentimento muito bom poder-lhe tocar,(…)” (E04)

“Foi bom tocar-lhe.” (E04)

“Sentia-me feliz cada vez que lhe tocava, estava sempre a tocar-lhe.” (E05)

“Quando vim a primeira vez e poder vir, tocar e vê-lo, acho que é das melhores coisas que pode haver.” (E06)

“Acho que era das melhores coisas(…) são como a primeira vez que peguei nele ao colo é das melhores coisas. É uma sensação muito boa.” (E06)

“É tão bom senti-los no colo, sentir o aconchego deles, a primeira vez que o senti, quando fiz canguru, sentir o cheiro e o toque no meu corpo, é indescritível, é das melhores coisas.” (E06)

“ (...) eu estava a tocar acho que na M. e a enfermeira disse quer pegar nela, para mim foi como se me tivesse saído o euro-milhões. E eu disse: posso? E ela disse, então porque não pode, claro que pode. Foi uma sensação de grande alegria. (E07)

“(…) e depois comecei a poder pegar nele ao colo e aí sim, deu-me aquele prazer maior de lhe tocar.” (E08)

“ [tocar] (...) foi uma experiência fantástica.” (E09)

“Sentia-me bem, sentia-me super bem, dava-me, sei lá, vontade de pegar nele, de levá-lo comigo. Já quando fiz a primeira vez canguru, adorei.” (E10)

“(…) e quando toquei, senti uma coisa maravilhosa não sei explicar, parecia que eu era a melhor mãe do mundo.” (E10)

### Categoria: TOCAR É SENTIR-SE MÃE

#### Unidades de registo

“Acho que só senti mesmo que era mãe deles, a primeira vez que eu fiz canguru, que foi quando eu os pude mesmo tocar.” (E01)

“(…) mas agora o toque é fantástico, uma pessoa quando os toca é aí que uma pessoa apercebe-se realmente que são nossos e que não quer que nada aconteça (...)” (E01)

“Porque é essas pequenas coisas que nos faz fazer a diferença, o acordar de manhã ter de me despachar rápido para ir dar banho ao M., para poder chegar aqui a horas e às 3 horas ter que lhe dar o peitinho ao R. É isso que me faz sentir

mãe, apesar de eles não estarem em casa.” (E01)

“E eu acho que o toque mesmo foi ter a noção que era mãe, que já tinha sido mãe. E que ele agora estava cá fora e que realmente era o meu filho porque acho que até aí eu não tinha a real noção que era mãe”. (E02)

“(…) porque nós gostamos de tocar nos nossos bebés, são nossos filhos.” (E03)

“Senti... para já é o primeiro filho, não é?... é aquela sensação, aquilo é nosso...(E04)

“(…)a partir do momento que comecei a tocar-lhe, comecei a senti-lo como meu filho.” (E04)

“(…) é uma parte de mim, é o meu filho... estava sempre mortinha por pegar nele” (E05)

“(…) foi a sensação que ela era minha, só naquele momento é que eu disse: ela é mesmo minha, ela está nos meus braços, agora sim ela é minha.” (E07)

“(…) então quando ma deram para os braços, aí sim, foi a primeira sensação que era minha, que era a minha bebé.” (E07)

“(…) estou a pisar o meu território, ela é minha,(…)” (E07)

“Foi o primeiro contacto com ele, foi a primeira vez que o vi e que o toquei, foi aí que verdadeiramente me senti mãe e que senti que ele era meu filho” (E08)

“(…) acho que a partir do momento em que soube que estava grávida e soube que eram meninas, eram as minhas meninas para todos e para tudo quanto é sítio, mas poder vê-las e tocá-las é outra coisa.” (E09)

“O tocar nelas, lá está, é como se materializasse aquilo tudo que eu tinha idealizado [ser mãe].” (E09)

“Sei lá, sentia-me bem a tocar nele, era algo que me pertencia... que o bebé era meu, sentia-me mãe (…)” (E10)

“Só de o sentir no meu colo, pele a pele, não sei, dava-me vontade de lhe dar um abraço grande, de sentir que era meu e que ele estava ali.” (E10)

### **Categoria: TOCAR É ESTRANHO**

#### **Unidades de registo**

“Mas o tocar, foi... sei lá, foi estranho(…)” (E02)

“Foi complicado. É assim, porque eu gostava de tocar e sentia-me bem ao tocar, mas mexer e manipular(…)” (E03)

“(…) [O tocar] foi uma sensação muito estranha.” (E07)

“(…) uma ansiedade, não sei explicar(…)” (E10)

### **Categoria: TOCAR É DAR**

#### **Subcategoria: PROTEÇÃO**

#### **Unidades de registo**

“Mas acho que ao tocar, que é pelo menos tentar passar um bocadinho de energia positiva, que às vezes é difícil porque nós estamos cá fora quase a chorar.” (E02)

“(…) e que pelo menos o tocar é um bocadinho da proteção que nós lhe podemos

dar (...)” (E02)

“E é difícil, passar essa energia positiva, mas pelo menos tentar que ele sinta que tem ali a mão da mãe, a mão do pai e que estamos ali para o proteger e para ajudar a avançar na tarefa que ele vai ter, não é? Que é difícil, nesta luta que ele vai ter, porque eles são uns heróis.” (E02)

