

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



O PAI E O BEBÉ PREMATURO

Patrícia Isabel de Sousa Fernandes Carrola Rodrigues

Dissertação orientada por Prof. Dr. Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Eduardo de Sá,
Apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº
19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

AGRADECIMENTOS:

Em primeiro lugar ao meu marido por todo o apoio e ajuda dada para que eu conseguisse chegar onde cheguei, pelas palavras perfeitas ditas sempre no momento certo...;

Aos meus pais, por toda a força e disponibilidade sempre que preciso. Por tudo o que me transmitiram e educaram;

Ao meu avô por tudo o que me transmite;

Ao meu sobrinho-afilhado que apesar de não perceber o que é uma tese de mestrado, diz “boa sorte madrinha”;

À minha sogra pelo ânimo dado;

Ao meu orientador da dissertação, o Prof. Dr. Eduardo Sá, que me auxiliou sempre que precisei, pelo vasto conhecimento que me transmitiu sobre as mais diversas áreas e sobretudo me fez acreditar ser capaz;

Ao professor Pedro Martins pelo suporte dado na análise estatística;

À professora Susana Algarvio pela disponibilidade em analisar o instrumento usado neste estudo, assim como em responder a todas as questões por mim colocadas;

À Dra. Anabela Araújo Pedrosa que sendo uma das suas áreas de eleição as questões de prematuridade, me auxiliou e respondeu sempre a todas as minhas dúvidas e ideias;

À enfermeira Inês Marmelo, do Hospital de Santarém por toda a ajuda e por tudo aquilo que me ensinou sobre os prematuros. Pelo contacto directo com estes bebés e com os seus pais, que deu a este trabalho um toque especial;

Ao Hospital de Santarém pela possibilidade na recolha dos dados;

Às minhas amigas da universidade;

Aos meus colegas do local de trabalho;

A todos os que de certa forma contribuem para que eu me sinta bem, e contribuíram para a realização deste estudo um sincero muito obrigada!

RESUMO:

A adaptação à paternidade é um processo complexo que implica um conjunto de transformações no sujeito, principalmente quando se fala do nascimento de um bebé prematuro. Por parecer que o pai é muitas vezes esquecido, este estudo tem como objectivo compreender os sentimentos, as vivências, os pensamentos deste em relação ao seu bebé nascido precocemente. No total foram abordados 32 recém-pais (uma vez que o nascimento do seu filho não podia ter ocorrido há mais de dois meses), de género masculino e primíparos. Tratando-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal foi usado um questionário, criado para este mesmo trabalho, com o intuito de recolher uma vasta quantidade de informações sobre este tema até então relativamente pouco abordado. Maioritariamente os dados foram recolhidos no Hospital de Santarém, sendo que alguns pais foram contactados directamente no seu domicílio. Foi possível compreender que os sentimentos face ao nascimento do bebé prematuro para a maioria destes pais, foi bastante alegre e positivo, não desencadeando sentimentos de desilusão ou tristeza.

Palavras-chave: Paternidade, recém-nascido, prematuro, sentimentos.

Abstract

The adjustment to parenthood is a complex process involving a series of changes in the subject, especially when discussing the birth of a premature baby.

It appears that the father is often forgotten, this study is to understand the feelings, experiences, the thoughts of this in relation to your baby born prematurely. Altogether 32 were newly covered parents (since the birth of his son couldn't have occurred more than two months), from male gender and first child.

As this is an exploratory study, descriptive, cross a questionnaire was used, created for the same work in order to collect a vast amount of information on this subject until then relatively little discussed. Mostly the data were collected in the Hospital of Santarém, where some parents were contacted directly in their homes.

It was possible to understand that the feelings against the premature birth of the baby for most of these parents, was very cheerful and positive, not triggering feelings of disappointment or sadness.

Keywords: Paternity, newborn baby, premature, feelings.

I. Índice do texto

1. Introdução.....	1
1.1. A prematuridade e os bebés.....	1
Mas afinal o que é um prematuro?	2
Etiologia do parto prematuro.....	9
Particularidades da prematuridade.....	9
1.2. Alterações do papel do pai.....	13
O pai severo	13
O pai de efeito diferido.....	13
O pai condicional.....	14
Em relação ao pai de hoje.....	15
Uma nova visão das relações no seio da família	17
O pai do bebé nascido prematuramente.....	18
2. Método.....	22
2.1. Delineamento.....	22
2.2. Participantes	22
2.3. Procedimento	23
2.4. Instrumento.....	24
3. Resultados	27
4. Discussão	34

5. Conclusão	42
6. Referências	44
II. Lista de Anexos	51
Anexo A. Pedido de autorização à unidade de prematuros	52
Anexo B. Termo de consentimento informado	53
Anexo C. Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)	54
Anexo D. Instrumento	57
Anexo E. Dados de caracterização	60
Anexo F. Classificação do nível de instrução.....	61
Anexo G. Primeiras frequências obtidas	62
Anexo H. Estado civil.....	65
Anexo I. Nível de habilitações dos pais (género masculino)	66
Anexo J. Nível de habilitações das mães.....	67
Anexo K. Percentagem em relação ao sexo do bebé.....	68
Anexo L. Frequência das variáveis.....	69
Anexo M. Output PRIMEIRA VISITA em relação ao sexo do bebé	83

Anexo N. Output DESENVOLVIMENTO FUTURO DO BEBÉ e sexo do bebê ...	84
Anexo O. Output item CARÍCIA e sexo do bebê	85
Anexo P. Output DESOCIAL e o sexo do bebê.....	86
Anexo Q. Output VONTDPAI em relação ao sexo do bebê.....	87
Anexo R. Output ALEGRIA e VONTADE SER PAI	88
Anexo S. Output relação entre itens PRIMEIRA VISITA e SENTIMENTOS	89
Anexo T. Output ESTAR COM O BEBÉ e SENTIR EMOCIONALMENTE.....	90
Anexo U. Output SENTIR EMOCIONALMENTE e CARÍCIA	91

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva em relação aos dados demográficos	29
--	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. A prematuridade e os bebês

Quando se fala em prematuridade associa-se de imediato a uma situação de risco à sobrevivência da criança, ao seu desenvolvimento e mais tarde na sua interação com o meio (Vidigal, Pires & Matos, 2001).

O bebê ao nascer prematuramente é “obrigado” por vezes a ficar ao cuidado da Unidade de Neonatologia. A Neonatologia vem do latim - *ne(o)* que significa novo, *nat(o)* nascimento e *logia* que significa estudo – e é o ramo da Pediatria que se ocupa dos cuidados a prestar aos recém-nascidos e do tratamento das suas doenças. Os problemas podem ser associados desde a prematuridade até a situações de risco para toda a vida.

Pierre Budin, obstetra de origem francesa é considerado o pai da Neonatologia, foi o primeiro, em 1892, a classificar as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional (Rodrigues & Oliveira, 2004). Pierre Budin foi aluno de Stephane Tarnier, que sendo também obstetra, no final do século XIX e início do século XX, já tinham como preocupação o controle térmico, a prevenção de infecções e a nutrição nos recém-nascidos prematuros (Martinez, 2004).

Nas situações de nascimento prematuro, o recém-nascido pode ficar internado na Unidade de Cuidados Intensivos que surgiram em Chicago, no ano de 1914, pelos médicos Julius Hess e Evelyn Lundeen.

Em 1924 o pediatra Albert Peiper (Silva, 2007) interessou-se pela maturação neurológica dos prematuros e, por volta de 1940 foram unificados os critérios para cuidar do recém-nascido prematuro. Foram também inventadas as incubadoras para que se pudesse controlar a temperatura desses bebês, uma vez que muitos deles sofrem de insuficiência no controlo da temperatura corporal, podendo muitas vezes entrar em hipotermia.

Na década de 70 houve progressos importantes na nutrição, alimentação por sondas e, tornou-se rotina o uso de cateteres umbilicais. Uma das mudanças mais importantes na Neonatologia foi a atenção intensiva para o recém-nascido prematuro e a vigilância dos problemas respiratórios, através do uso da ventilação mecânica.

A neonatologia, segundo Silva (2007) tem vindo a avançar bastante nos últimos tempos e através de um melhor conhecimento da fisiologia respiratória neonatal, foram

melhorados os resultados da assistência respiratória mecânica, sendo de destacar também o uso de surfactante exógeno como um rápido e intenso tratamento a nível do pulmão, quando existe falência respiratória (Rebello, Proença, Troster & Jobe, 2002). Estudos mostraram ainda que há melhorias quanto às trocas gasosas e, na mecânica pulmonar, diminuindo desta forma a mortalidade neonatal, (Miyoshi, Guinsburg, Kopelman, Rodrigues & Kantorowitz, 1999) com as contribuições de autores como Downes, Anderson, Silverman, Gregory e Fujiwara.

Com estes notáveis progressos, os índices de mortalidade e de morbidade têm vindo a descer, quer pela maior atenção dada ao recém-nascido, assim como nos equipamentos mais sofisticados, equipa médica, fármacos, entre outros. Actualmente, segundo a Sessão de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Silva, 2007) as crianças que nascem antes das 28 semanas têm uma sobrevivência de 70 %, e dos que nascem antes das 30 semanas, 80 % não têm problemas de desenvolvimento.

Mas, afinal o que é um prematuro?

A palavra prematuro vem do latino *praematurus*, de *prae* (antes) e *maturus* (maduro) (Silva, 2007).

Se a duração normal de uma gravidez é de 37 a 42 semanas, considera-se então prematuro ou pré-termo o bebé cujo nascimento ocorra antes das 37 semanas de gestação (Basegio, cit. por Acioly, 2003; Bloch, Lequien & Provasi, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) há duas classes de extrema importância, que devem ser empregues aos recém-nascidos para se identificar no que refere às condições físicas e mesmo de maturação, são elas o tempo de gestação e, o peso ao nascer.

Em relação à idade gestacional, os recém-nascidos podem ser classificados em prematuros moderados, se apresentam idade gestacional entre trinta e uma e trinta e seis semanas, ou prematuros extremos quando apresentam idade entre vinte e quatro e trinta semanas. Por último mas não menos importante pode classificar-se também em prematuro limítrofe, com idade gestacional entre as trinta e sete e trinta e oito semanas, e peso superior a dois quilos e quinhentos gramas, embora com imaturidade funcional, cujas alterações fisiológicas incluem dificuldades na regulação térmica e na sucção (Benzecry, Oliveira e Lemgruber, cit. por Acioly, 2003).

Para Bloch et al. (2006), segundo os resultados registados pela maioria das equipas do mundo industrializado, distinguem-se actualmente os quatro níveis seguintes: a fraca prematuridade entre 33 e 34 semanas, a grande prematuridade entre 29 e 32 semanas, a

extrema prematuridade entre 26 e 28 semanas e, os prematuríssimos quando nascem entre o período de 22 a 25 semanas. Relativamente ao peso, para os mesmos autores, consideram abaixo de 1500 g baixo peso à nascença e se inferior a 1000g muito baixo peso.

Também Beckwith e Rodning cit. por Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez e Jorge (2007) sugerem uma subdivisão relativamente a bebés nascidos de pré-termo com peso inferior a 2500 gramas denominados por recém-nascidos de baixo peso, designam-se ainda recém-nascidos de muito baixo peso, aquando peso inferior a 1500 gramas e, se peso for inferior a 1000 gramas são considerados recém-nascidos de extremo baixo peso (Browne, 2003).

Como foi referido anteriormente, recém-nascidos de pré-termo, na sua grande maioria caracterizam-se pela necessidade de cuidados especializados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quase sempre devido à imaturidade fisiológica que apresentam, à necessidade de suporte respiratório, são mais vulneráveis a infecções, a perturbações neurológicas como as convulsões, a displasia espástica, a hidrocefalia, a paralisia cerebral, necessidade de reforços para manter o equilíbrio térmico e nutricional, etc. (Eckerman, Sturm e Gross, cit. por Barros, 2001).

A título de curiosidade e regra geral, as trocas térmicas dependem de quatro mecanismos (Bloch et al., 2006), sendo eles: a condução (é uma transmissão directa de energia assegurada por um colchão aquecido, colocado em contacto com a pele do bebé, lutando desta forma contra a hipotermia), a convecção (tratando-se basicamente de um fluxo de ar previamente aquecido e humidificado que circula de uma extremidade à outra da incubadora que «varre» a superfície cutânea exposta, aquecendo-a ou refrescando-a), a radiação (que consiste na emissão pela superfície corporal de partículas carregadas de energia), e por último mas não menos importante, o mecanismo de evaporação (trata-se de um processo activo, consumidor de energia).