“Depois de ele ter nascido prematuro, sinto uma ligação mais forte com este, mais próxima, de proteção, sim sinto que tenho de o proteger.” (E03)

**Categoria: TOCAR É DAR**

**Subcategoria: AFETO**

**UNIDADES DE REGISTO**

“Custou muito estar aqui, mas pronto o tocar... a sensação era ótima, era sentir que podia também contribuir com o afeto.” (E08)

“É uma sensação ótima, de poder dar-lhe algum carinho naquele momento.” (E06)

“(…) [o toque] acho que contribui muito para que ele se sentisse mais, não sei, acarinhado, os carinhos fazem bem a toda a gente, e ainda mais a um bebé prematuro.” (E04)

**Categoria: TOCAR É RECEBER**

**Subcategoria: ALIVIO**

**Unidades de registo**

“(…) mas foi uma sensação de grande alívio poder sentir o calor delas.” (E07)

“Sentia um alívio grande... por estar a tocar nele, por senti-lo(…)” (E10).

**Categoria: TOCAR É RECEBER**

**Subcategoria: SERENIDADE**

**Unidades de registo**

“(…) acalmava-me quando tocava nele. Tanto é que eu vinha sempre ansiosa, ao chegar aqui de manhã, só para lhe tocar(…)” (E04)

“Uma pessoa sente-se com mais paz, é aquela sensação de querer voltar a estar com ele.” (E06)

“O senti-lo conforta-nos. Eu estava internada aqui neste hospital, nesta maternidade, mas a hora de vir, de lhe tocar, de sentir que ele estava vivo, sentir que ele estava ali, para mim era reconfortante.” (E06)

“Mas aquela sensação de conforto, (...) pela primeira vez ela está nos meus braços.” (E07)

## TEMA: PERCEBENDO A COMPLEXIDADE DO TOCAR

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: NÃO SABER QUE PODIA TOCAR**

### Unidades de registo

“E depois quando cheguei cá em baixo, o poder, eu não sabia que se podia tocar, que nos deixam, e o bebé estava em condições e nós podíamos tocar, já é uma mais-valia.” (E02)

“Aliás, quando lhe toquei a primeira vez, perguntei se podia mesmo tocar-lhe, posso mesmo tocar?(...)” (E04)

“No início, tive muito medo de lhe tocar, até tive de perguntar se lhe podia tocar (...) (E04)

“É bom para nós sabermos que lhe podemos tocar, eu tinha a ideia que ele estava ali dentro e que se calhar nós nem podíamos mexer nele, que nós não podíamos abrir as portinhas para tocar nele.” (E04)

“(…) mas inicialmente tive muito receio de lhe tocar, não sabia se podia, se lhes fazia bem,(...)” (E07)

“(…) eu não sabia sequer se lhe podia tocar, se podia estar ali a tocar nele(…)” (E08)

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: NÃO SABER COMO TOCAR**

### Unidades de registo

“(…) tenho medo de não estar a tocar bem, será que estou (...) até parece que estou a ser mãe pela primeira vez...” (E01)

“Muito medo porque a gente não sabe bem como tocar, (...)” (E09)

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TRANSMITIR INFEÇÕES**

**Unidades de registo**

“O medo era também de nós podermos ser portadores de qualquer coisa e passar, e acho que a nível do toque, um dos receios é esse.” (E02)

“Mas o grande medo era infetá-las e que elas estavam ali tão indefesas e que podiam a qualquer momento apanhar qualquer bactéria.” (E07)

“E de saber que eu lhes podia fazer mal ao mesmo tempo que lhes queria fazer bem, um miminho, podia infetá-las, esse era o meu grande receio em não tocar nelas.” (E07)

“(…) entretanto informaram-me que ele era muito pequenino e que corria mais riscos de infeção e a partir daí eu tive cuidado.” (E08)

“Ao nível das infeções, tinha medo de o infetar. (...) Tinha medo de tocar nele por causa das infeções e tinha medo, e ainda agora tenho, (...)” (E10)

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: MAGOAR O BEBÉ**

**Unidades de registo**

“Primeiro sentia medo de o aleijar, de não saber pegar nele... ainda hoje acontece com o R. (...)” (E01)

“(…) eu tinha medo que até o magoasse com o meu toque, ...” (E01)

“O ter medo que lhe fizesse mal porque ele era tão pequenino, de lhe mexer, de lhe dar algum jeito que o magoasse.” (E02)

“E eu assim, ai valha-me Deus, que eu vou deixá-lo cair... mas não naturalmente nós temos aquele instinto de proteção e lá lhe dei banhinho e correu tudo bem, não houve problemas.” (E03)

“e mesmo depois as vezes seguintes, eu tocava-lhe só com as mãos muito ao de leve.” (E04)

“(…) que achava eu que ao tocar podia estar a magoá-lo.” (E04)

“Inicialmente foi muito estranho, tinha receio de tocar, porque não sabia se as podia magoar, porque me pareciam tão indefesas, não sabia se as podia prejudicar.” (E07)

“(…) mas o toque era mais sensível, muito ao de leve, tipo para não as magoar, porque nós nunca sabemos o grau de sofrimento delas, porque às vezes só a manipulá-las, às vezes elas queixam-se, resmungam (E07).