Sobre a nutrição, a investigação é inspirada por um objectivo que é assegurar um crescimento tão próximo quanto possível daquele que conhece o feto se ainda estivesse no útero materno, de idade gestacional igual. As vias podem ser digestiva ou venosa, sendo a primeira a mais fisiológica que implica motricidade, do esófago até ao recto, suficientemente eficaz para fazer progredir regularmente o bolo alimentar. Quanto à via venosa, é indispensável durante pelo menos os primeiros dias no caso de grandes prematuros. Os cateteres actuais, são suficientemente finos para serem introduzidos através de uma agulha inserida numa veia periférica e podem ser deixados inseridos durante várias semanas. Por via venosa, trata-se de soluções de glucose, de lípidos, de aminoácidos, de sais minerais, de nutrientes, etc. É

necessário ter em consideração a quantidade de volume de líquidos injectados que deve permanecer compatível com a capacidade do rim em produzir urina.

Entre as perturbações mais frequentes nos prematuros, estão também as deficiências auditivas e visuais, as primeiras ligadas ao facto de o prematuro estar, por vezes, numa incubadora, privado de ter acesso directo aos sons, porque enquanto o bebé dito “normal” ouve sons como passos de pessoas, uma porta a bater e consegue associar essas percepções, no prematuro torna-se mais difícil, senão impossível. Relativamente à visão no prematuro foi possível constatar, através de uma série de pesquisas conduzidas junto de prematuros (Fuenmajor e Bloch, cit. por Bloch et al., 2006) que no seguimento de um móbil em translação horizontal lenta o seguimento ocular ocorreu intermitentemente, por puxões, tal como nos bebés nascidos de termo mas, o que torna deficitário este sistema nos prematuros é a regulação do reflexo vestibulo-ocular que, quando o olho atinge a extremidade da órbita, o reenvia na direcção oposta, mas com imperfeições, criando obstáculo à manutenção de um ponto de fixação podendo deste modo retardar a conquista de um seguimento suave e contínuo, prejudicando na percepção perfeita das formas.

Apesar de o peso e a idade gestacional serem factores muito importantes, a sobrevivência da criança prematura depende também de inúmeras complicações que possam surgir durante o internamento (Mazet & Stoleru, cit. por Vidigal et al., 2001).

Estudos retrospectivos acerca da trajectória de desenvolvimento destas crianças revelam que, em primeiro lugar crianças nascidas prematuramente constituem um grupo de alto risco no que toca a problemas de desenvolvimento psicológico (Novello, Degraw & Kleinnan; Waber & McCornick; Werner cit. por Linhares et al., 2007). Em segundo lugar, problemas apresentados ao longo do curso do desenvolvimento podem estar comprometidos nas áreas de crescimento físico (Werner cit. por Linhares et al., 2007), cognitivas (Bradley & cols.; Dammann & cols.; Smedler, Faxelius, Bremme & Lagerstrom,; Waber & McCornick, cit. por Linhares et al., 2007), de aprendizagem (Hack & cols.; Ross, Lipper & Auld; Taylor, Hack, Klein & Schatschneider, cit. por Linhares et al., 2007) e comportamentais (Bradley & Casey; Brandt, Magyary, Harnmond & Barnard cit. por Linhares et al., 2007).

Por tudo isto é cada vez mais importante implementar a ideia de que o papel das estimulações precoces nestes bebés prematuros é fulcral, pois um princípio de todos os programas de estimulação é que a criança só se desenvolve em contacto com os outros, com as experiências do meio envolvente, que quanto mais este for rico e adaptado às necessidades da criança, mais esta se desenvolve harmoniosamente a nível motor, cognitivo e como bom resultado disso tem-se por exemplo a capacidade de aprendizagem da língua materna. Por

outro lado é necessário também ter em consideração o excesso de estimulação que pode tornar-se, tal como a ausência desta, bastante prejudicial para o bom desenvolvimento da criança. Nalguns casos, os pais face a alegria da alta do seu bebé do hospital para casa, pode levá-los a pensar que o bebé está apto para tudo e que agora chegou a altura de compensar e fazer tudo o que não fizeram até aqui, mas na realidade, apesar dessa alta hospitalar, o bebé não deixa de ser considerado como um bebé que nasceu prematuramente e que por isso necessita ainda de alguns cuidados.

Até que a alta hospitalar seja concedida ao bebé, na maioria das vezes, este encontra-se, como referido anteriormente aos cuidados de uma Unidade de Neonatologia. Quando se fala ou visita uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN) de qualquer hospital, não se fica indiferente a toda a “agitação” aí sentida.

Trata-se de um serviço altamente especializado, com uma equipa de profissionais diversificada, apoiados por um conjunto de aparelhos, medicamentos, procedimentos, de modo a aumentar a possibilidade de sobrevivência e bem-estar destes bebés prematuros.

As primeiras visitas dos pais à UCIN podem desencadear choque, sofrimento, tristeza, ser assustador até mesmo frustrante.

Tronchin e Tsunehiro (2006), num estudo feito com pais de prematuros, descrevem o choque sentido na primeira visita ao filho internado na UCIN, pois poderão encontrar na grande maioria, o seu bebé na incubadora, rodeado de tubos, máquinas e aparelhos que emitem por vezes sons estranhos. Comprova-se pelo relato de um pai que descreve «...estava ligada a um monte de fios...». Neste primeiro momento o pai constata de facto a realidade, perante o aparato tecnológico disponível para manter a vida do seu bebé, com os profissionais de saúde e com a aparência do bebé: «Outra coisa que é muito ruim, é o momento da primeira visita... Não tinha ideia do que era e do que encontraria... Não é fácil suportar... Eu com medo de até pôr a mão no corpinho dela...».

Segundo Guimarães (2007), “há situações em que os pais têm alguma dificuldade em aceitar o seu bebé prematuro, pois ele não corresponde ao seu sonho, não é o que eles estavam à espera”.

Apesar de as UCIN terem um aspecto artificial que torna ainda mais difícil de suportar, a maioria dos bebés e famílias que por ali passa são capazes de se adaptar e compensar o necessário para proporcionar um desenvolvimento mais adequado possível e, ilustram uma clara capacidade de resiliência humana.