“Eu nunca sabia qual o grau de dor delas, por isso é que era um toque sempre muito levezinho...” (E07)

“Tive medo de o magoar, (...)” (E08)

“Não sabia como lhe havia de tocar, não sabia se o podia magoar, os meus maiores receios foram mesmo esses.” (E08)

“Tive medo de o magoar, tive medo da reação dele, (...)” (E08)

“(…) porque tenho medo de pegar nele e de lhe partir sei lá algum ossinho, de magoá-lo.” (E10)

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: DESTABILIZAR O BEBÉ**

**Unidades de registo**

“(…) o receio de o ver, de o tocar... de o poder desligar de algum fio, de inconscientemente poder estar a influenciar algum sistema.” (E02)

“Foi basicamente esse receio de mexer e de poder interferir nalguma coisa.” (E02)

“Eu penso que ao mexer, pode acontecer alguma coisa e fico mais aflita e mais reticente a mexer. Mexo mais devagar e no início, às vezes até nem mexia. E o meu homem às vezes dizia, então não mexes no bebé, (...)” (E03)

“ (...) eu tive algum receio, por exemplo em termos de temperatura, porque eles são muito pequeninos, e nota-se quando chegamos a temperatura das mãos, ao lavar e depois ter algum cuidado quando se passa pelo desinfetante, porque aquilo é gelado por ter álcool.” (E06)

“(…) de saber que podiam piorar, como elas estavam ligadas às máquinas, se aquilo sei lá, se o batimento delas disparasse.” (E07)

“Toquei-lhe no bracinho com a ponta do dedo, só, e desatei a chorar. Porque tive medo, lá está, olhei para ele estava cheio de fios, cheio de agulhas, com aparelhos para respirar e tudo aquilo para mim foi um choque muito grande.” (E08)

“O não saber manuseá-las, o não saber posicioná-las, muitas vezes porque tenho a noção que o posicionamento interfere com a própria orgânica delas.” (E09)

“Por exemplo, quando ela estava infetada tive receio de mexer, para não a perturbar.” (E09)

“Mas tinha esse receio, estando ela infetada, mais cansadita, então não queria estar a perturbá-la. Era mais por ela do que por mim.” (E09)

**Categoria: OS MEDOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: FRAGILIDADE DO BEBÉ**

**Unidades de registo**

“Agora quando os toquei (sorriu), aí... foi diferente, não é igual do que ter um filho de termo, a sensação é completamente diferente, (...)” (E01)

“Eu sabia mexer e sei mexer, mas é assim, porque já tenho um filho, mas é diferente, muito mais pequenino, e como, digamos assim, ele nasceu doente e o outro não.” (E03)

“Mas e agora como é que vai ser com este tão pequenino, dar banho outra vez, e fazer as coisas todas...” (E03)

“Não é que eu não soubesse mudar a fralda, mudei muitas vezes, mas como ele era muito pequenino, muito franzininho, aliás mais pequenino que o outro. (E03)

“(...) eu tinha uma experiência de tamanho normal, diferente, e este muito mais pequenino, ai Meu Deus vou parti-lo todo, não pode ser.” (E03)

“A primeira vez que me passaram para o colo também tive muito receio, porque ele era tão frágil e ainda é.” (E04)

“o facto de ele ser tão pequenino, poder magoá-lo, de poder prejudica-lo ao estar a tocar, porque ele tinha um ar tão frágil, tão débil,...” (E04)

“(...) mas estar na presença de um bebé pequenino foi um choque e... medo de lhe tocar.” (E04)

“Porque parecia frágil, muito, muito frágil, tive muito medo de lhe tocar”. (E04)

“É diferente! Sentia aquela necessidade de tocar, mas ele era muito, muito pequenino...” (E06)

“Tive aquela sensação que era muito levezinha, eu só dizia isto não pesa nada, são tão levezinhas, só com um braço, só com uma mão eu pego nela, (...)” (E07)

“A primeira vez que lhe toquei foi logo no primeiro dia que o vim ver, tive medo, porque ele era pequeníssimo, magrinho, pele e osso.” (E08)

“Portanto o não saber mexer isso afligia-me um pouco, talvez se fosse um bebé de termo eu me aventurasse mais, mas sendo prematuras é sempre aquele receio, é mexer mas um bocado de pé atrás.” (E09)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA O FILHO**

**Sub-Subcategoria: ACALMAR**

**Unidades de registo**

“O M. igual, por exemplo um dia ele estava muito acelerado, o R., foi o R., a nível cardíaco e o pai fez canguru e ele serenou” (E01)

“ (...) uma pessoa quando pega neles, eles adormecem logo, no colinho, no aconchego, é tudo muito importante para o crescimento do bebé seja prematuro ou não seja” (E01)

“ (...) não fazer fricções, nem nada disso, tocar-lhe assim deixava-os mais calmos.” (E04)

“E eu por acaso senti isso, cada vez que lhe punha a mão na cabecinha e assim no corpo, sentia que ele ficava mais calmo, quando ele estava mais agitado.” (E04)

“... sentia que ele relaxava muito,...” (E04)

“E acho que ele também reagia muito bem, que se acalmava [com o toque da mãe] ...” (E08)

“Mas ao fim de algum tempo, comecei a perceber que ficava calminho quando lhe tocava...” (E08)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA O FILHO**

**Sub-Subcategoria: TER UMA EVOLUÇÃO CLINICA POSITIVA**

**Unidades de registo**

“E mesmo eles, nota-se que há uma evolução. Por exemplo da primeira vez que fiz canguru, o R. que estava tão mal, comecei a fazer canguru e ele num espaço de dois dias deixou o CPAP, começou a respirar sem oxigénio.” (E01)

“Ver a evolução dele, também e ver que as coisas estavam a correr bem, acho que isso era o mais importante, é ver que havia evolução e acho que havendo evolução, o nosso receio também acaba por diminuir um bocadinho e sentir-me mais à vontade para tocar.” (E02)

“Fui sentindo que ele estava a evoluir, estava a engordar até bastante.” (E03)

“Nós damos bem conta, eu estou cá todos os dias, e dá-se bem conta que ele está a recuperar e está bastante bem. (E03)

“O toque, o facto de nós lhe tocarmos, de estarmos com ele ao colo contribuiu muito para que ele melhorasse.” (E04)

“Foi ver que elas estavam a recuperar, (...) e ver que depois apesar de serem só umas gramitas, elas começaram a engordar, a ganhar peso, a serem mais autónomas, isso fez-me ter ainda mais força. E mais iniciativa para tocar, e não haver tipo, mais aquela repulsa em tocar, mas haver aquela vontade em querer tocar mais, em estar com elas e tê-las mesmo ao pé de mim.” (E07)

“(...) mas o tocar foi uma grande ajuda, principalmente quando comecei a pegar nele ao colo, fazer o canguru. Acho que ele evolui a partir daí ... (E08)

“Acho que ele, a partir daí também começou a fortalecer e a melhorar, parece-me, não sei se será ou não, mas parece-me.” (E08)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA O FILHO**

**Sub-Subcategoria: RECONHECER OS PAIS**

**Unidades de registo**

“Para já é essencial que eles conheçam o pai e a mãe pelo toque, acho eu que eles devem sentir quem é o pai e quem é a mãe.” (E04)

“Sentir que ele ali, nos sente a nós e que nos fica a conhecer, acho eu, pelo toque e pelo cheiro...” (E04)

“Porque ele conhece-nos, eu noto perfeitamente, quase desde os primeiros dias que ele nos conhece, quando nós chamamos por ele, não é só pelo nome, o chamarmos... (E06)

“Ele agora conhece o meu marido só por um movimento que ele faz, ele conhece, abre os olhos e faz uma expressão diferente que ele tem a nível do olhar e das sobrancelhas à voz que conhece e não conhece”. (E06)

“Foi muito importante, só o olhar dele, muitas vezes o senti-lo, o chamá-lo, o tocar-lhe e eu sentir que ele me conhece, foi muito bom.” (E06)

“...e acho que percebia que era eu. Sim, saber que ao tocar ele sabia que eu estava ali... que ele me reconheceu.” (E08)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA A MÃE**

**Sub-Subcategoria: ULTRAPASSAR O INTERNAMENTO DO FILHO**

**Unidades de registo**

“Pronto agora as coisas estão a concretizar-se um bocadinho, acho que se não fosse este toque, se não fosse o pegar que nós íamos abaixo com muito mais facilidade.” (E02)

“Acho que não aguentava estarmos num papel tão passivo, o nosso papel é muito passivo, mas se não houvesse esta interação, que iria ser muito mas doloroso para nós.” (E02)

“(...) o toque é fundamental para nós conseguirmos ultrapassar esta fase que não é fácil, nem ninguém está à espera que nos aconteça, nós pensamos sempre que as coisas só acontecem aos outros.” (E02)

“Mas a partir do momento, que toquei nelas e que eu vi que elas estavam a lutar pela vida, para sobreviver, percebi que não podia ir abaixo, por isso deu-me mais força. (E07)

“O tocar nelas, o sentir o calor delas, não sei explicar, houve ali qualquer coisa de

mãe para filho, que disse para eu ter força para lutar. Porque uma pessoa vai abaixo, muito abaixo...” (E07)  
“Ajuda porque sentimos o calor deles, sentimos a respiração deles, e dá-nos ainda mais força para dizermos isto é um dia de cada vez e isto vai passar. Nós vamos lutar e isso dá-nos ainda muito mais força.” (E07)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA A MÃE**

**Sub-Subcategoria: ESTIMULAR A PRODUÇÃO DE LEITE**

**Unidades de registo**

“ (...) eu depois comecei a tocar o bebé e sentia que já estava... que qualquer coisa já estava a começar. Pronto foi bastante diferente, porque não foi logo a subida de leite e mesmo agora sinto que à medida que vou tocando mais no bebé sinto que tenho mais leite.” (E03)

“... acho que se não tivesse podido tocar no meu bebé a esta hora não tinha leite.” (E03)

“ Uma coisa que nós notamos e acho que é transversal a todas as mães é quando a gente agarra o nosso bebé, sente, não só uma emoção muita grande, mas a nível hormonal há uma maior produção de leite, a gente sente o peito mais sensível.” (E09)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA A MÃE**