A população da UCIN é constituída por todos os bebés que à nascença apresentem algum risco de vida, doença ou perturbação grave e, o tempo de permanência nesta unidade

depende dos cuidados e medidas terapêuticas a que estão sujeitos. Podem permanecer vários meses à mercê de cuidados muito intrusivos e intensivos ou apenas permanecer por um breve período, numa sala de cuidados intermediários sendo sujeitos a medidas terapêuticas menos agressivas.

O importante é que todos os bebés estão cuidadosamente monitorizados e vigiados até ao momento da alta hospitalar e após este momento estão aptos para uma segunda etapa, a vida em casa com a sua família.

O bebé prematuro é um bebé paradoxal, pois ao mesmo tempo que é frágil e tem de ser hospitalizado por vezes durante várias semanas dependente de técnicas sofisticadas, ele é também resistente pois sobrevive a um nascimento catastrófico, suporta cuidados médicos e técnicas “agressivas” (Pavoine, Azémar, Rajon & Raynaud, 2004), desde a picada, feita a maior parte das vezes no calcanhar, às intervenções cirúrgicas, etc. (Bloch et al., 2006).

Felizmente, nos dias de hoje, à falta de poder do próprio prematuro evitar toda a sensação dolorosa, é possível usar técnicas como atrair a atenção do bebé para aspectos agradáveis e tranquilizadores, a presença próxima de um adulto encarregue dos cuidados, as carícias ou até mesmo a audição de uma melodia suave. Foi possível verificar nalguns estudos (Burke, Walsh, Oehler & Gingras,; Caine; Cassidy & Standley, cit. por Bloch et al., 2006) que a música parece ter efeitos significativos sobre o desenvolvimento destes bebés, por exemplo aumentaria o nível geral de vigília calma, aumentaria o raciocínio temporal e espacial, entre outros.

Também as carícias, as massagens parecem ser um excelente meio para acalmar a agitação do bebé conseguindo por isso aumento de peso e por consequente a alta hospitalar mais cedo que o previsto (Field,; Vickers, Ohlsson, Lacy & Horsley, cit. por Bloch et al., 2006).

De acordo com alguns estudos, o fenómeno de depressão pós-parto é mais visível e frequente de ocorrer em mães de bebés prematuros, que em mães de bebés de termo (Hummel, 2003) e, o facto de um bebé prematuro ter uma mãe com depressão faz com que esse mesmo bebé tenha mais dificuldades em dormir, mostrando menos expressões faciais e de vocalização.

Nestes casos de nascimento de um bebé prematuro, estes pais mais ansiosos (Papalia, Olds & Feldman, 2001) com a saúde do seu bebé e com o medo que este possa morrer, podem sentir-se desconfortáveis e abster-se de lhe tocar. O que é mais difícil de gerir para os pais é, sem contestação, a alteração do seu papel, o sentimento de serem incompetentes para cuidar do próprio filho. Desta forma é cada vez mais importante a interacção com todo o pessoal da

equipa médica que através da troca de informações podem tranquilizar e trazer alívio, de certo modo, para uns pais bastante assustados e fragilizados com toda esta situação, desmistificando grande parte das vezes erradas ideias sobre o bebé prematuro (Hummel, 2003) e a forma de lidar com ele. Ainda segundo relatos conseguidos pelo estudo realizado pelos autores Tronchin e Tsunehiro (2006): «O pessoal da enfermaria falava para mim, não vou esquecer nunca... Pai, pega nele, pode conversar, ele entende tudo... E eu passei a acreditar nisso».

Segundo Pereira (1998), o médico tem uma função de extrema importância, pois é ele que dá desde logo a notícia à mãe sobre a possível prematuridade do seu bebé e deve esse usar palavras encorajadoras, caso contrário pode antecipar na mãe o luto face ao bebé.

Ainda no que toca às questões da importância em “preparar” estes pais ao seu bebé nascido prematuramente, Valansi e Morsch (2004) procuraram estabelecer algumas propostas de intervenção por parte do psicólogo, sendo elas: ajudar os pais a falar sobre os seus sentimentos face a esse nascimento precoce, ajudar na comunicação entre pais-bebé, ajudar a mãe a olhar para o seu bebé como um outro e não como parte integrante de si (facilitando desta forma ao investimento como um sujeito), estimular a presença dos avós do bebé, pois segundo Braga (citado por Valansi, & Morsch, 2004) a actualização dos vínculos familiares e a evocação de cuidados recebidos na infância passada são fulcrais para que possam assumir verdadeiramente o papel de pais e inserir o bebé na rede familiar. É importante também trabalhar as possíveis perdas, quer sejam reais (morte) ou ocorridas no imaginário, isto é, segundo Stern (citado por Valansi, & Morsch, 2004), à medida que o feto cresce no útero materno, a mãe desenvolve representações mentais acerca desse bebé. Todas essas representações são responsáveis pelo trabalho de construção do bebé a nível biológico e psíquico, fazendo parte na formação do bebé, designado por Lebovici (citado por Valansi, & Morsch, 2004) de imaginado, precedido pelo bebé fantasmático e pelo bebé imaginário.

O bebé fantasmático é o primeiro a acontecer, tem início quando a mãe era ainda criança, sujeita aos cuidados maternos, prosseguindo na infância com as brincadeiras que realizava com as bonecas, passando para a adolescência com fantasias de ser mãe.

Quanto ao bebé imaginário, tem início no momento que a mãe sabe da gravidez, mesmo que não seja conscientemente, e permanece com as suas fantasias face a este novo ser que surge no seu próprio corpo.

Dada a configuração biológica deste bebé nascido prematuramente, os sentimentos e representações provocados nos pais, irmãos e avós são alterados, originando desta forma o bebé imaginado.

Ainda segundo Fowlie e McHaffie (2004) as fontes de stress vividas pelos pais destes bebés estão relacionadas com a separação a este, com o ambiente “hostil” das UCIN, as incertezas, possíveis problemas de saúde materna, a aparência e condição do bebé.

O bebé prematuro está desde logo distante do “normal”, pois apresenta-se magro, de aparência frágil e pouco atraente. Para além disso, o modo de funcionamento de cada prematuro pode ir desde a enorme reactividade e vulnerabilidade a estímulos internos e externos, até à extrema letargia e ausência de resposta a qualquer estimulação (Seabra, 1993).