**Sub-Subcategoria: TOMAR CONSCIÊNCIA DA REALIDADE**

**Unidades de registo**

“ (...) mas depois com o passar dos dias, foi o tomar consciência e o toque realmente, foi quando tive a real noção do que estava a acontecer”. (E02)

“ (...) porque acho que o pegar foi quando caí na realidade porque até aí parecia que não estava a viver na realidade, parecia um sonho, eu às vezes pensava isto é um pesadelo, isto não me está a acontecer, eu vou acordar e isto não aconteceu.” (E02)

“ (...) e foi a primeira vez que eu fiz canguru foi quando senti o calor, os pezinhos a mexer, foi aí que tive a real noção do que aconteceu. (E02)

“E, que realmente, estava ali, que era o meu filho, que ele existia, apesar de ser tão pequenino, mas que mexia, que chorava, que era um bebé.” (E02)

“ (...) acho que o toque é nós termos a consciência que ele agora está cá fora” (E02)

“ (...) porque tocar, disso não tive receio, foi aquela imagem de o ver a primeira vez, só, por ser pequeno e aquela sensação de ser uma coisa minúscula, ele só media 31 cm. Eu sabia que existia, mas o ver é muito complicado e sendo o meu

filho principalmente, porque se não fosse acho que nunca reagiria da forma como reagi.” (E06)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA A MÃE**

**Sub-Subcategoria: ESTABELECER UMA LIGAÇÃO AFETIVA COM O FILHO**

**Unidades de registo**

“Mas o fato de sabermos que podemos tocar-lhe, dá-nos mais proximidade, maior ligação com o bebé.” (E04)

“Essa era a parte que me sentia mais próxima, (...) sentia uma maior proximidade quando ele ficava colado ao meu peito.” (E04)

“Acho que se criou assim muita proximidade,...” (E04)

“Pelo menos para mim o melhor foi poder tocar-lhe logo, inicialmente para sentir que ele era meu, criar ali uma ligação, ele sentir que estava a mãe perto.” (E06)

“Foi ótimo, é aquela ligação mãe-filho, que num parto normal, eles vêm logo para a nossa beira e há logo aquela ligação, ali não, ali tiraram-nas de mim e só basicamente no dia seguinte é que pude vê-las e tocar, (...)” (E07)

“Porque no fundo quando lhe tocava estava a transmitir-lhe que estava ali, de alguma forma estava-lhe a transmitir que estava ali.” (E08)

“ [o toque] Criou um laço entre nós.” (E08)

“Acho que fiquei a conhecê-las melhor, acho que o facto de lhes tocar deu-me muita informação para mim sobre elas. (E09)

“Pelo toque eu consigo ver se elas estão bem ou mal, já consigo perceber mais ou menos como elas estão, se elas estão irritadiças se não.” (E09)

“Criou um vínculo com elas, apesar de eu já as sentir a mexer, já falava com elas, já fazia umas festinhas, não é a mesma coisa, mas sem dúvida o toque é o fomentar do vínculo...” (E09)

**Categoria: OS BENEFÍCIOS QUE ENVOLVEM O TOCAR**

**Subcategoria: TOCAR AJUDA A MÃE**

**Sub-Subcategoria: GANHAR CONFIANÇA EM TOCAR**

**Unidades de registo**

“ (...) e depois também o tempo e nós começarmos a habituar e percebermos o que é e o que as coisas fazem e até que ponto é que nós podemos fazer ou mexer e que não se prejudica.” (E02)

“Pronto e fui tentando, estar assim mais descontraída, porque eu estava assim um bocado retraída, se calhar era por isso e agora pensando, certamente deveria ser por isso, porque estava retraída, com medo, fui-me soltando mais.” (E03)

“E eu assim, não estou a perceber, porque é que eu tenho receio de tocar no meu, de pegar no meu que até ele é maior que os outros, (...) Não pode ser, tenho que

ganhar mais confiança, isto não pode ser assim.” (E03)

“Mas agora já estou mais à vontade para tocar, e já mudo fraldas e já não tenho aquela coisa... de mexer nele à vontade, sem ter medo de prejudicá-lo.” (E04)

“Mas com o passar do tempo, acho que agora, já consigo tocar, já me ajeto melhor, por assim dizer...” (E09)

### **Categoria: OS ENFERMEIROS COMO MOTIVADORES PARA O TOCAR**

#### **Sub-categoria: INCENTIVAM A MÃE A TOCAR O BEBÉ**

##### **Unidades de registo**

“Eu acho que vocês incentivam o toque, ...”(E02)

“ (...) quando as enfermeiras me diziam se queria pegar nele, era a melhor coisa que me podiam dizer, estava sempre disponível para pegar nele ao colo.” (E04)

“ (...) e não conseguir tocar-lhe, ou não conseguir fazer-lhe nada ou dizerem não, não se pode tocar, acho que isso ia ser muito mau para uma mãe.” (E06)

“Se vocês não dessem a oportunidade, eu podia estar a ver, mas se por qualquer motivo não pudesse manipular, tocar... aí eu acho que tinha entrado em parafuso, tinha ficado maluca.” (E03)

“Aquele à vontade com que nos põem, mas então não quer, não quer fazer, não quer mudar, acho que isso é muito bom”. (E06)

“O à vontade com que vocês nos colocam, ao invés de dizer não pode fazer, é diferente.” (E06)

“O estar a aprender a mudar-lhe a fralda, tocar-lhe, acho que é muito bom, as pessoas poderem fazer isso, porque estar ali e não poder fazer nada, acho que é muito mau.” (E06)

“Eu sentia-me mais tranquila, quer dizer já me puxava mais a tocar nele sem medo, quando me começaram a dizer tipo: mãe quer trocar uma fraldinha, pode tocar à vontade, eles são frágeis, não são assim tão... E foi aí que eu me senti mais confiante para tocar nele sem medo...” (E10)

### **Categoria: OS ENFERMEIROS COMO MOTIVADORES PARA O TOCAR**

#### **Sub-Categoria: TRANSMITEM SEGURANÇA E PERMITEM A EXPERIÊNCIA**

##### **Unidades de registo**

“Eu acho que mesmo eles tão pequeninos e nós acharmos que, se calhar nós temos muito medo no início de tirar da incubadora, vocês tiram e quando nos dão para o colo, quer dizer é porque o bebé pode.” (E02)

“Ver vocês enfermeiros a mexer e mexiam tal e qual como eu mexia no outro, com naturalidade. E pensava, pronto... Se elas mexem é porque ele não se parte e se elas não o partem eu também não vou partir.” (E03)

“Eu via que vocês faziam tudo com naturalidade e também fui tentando agir, como tratei do outro ao tentar tratar deste e às vezes eu olhava para ele e ele estava a

rir.” (E03)

“o Enfermeiro B., (...) foi ele que foi comigo, foi ajudar. E... ele passou-me para as mãos e vá, dê-lhe banho, e eu fiquei assim, ai que a banheira é tão grande, ele vai cair... que eles não estão quietos, estão sempre a mexer.” (E03)

“O à vontade com que nos puseram, principalmente... ainda no outro dia estava a falar com a Enf.<sup>a</sup> E., que até está ali hoje, ela dizer ao meu marido não quer mudar a fralda.” (E06)

“(...) a gente vai vos vendo a mexer nelas, vocês vão-nos ensinando a mexer nelas, as posições e pronto é uma delícia...” (E09)

## TEMA: OS CONTEXTOS QUE ENVOLVEM O TOCAR

### Categoria: OS OBSTÁCULOS

#### Subcategoria: A REALIDADE INESPERADA

##### Unidades de registo

“Uma pessoa acaba de ter um filho, temos uma transformação física enorme e de repente acorda, e eu, foi uma cesariana e ainda bem porque se fosse um parto normal ainda me ia custar mais...” (E01)

“Sabia que tinha de nascer, mas foi tudo assim muito de repente, e eu não tinha a verdadeira noção do tamanho.” (E02)

“Acho que mesmo no parto, mesmo depois aqui eu não me senti mãe, porque foi tudo tão de repente, foi tudo tão repentino que eu acho que não consegui absorver a informação toda do que estava a acontecer e digerir as coisas como deviam ser.” (E02)

“ (...) não é isto com que nós sonhamos mesmo a nível da gravidez, não foi uma gravidez como eu sonhei, não foi o arranjar as coisas como eu sonhei.” (E02)

“Não sei, o facto de ter nascido tão cedo, por estar ali, por não o poder levar para casa, naquele primeiro dia foi essa a sensação que eu tive, ter que o deixar aqui todos os dias, ao final do dia.” (E04)

“Do outro foi uma gravidez até ao fim, foi totalmente diferente, fui preparada para... mas estas foram-me retiradas de mim muito cedo.” (E07)

“Uma pessoa não está à espera deste momento, eu a bem dizer esperava chegar até ao fim e ter um bebé de termo. Custou-me muito...” (E10)

### Categoria: OS OBSTÁCULOS

#### Subcategoria: O MEDO DE PERDER O FILHO

##### Unidades de registo

“ (...) a preocupação... pra já acho que a coisa que mais... nem é o amor que está mais envolvente é a preocupação do que vai acontecer daqui para a frente, será que vai sobreviver, será que não vai...” (E01)

“ (...) mas está ali uma vida e eu pensava que a ia perder e afinal não, está cá connosco.” (E05)

“Uma pessoa quando vê assim uma criança muito pequena, pensa que não vão conseguir sobreviver ...” (E05)

“ (...) é uma mistura de sentimentos, feliz por ele estar vivo, por estar a ser cuidado e por nos darem alguma esperança que ele vai conseguir sobreviver, ao mesmo tempo que nos a tiram.” (E06)

“Ansiedade, medo se ele iria sobreviver ou não. Acho que o maior medo de um pai, assim, é vir à memória ele pode falecer, pode não correr bem, pode ficar com sequelas. Para mim, o meu maior medo era esse... as sequelas, nós temos a perceção daquilo que pode acontecer.” (E06)

“E há uma sensação muito estranha, porque não sabia se elas podiam sobreviver ou não, há sempre aquele sentimento será que se vai safar, porque 30 semanas é muito pouquinho.” (E07)