Estes recém-nascidos prematuros distinguem-se dos de termo pelas suas diferenças físicas, nos padrões de choro, sono/alerta, no tempo de atenção que dispõem na interacção com o adulto, na adaptação aos estímulos, etc. (Goldberg & DiVitto; O’Brien et al., cit. por Matono & Algarvio, 2004).

Segundo Rezende e Montenegro (citado por Acioly, 2003), o recém-nascido prematuro tem uma cabeça relativamente grande, quando comparado a um bebé de termo, o pescoço assim como os membros são curtos em relação ao tronco e os olhos são proeminentes.

De uma maneira geral a criança prematura está igualmente sujeita a leis de desenvolvimento, mas as suas potencialidades estão estritamente correlacionadas com a idade gestacional. Desta forma, dois elementos podem influenciar massivamente o prognóstico do seu desenvolvimento, como sendo o grau de imaturidade inicial expresso pela idade gestacional e as limitações específicas que lhe são impostas durante as primeiras semanas de vida.

Também Acioly (2003) descreve que nestes bebés o tórax é relativamente pequeno em relação ao abdómen, os ossos e músculos da caixa torácica são debilitados, o que aumenta a dificuldade respiratória.

A pele é enrugada, fina, translúcida e de cor vermelho-escura. Tem pouco tecido adiposo subcutâneo, as unhas dos pés e das mãos são frágeis, não ultrapassando a extremidade digital.

Os reflexos de sucção e de deglutição encontram-se de tal modo enfraquecidos, que a regurgitação e o refluxo são frequentes, aumentando assim os riscos de aspiração do leite materno. O prematuro, mais uma vez, é privado dos excitantes “naturais” oferecidos pelo meio, pois esse não consegue ter o prazer de receber o leite materno directamente, muitas das vezes a alimentação é por intubação, não permitindo que se crie uma ligação entre o alimento e o prazer gustativo (Bloch et al., 2006).

Nos prematuros de género masculino, os testículos ainda não estão na bolsa (escroto), e nas meninas os grandes lábios não recobrem as ninfas.

As orelhas (Silva, 2007) encontram-se ainda pouco desenvolvidas, muito junto à cabeça e com pouca ou nenhuma cartilagem o que faz com que se dobrem com muita facilidade. Devido também à sua imaturidade na coordenação dos movimentos, é frequente que este bebé se movimente pouco e quando o faz é de forma brusca.

Etiologia do parto prematuro:

Tem sido referido a nível estritamente médico (Garbaciak, cit. por Seabra, 1993; Bayle & Martinet, 2008) a associação entre alguns factores de risco, como situações de infecções urinárias, o tabagismo, a idade materna (inferior a 18 anos ou superior a 35 anos), história anterior de trabalho de parto ou parto prematuro, etc.

Também Newton e Hunt (citado por Seabra, 1993) demonstraram haver uma associação significativa entre a prematuridade e a ocorrência de certos acontecimentos de vida importantes no último trimestre de gravidez, como por exemplo a morte dum parente próximo ou a separação conjugal.

Na maioria dos casos a etiologia do parto prematuro é desconhecida, porém, e segundo Acioly (2003), alguns factores predisponentes podem ser considerados como: a classe socioeconómica baixa, mulheres negras, actividade materna sem acompanhamento médico, hipertensão, diabetes, malformações uterinas, sofrimento fetal, entre outras.

Também como possíveis causas de prematuridade associa-se o trabalho das mulheres quando é passado muitas horas em pé e, a fadiga (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004).

De tudo o que foi dito como possíveis causas à prematuridade, Johnson e Dubin (citado por Campos, 2004) acrescentam ainda a gravidez não desejada, má alimentação e stress, referindo também que todos estes possíveis factores inter-relacionados é que podem provocar o parto prematuro mas, se forem eliminados, tal acontecimento poderá ser evitado.

Particularidades da prematuridade:

Um recém-nascido de termo desde os primeiros minutos que se seguem ao nascimento começa a receber estímulos tácteis em grande número, pois ele é lavado, colocado sobre o ventre da mãe, é amamentado, vestido, deitado e por isso tem contacto com partes do corpo que não são a sua, com fraldas, com cobertores, em suma com objectos de diversas texturas, consistência e temperaturas diversas. O bebé prematuro à nascença, difere grande parte das vezes do que acontece com o de termo, pois perante um estudo realizado por Lawson, Daum e Turkewitz (citado por Bloch et al., 2006), mostrava que as estimulações e interacções tácteis não ocupavam nos serviços de neonatologia, senão um tempo restrito. Era recomendado não

tocar no bebé na incubadora, a não ser para prestar necessários cuidados. Desta forma o contacto pele a pele era quase nulo, as estimulações tácteis que recebia não estavam ligadas a nenhuma outra modalidade perceptiva, i.e., o bebé nem sempre via a pessoa que passava as mãos pelo interior da incubadora para lhe tocar.

Até aos dias de hoje, como referido anteriormente, assistiu-se a enormes progressos, foi possível verificar que as carícias e as massagens têm efeito benéfico que, a curto prazo eliminam a agitação, favorecendo a atenção, por mínima que seja e, a longo prazo permite que o bebé apreenda aspectos mais numerosos da realidade que o envolve.

Também o toque nos primeiros momentos de vida e na amamentação são cruciais entre a mãe e o bebé (Alfaya & Schermann, 2005; Vicente, 2006), no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida e, é deste modo que os recém-nascidos prematuros são por vezes retirados da incubadora permanecendo junto à mãe, com a cabeça encostada no seu coração, favorecendo a respiração, a temperatura, etc.

É neste sentido que é possível mais tarde adquirir por completo aquilo a que o autor Gomes-Pedro, (2006) refere de “melodia partilhada”. Segundo o mesmo, é nas brincadeiras entre mãe e bebé, entre pai e bebé, entre irmãos, entre os sucessivos mais significativos da criança e ela própria, que permite uma música geneticamente codificada e que é progressivamente assimilada, melhor ou pior como uma contingência, como uma empatia, como uma relação que faz, por sua vez construir, melhor ou pior, a coerência da vida.

Noutro estudo realizado com 58 crianças entre os 29 e 38 meses de idade (Veríssimo, Monteiro & Santos, 2006) com os objectivos de analisar a qualidade de vinculação à mãe e ao pai, foi possível concluir que crianças consideradas como mais seguras com a mãe têm valores também elevados em relação ao pai e, crianças mais dependentes com a mãe foram também consideradas como mais dependentes com o pai. Outro objectivo do estudo seguia no sentido de explorar se o modelo dinâmico interno da mãe e do pai estaria relacionado com a qualidade da vinculação da criança a ambas as figuras parentais o que foi possível apurar que, mães e pais com modelos seguros têm filhos que estabelecem com eles relações de vinculação mais seguras.

Cabe ainda referir o método canguru que parece também, bastante eficaz relativamente às situações de criação de vínculo. Este método, criado em 1978 na Colômbia, surge como alternativa aos cuidados convencionais prestados aos prematuros no serviço de neonatologia. Este método não substitui completamente a incubadora e só é possível de praticar quando o recém-nascido consegue respirar sem ajuda médica, viver num ambiente térmico neutro e quando é capaz de mamar e de deglutir de forma autónoma (Bloch et al., 2006). Este método

apresenta algumas particularidades nomeadamente no contacto pele a pele pois o bebé é mantido noite e dia em posição vertical, junto dos seios da mãe, a alimentação é feita exclusivamente através do seio materno e deste modo a saída do hospital torna-se antecipada conduzindo também evidentemente a um método bastante económico.

Apesar de alguns autores terem associado a diminuição da mortalidade, nalguns países relacionado com este método, outros não concordam mas pelo menos em um aspecto parecem estar de opinião unânime, este método canguru não é prejudicial.

Anteriormente foi possível constatar que normalmente as mães de bebés prematuros são mais distantes na relação com estes o que tal parece não acontecer com tanta frequência quando é usado o método canguru, pois com este método a troca de olhares, o sorriso, afecto, as conversas, acontecem com muita frequência e desta forma condiciona que a mãe se sinta mais útil e com confiança para cuidar do seu bebé.

O pai também pode e deve fazer uso deste método canguru, pois observa-se que os seus filhos durante o contacto pele a pele dormem tal qual fazem junto das mães e parecem tão relaxados e confortáveis como no contacto com ela (Feliciano, 2007). Este pai consegue, tal como a mãe, aquecer o filho com o calor do seu próprio corpo.

No entanto é importante referir que há aspectos a ter em conta para a prática deste método sendo que: o pai não deve efectuar o método canguru se estiver com tosse ou qualquer outro tipo de doença ou mal-estar; deverá ter tomado banho e ter roupa lavada; o pai deve levantar-se a fim de esticar as pernas e mudar de posição para ficar mais confortável; é bom ter à mão uma chupeta para o bebé e um copo de água para o pai e, o pai pode falar à vontade que isso não incomoda o bebé (Feliciano, 2007). É de assinalar que os pais são tão eficientes e capazes, quanto as mães.

Em todos estes estudos é possível perceber a extrema importância da vinculação desde os primeiros momentos de vida não só em relação à mãe, assim como no fulcral papel do pai, pois ambos permitem e condicionam a um melhor desenvolvimento da criança.

Tal como refere o autor Sá (2006): “O bebé não precisa da mãe para pensar mas ela é imprescindível para que ele pense melhor” (p. 106). Ainda segundo a perspectiva do mesmo, experiências muito precoces, não sendo verbalizáveis, são guardadas como experiências matriciais que organizam todas as relações e todos os processos de vinculação.

O impacto nos pais, no momento de alta hospitalar do bebé:

Apesar de os pais por vezes sentirem grande culpabilidade face ao nascimento do seu bebé precocemente, no dia mais esperado de todos, ou seja, quando o bebé tem finalmente

alta hospitalar, este momento pode ser de grande ansiedade (Hummel, 2003). Seria de esperar uma grande emoção mas pode esta situação piorar a depressão sentida pelos pais e isto é mais visível quando o bebé, apesar de estar em casa, necessita ainda de vigilância monitorizada, toma de fármacos, etc.

Alguns estudos (Affleck, Tennen, Rowe, Roscher & Walker, 1989) demonstram que na transição entre a alta hospitalar e o regresso do bebé a casa quando há intervenção a nível de programas adaptativos, os pais conseguem-no melhor. Fazem-no com menos stress e sentem-se mais confiantes face às exigências do bebé, pois com este tipo de programas de intervenção os pais podem falar, questionar os técnicos e receber feed-back destes de forma a prevenir possíveis problemas e situações que o bebé apresente.

Dada a complexidade ao ocorrer um nascimento prematuro, é importante que os pais e toda a família, assim como a sociedade recolham esforços no sentido de prevenir processos que possam desencadear a situação de prematuridade.

Desta forma é importante perceber cada encontro entre pais, feto ou bebé, técnicos, como um espaço de pensamento e liberdade que possibilitam a relação e o crescer. Para tal Sá (2003) fala de uma série de instrumentos essenciais como: o saber escutar; distinguir entre observar e ver; aprender o outro entre a atenção e a intuição e nunca deixar de, a propósito dele, perguntar porquê; ousar imaginar o outro (incluindo o seu sofrimento); utilizar as palavras, os silêncios e os gestos como instrumentos, etc. i.e., estes instrumentos são o reconhecimento da importância da criação, entre pais e bebé ou entre pais e técnicos, ou seja, na vida, como na clínica, de espaços transicionais (Winnicott, citado por Reis, 2006) onde o brincar pode acontecer.

1.2. Alterações do papel do pai

Quando se fala em gravidez, ela é associada essencialmente à mãe e ao bebé, havendo esquecimento da referência ao pai como objecto de estudo. Apesar do desinvestimento nesta temática, o papel do pai já não se define tanto a partir da comparação das situações em que a criança vive com ou sem ele, mas mais e, sobretudo, pelo rigoroso sublinhar da contribuição ligada à presença.

Que se dizia sobre o pai?