“Tive medo à partida que..., foi a primeira coisa que imaginei foi que ele não resistisse, ele era muito pequenino, esteve muito mal, muito mal no início e tive sempre medo que isso acontecesse.” (E08)

### **Categoria: OS OBSTÁCULOS**

#### **Subcategoria: A COMPLEXIDADE DA FRAGILIDADE**

##### **Unidades de registo**

“Mas a fragilidade é coisa que mais impressiona, porque eles são mesmo muito pequeninos, pelo menos do M. que nasceu com um quilo e vinte e chegou às 800 gramas, (...)” (E01)

“... e depois uma pessoa quando chega à beira de uma incubadora e não vê um bebé... que não tem o tamanho de um bebé de termo, é muito complicado, não me senti logo mãe”. (E01)

“Quando desci foi muito complicado vê-lo, porque eu não tinha a noção de tão pequenino que ele era.” (E02)

“No início, a primeira vez para mim foi um choque, não sabia que podia haver bebés tão pequeninos.” (E04)

“Foi uma felicidade e ao mesmo tempo uma aflição, porque ele era muito pequenino.” (E04)

“ (...) mas nunca estive, assim, em contacto com bebés tão pequeninos, e pronto, ainda para mais é nosso.” (E06)

“Mas eu fiquei pior quando ele apanhou a infeção, porque ele era um recém-nascido muito prematuro e muito pequenino, (...)” (E06)

“Para mim foi um bocado estranho, porque nunca vi nenhum bebé dentro da incubadora, não sabia o que era um bebé dentro da incubadora, não sabia o que era um bebé prematuro...” (E07)

“... como disse ao início ele era muito frágil, era só pele e osso.” (E08)

“ (...) não estava à espera de ver um bebé tão pequenino e depois tão ligado àqueles fios, aquilo assustou-me um bocadinho.” (E10)

“... porque ele é frágil, ele é muito pequenino.” (E10)

### **Categoria: OS OBSTÁCULOS**

#### **Subcategoria: A COMPLEXIDADE DA TECNOLOGIA**

##### **Unidades de registo**

“Sei lá, eu por exemplo fazia-me confusão ver os fios todos, quando o vi pela primeira vez com o CPAP, quase me deu um ataque.” (E01)

“E um dia cheguei cá baixo à Neo e o M. estava com o que eu lhe chamo o capacete, ui! Comecei a chorar e disse coitadinho do meu menino, o meu menino está a

morrer, pensei o que é isto.” (E01)

“ (...) mas aquelas maquinetas, quando o vi a ser aspirado, também... agora não, mas senti uma aflição muita grande e vi-os a fazer ahhh, parecia que eles se iam engasgar, é difícil.” (E01)

“(...) porque vê-lo ali a ser picado, a ter que fazer isto, a ser aspirado ou pronto, a ser mexido, a fazerem as coisas que tinham de ser feitas e ele, quer dizer, aguentou.” (E02)

“Foi vê-lo na incubadora e foi complicado, (...)” (E02)

“O primeiro contacto, o olhar foi complicado, assustei-me um bocadinho, não sabia o que era o CPAP, não sabia os fios, o que queriam dizer, porque ele estava monitorizado.” (E02)

“Principalmente nos primeiros dias, que nós nos sentimos tão mal... eu já não o vi com CPAP na primeira fase, porque ele esteve muito pouco tempo, eu já não o vi assim e ele não estar com aquilo, para mim foi bom.” (E06)

“E então vê-las lá, naquela caixinha transparente, cheios de fios e cheias de tubos, é complicado.” (E07)

“(...) e principalmente a M. quando estava com o SIPAP, não conseguia olhar para a cara dela, porque aquele tubo, e apesar de saber que era para o bem dela, não conseguia, achava que era muita coisa para ela...”(E07)

## **Categoria: OS OBSTÁCULOS**

### **Subcategoria: O AFASTAMENTO E A AUSÊNCIA**

#### **Unidades de registo**

“Pra já, não me senti mãe quando os tive, porque só passado 24 horas é que pude ir vê-los...(E01)

“ (...) mas foi uma cesariana e depois uma pessoa acorda e não está ninguém ao nosso lado, os bebés não estão ao nosso lado” (E01)

“Foi estranho, porque ele saiu daqui de dentro, e eu pouco o vi, vi-o, lembro-me que a primeira reação que eu tive foi ficar muito admirada por ele ter chorado” (E02)

“ (...) e sentia a falta do outro, que eu às vezes chorava, mas sabia que este estava cuidado, mas era mais às vezes mais pela falta do outro do que por este, que eu sabia que este estava bem cuidado, mas queria estar sempre à beira deste.” (E03)

“Porque dá a sensação que ele está ali naquela caixinha e que nós não vamos sentir proximidade com ele.” (E04)

“ (...) depois sentia a falta deste e do outro filho, ao mesmo tempo. Estou a 250Km daqui...” (E05)

“Mas de resto agora, vai-se ultrapassando o dia-a-dia, é mais aquela coisa de eu ter que vir para baixo e ir e estar com o outro.” (E06)

**Categoria: As forças**

**Subcategoria: A FORÇA INTERIOR QUE EMERGE DE VER O FILHO**

**Unidades de registo**

“ (...) acho que uma pessoa tem de arranjar forças, seja onde for, são nossos filhos, eu não posso permitir ir abaixo, quando quem está a sofrer são eles, não é?” (E01)