O pai severo:

De acordo com Camus (2000), de forma quase consensual, reutilizava-se a metáfora que servira para conceptualizar a necessidade dos “cuidados maternos” e as perturbações ligadas às “carências afectivas”, tais como tinham sido descritas por Spitz e Bowlby logo após a Segunda Guerra Mundial, e encarregava-se o pai de trazer o outro alimento psicológico, designado pelo termo “autoridade”, atribuindo-lhe um impacto na estruturação da personalidade da criança, mais precisamente na aquisição da força de carácter e do sentido moral. Também para Wallon, fundador da psicologia da infância em França, as funções de solicitude da mãe e a autoridade do pai no seio familiar apareciam como essenciais e impermutáveis. A ausência do contributo paterno é julgada como prejudicial para a criança e a carência do pai é concebida como podendo provocar perturbações mais graves que a da mãe. Ainda assim, psiquiatras da época (como Porot, Sutter e Luccioni) afirmam que «a autoridade é o que a criança espera em primeiro lugar do pai», alicerce sobre o qual se constrói a personalidade social e moral e, quando algo falha neste domínio a criança arrisca-se a conhecer «perturbações mais ou menos sérias, mas típicas, realizando uma verdadeira síndrome».

O vocabulário modifica-se no caso dos psicanalistas, mas a perspectiva de conjunto permanece a mesma. Winnicott refere-se ao “vigor da personalidade do pai” e, logo após as primeiras relações, aconselha o pai a apoiar a mãe na sua autoridade.

O pai de efeito diferido:

Durante muito tempo, os especialistas responderam de forma quase unânime: o pai deve intervir logo após a primeira infância, a idade tenra, uma vez ultrapassada a “idade que

cabe à mãe”. A criança conhece desde logo duas necessidades: o afecto e em seguida a autoridade.

Psicanalistas não reservam um papel melhor ao pai, neste domínio Winnicott mostra-se hesitante: «Não se pode afirmar que seja bom o pai entrar muito cedo em cena, em todas as situações... se assim o desejarem, as mães podem convocar a sua presença».

Trabalhos de Bowlby nos anos de 1957 e 1958, assim como Spitz na sua obra de 1965 não fazem qualquer alusão ao pai relativamente ao desenvolvimento psico-afectivo da criança durante o seu primeiro ano de vida e, em relação aos descritos psicanalíticos como o caso de Françoise Dolto que escreve: «Faz parte da ordem natural das coisas um pai não se ocupar da sua criança-bebé: esse não é o papel de um homem».

O pai condicional:

Seguindo ainda as ideias psicanalíticas, Freud e Lacan, insistiram bastante no carácter indirecto da função do pai, diz-se que a sua eficiência não se encontra ligada, nem à duração, nem às modalidades da sua presença física junto da criança, mas no facto de ele ocupar o lugar de representante e garante da Lei.

Winnicott refere também que «o facto de o pai chegar ou não a conhecer o seu bebé, depende da mãe».

Em linhas gerais, a psicanálise assenta em dados históricos, antropológicos e etnológicos para sustentar a tese da possível dissociação entre as funções do pai biológico e do pai social.

Sabe-se que o chefe de família romano, aquele que encarnava o poder, só se tornava pai quando reconhecia ou adoptava a criança: «A evidência da paternidade assenta unicamente na decisão do pai».

Noutras culturas, por vezes o pai social pode ser o irmão da mãe, o tio materno, ou mesmo uma mulher.

Face a tudo isto cabe entender que a função do pai não se deixa limitar aos papéis sucessivos que desempenha junto da criança, papéis esses que variam no tempo e espaço.

Importa ainda entender que a posição da mulher na sociedade tem vindo a sofrer modificações. A mulher pela sua consistente luta de igualdade em relação ao homem, seja a nível pessoal, profissional, social, política, cultural, etc. levou a que o papel do homem face a estas mudanças sofresse também alterações.

Em relação ao pai de hoje:

A chegada de um filho, particularmente se for o primeiro, traz consigo um conjunto de mudanças a nível individual, conjugal e social, obrigações e cuidados acrescidos que frequentemente significam aumento de tensões e stress na vida da mãe, tal como acontece no pai (Balancho, 2003; Canavarro & Pedrosa, 2005; Vaz & Machado, 2006).

Como referido anteriormente, só nas últimas décadas é que se tem dado importância e atenção devida ao papel do pai que, pela sua diferença e complementaridade face à mãe, assume um indiscutível relevo no desenvolvimento da criança.

O pai quando comparado com a mãe (viz. até às últimas duas décadas), mostrava um papel menos envolvente na vida e formação da sua criança, tendo sido conotado de modo negativo como inacessível, insensível, incompetente e inconsistente nas expectativas que criava (Belsky,; Mackey, cit. por Balancho, 2004).

Nas últimas décadas do Século XX, começou a ser reconhecido, tanto pelos investigadores e profissionais como pelo senso comum, que, tal como a maternidade, a paternidade produz efeitos ao nível psicológico e psicossocial (Camus, 2000).

Nos últimos anos, têm sido vários os estudos que retratam o pai não como figura de autoridade e apenas sustento financeiro da família mas como mais compreensivo, dialogante e próximo (Lamb, 1992; Balancho, 2004).

Para Gomez (2005) ser um novo pai implica uma ruptura com os papéis masculinos tradicionais (e.g. nacionalidade, capital cultural, idade, etc.) e, a imagem do pai envolvido convive ainda com estereótipos de género, assim como com a continuada hipervalorização da função materna.

Quando se fala nas questões de paternidade existem alguns aspectos que influenciam esta criação de pai (Brazelton & Cramer, cit. por Bayle, 2005): uma predisposição à parentalidade transmitida pelos seus próprios pais, e pelo seu pai em particular (i.e. se ele foi um modelo de imitação e de identificação, ele vai querer repetir esse mesmo modelo, transmitindo aquilo que recebeu e tentar superar o seu próprio pai sendo melhor ainda); as solicitações do bebé vão desencadear o desejo de interagir e desenvolver as capacidades do pai; a autorização da esposa que oferece o bebé ao seu marido, fazendo dele um pai; e a organização sociocultural que legitima a paternidade e apoia-o nesta função familiar. Pode-se ainda acrescentar que o pai é necessário pelas suas qualidades positivas e pelos elementos que o diferenciam dos outros homens, sendo que a paternidade é reconhecer a criança como sua e a mulher como mãe.

De acordo com Camus (2000), uma vez que o pai não traz o feto no corpo, cabe-lhe então seguir a progressão dos acontecimentos através das suas emoções, interrogações, projecções e também pelos seus fantasmas.