“E eu queria chorar mas não podia, não me podia permitir de ir para a beira deles a chorar quando quem estava mesmo a sofrer eram eles, temos de ser fortes.” (E01)

“ (...) e se acontecer alguma coisa é porque tinha que ser e tentar sempre ser o mais forte possível, para também não chegar aqui e os bebés sentirem que eu não estava bem.” (E01)

“Acho que a força que ele sempre demonstrou, a força que um ser tão pequenino, tão indefeso. (...) Acho que cada conquista que ele foi fazendo, era uma conquista para nós também (...)” (E02)

“Vê-lo, muitas das vezes nós saíamos a chorar, mas realmente, quer dizer, nós somos adultos e estamos bem e ele tão pequenino consegue ultrapassar e está ali a lutar pela vida.” (E02)

“ Ao fim ao cabo, acho que foi ele que demonstrou este ultrapassar destas barreiras todas que nos ajudou também a ultrapassar as nossas, que eram diferentes das dele, mas que foi o que nos ajudou.” (E02)

“Porque via que elas estavam a lutar e inicialmente fui muito a baixo, não estava a aceitar bem o momento do parto, porque eu vim a um simples exame e dizem-me que elas têm de nascer.” (E07)

“A confiança deles e a fé que uma pessoa vai tendo, de acreditar que tudo vai correr bem e que isto vai ser ultrapassado, que ele vai ter força para lutar.” (E08)

**Categoria: AS FORÇAS**

**Subcategoria: A FORÇA INTERIOR QUE EMERGE DOS OUTROS FILHOS**

**Unidades de registo**

“E também tenho a sorte de ter um filho e agarrei-me muito ao amor que tenho pelo primeiro e tentar deixar levar as coisas da melhor maneira para tudo correr bem.” (E01)

“E foi o meu filho mais velho, chegar a casa... (...) mas aquele bocadinho com ele ali na cama, nos deixava mais... sentíamo-nos mais tranquilos...” (E01)

“E onde eu tentei arranjar forças foi no meu filho mais velho, e pensar sempre, olhe tenho ao menos, tenho aqui este filho (...)” (E01)

**Categoria: AS FORÇAS**

**Subcategoria: O APOIO DA FAMÍLIA**

**Sub-subcategoria: O PAI DO RECÉM NASCIDO**

**Unidades de registo**

“O meu marido foi sempre, está sempre muito presente, mas a coisa que mais me fez foi... mesmo dizer assim, o que tem de ser tem muita força, que é mesmo assim.” (E01)

“O meu marido estava muito tempo à minha beira, aproveitou os 20 dias de licença dele. Quando nós temos alguém ao nosso lado é muito mais fácil.” (E05)

“A confiança que as pessoas me iam transmitindo, toda a gente à volta, família, o meu marido,...” (E08)

**Categoria: AS FORÇAS**

**Subcategoria: O APOIO DA FAMÍLIA**

**Sub-subcategoria: A FAMÍLIA ALARGADA**

**Unidades de registo**

“A família foi importante, mas eu confesso que acabei por... eu deixei de estar com as pessoas, as pessoas ainda hoje, por exemplo os meus pais quando me querem ver vêm aqui. Porque eu deixei de ir, porque acabo por, pronto de manhã venho e saio daqui à noite e depois à noite também já não estou com cabeça para ir. Mas claro, o facto de eles compreenderem ajudou imenso, (...)” (E02)

“A família claro que apoiou imenso e ajuda e ajudou a ultrapassar, e está ainda a ajudar a ultrapassar esta fase.” (E02)

“E tenho também um irmão e uma irmã que me ajudam bastante, os meus pais, os meus sogros estão sempre a telefonar a ver se está tudo bem, pronto, que tenho de ter paciência que isto vai com calma.” (E03)

**Categoria: AS FORÇAS**

**Subcategoria: O APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Unidades de registo**

“E foi a enfermeira que se chegou e disse-me mãe não chore, pergunte, fale comigo pergunte-me, o que é isto, o que aconteceu, e aí é que ela explicou está a respirar sozinho...” (E01)

“Mas acho que essa explicação é fundamental para conseguir ultrapassar, depois já sabemos o que significa cada toque, o que é que cada fio quando está desligado que não há problema.” (E02)

“ Mas acima de tudo a explicação das pessoas acho que é fundamental e que ajudou na fase que ele estava.” (E02)

“Acho que a explicação das pessoas, que acho que é fundamental nos explicarem e terem a paciência, porque para vocês isto é tudo muito normal mas para nós não, um simples fio o que quer dizer.” (E02)

“Viam que estávamos, pelo menos eu com uma cara envergonhada, iam explicando alguma coisa apesar de nós não perguntarmos, iam dizendo o que estavam a fazer... (E03)

“ Eu às vezes inibia-me um bocado de perguntar e vocês diziam mãe, passa-se isto e isto e mesmo os médicos, sempre impecáveis.” (E03)

“Só me perguntaram se eu era a mãe dele, disseram-me o que se estava a passar, nos primeiros tempos foi mais complicado...” (E06)