Segundo Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) o pai pode interferir na gravidez de forma directa, acompanhando a grávida às consultas e ecografias, e de forma indirecta, quando se oferece como figura de apoio à grávida a nível emocional.

Visto que, ao invés da mãe, o pai não dispõe das informações interceptivas ou proprioceptivas que lhe garantam a existência de um ser vivo no interior do seu corpo, é cada vez mais importante a presença do pai, junto da mãe, em situações médicas.

Desta forma e segundo estudos realizados no período neonatal, os pais são tão competentes e envolvem-se do mesmo modo como as mães (Draper, 2002; Lamb, cit. por Almeida, 1994), o que certamente irá beneficiar no relacionamento e desenvolvimento do bebé.

Num estudo realizado com nove meninos e sete meninas, Camus refere os efeitos benéficos do envolvimento paterno nos primeiros meses de vida do bebé em que, os pais prestavam cuidados ao bebé, como por exemplo dar banho e massagem, resultado deste envolvimento indicou que aos três meses de vida, todos estes dezasseis bebés acolhiam o pai com mais sinais positivos (contacto visual, sorrisos, vocalizações) e menos sinais negativos. Também estes pais pareciam estar mais sensíveis aos testemunhos de afecto expressos pelos bebés.

Cada vez mais investigadores e clínicos têm vindo a assinalar a importância de atender à vinculação na perspectiva dos pais, e não apenas do bebé. Resultado disso relaciona-se com o conceito de bonding que tem vindo a ser descrito como um processo gradual de envolvimento afectivo da mãe com o filho, que terá início durante a gravidez intensificando-se ao longo do primeiro ano de vida, tratando-se por isso de um processo interactivo (Figueiredo cit. por Figueiredo, 2005).

Tendo em conta a importância do envolvimento emocional dos pais com o recém-nascido em que desde cedo o pai interfere e contacta com o seu bebé, em casos como a prematuridade esta condição pode vir a ser condicionada. Assim sendo é necessário dar mais atenção às condições que possibilitam a formação e desenvolvimento do vínculo pais-bebé, pois só deste modo é possível compreender o desenvolvimento e a personalidade do indivíduo.

Uma nova visão das relações no seio da família:

Para Camus (2000), a família é mais ou menos percebida como uma organização de estatutos e de papéis e cada vez mais como um lugar de trocas afectivas, lugar de construção de si mesmo, das identidades individuais, lugar de desenvolvimento e de realização pessoal.

A família tem vindo a sofrer fortes mudanças desde a família da Idade Média, aberta ao exterior, com relações com outros membros da família alargada mas autoritária, até à família nuclear doméstica fechada, com fortes laços emocionais, preocupada com a educação dos filhos (Bayle, 2005).

Importantes fenómenos e movimentos sociais, como a entrada da mulher no mercado de trabalho e a sua maior participação no sistema financeiro familiar acabaram por originar um novo perfil à família (Wagner, Predebon & Verza, 2005). Relativamente à estrutura da família tradicional, com o pai como único provedor e a mãe como única responsável pelas tarefas domésticas e cuidado dos filhos, actualmente em muitas famílias já se percebe uma relativa divisão de tarefas, na qual pai e mãe compartilham aspectos referentes às tarefas educativas e organização do dia-a-dia da família.

É verdade que a família tem vindo a sofrer alterações importantes quer a nível biológico, na diferença sexual, na função da mulher e do homem e também a nível do simbólico e das proibições, repercutindo-se no interior da sua própria estrutura e funcionamento.

A nível da personalidade também a família é imprescindível, pois é o primeiro grupo onde a criança vive e recebe alimento, protecção, amor, entre outros.

Uma vez que a família não é um sistema fechado permite assim à criança a interacção com outros sistemas e é a partir daqui que se formulam regras que mais tarde padronizam as condutas no seio familiar.

Relativamente à parentalidade é considerada como o envolvimento do casal, existindo uma maior tendência em concordar que a mãe e o pai devem participar activa e conjuntamente no planeamento do nascimento do bebé, na recepção à chegada de um novo ser no seio familiar, nas preocupações emocionais, na definição e aplicação de objectivos educativos, na partilha de tarefas e responsabilidades, entre outros.

A participação do homem na gravidez fá-lo sentir parte desse processo e isto reflecte-se também na relação entre o casal, possibilitando relações menos conflituosas (Freitas, Coelho & Silva, 2007).

Curiosamente Wagner et al. (2005) num estudo feito com 100 casais de nível sócio-económico médio, verificaram que em relação ao exercício da disciplina, suporte afectivo, educação básica em termos de higiene, compromisso com a escola e o sustento económico, são tarefas que na maioria dos casos são assumidas pelo casal. Quanto a aspectos relacionados com os cuidados alimentares e o acompanhamento diário das tarefas escolares, ainda aparece como função da mãe.

Quando se pensa na criança, esta é imaginada como um ser activo, dotada de competências e exigências precoces que é necessário cada vez mais cedo saber como lidar e ultrapassá-las.

O pai do bebé nascido prematuramente:

Face à notícia de um possível nascimento prematuro, pode na grande maioria provocar um traumatismo psíquico intenso em ambos os pais, pois trata-se de uma “ferida narcísica” provocada por sentimentos de incapacidade e de desvalorização de si mesmo enquanto progenitor, Camus (2000).

Ainda segundo Moreira (2007), o nascimento prematuro é um trauma para o bebé e para a mãe, necessitando esta de elaborar a distância entre o bebé imaginário, este formado a partir das fantasias, sonhos, e o bebé real. Este bebé prematuro parece frágil, muito pequeno, não apresenta no rosto traços que possibilitam a percepção da família, ao contrário do bebé imaginário saudável, gordinho, parecido com os olhos da mãe, o rosto do pai, etc.

Os pais devem neste sentido ser preparados para o aspecto do seu bebé prematuro como por exemplo: a pele enrugada, uma determinada cor, orelhas invulgarmente grandes, veias salientes, etc.

Na maioria das vezes, os pais não podem pegar no seu bebé ao colo, ou quando o fazem têm de ter o máximo cuidado, o que perante tal situação os pais podem ter maior dificuldade em assumir o seu papel enquanto prestadores de cuidados.

Os traumas do nascimento prematuro e da hospitalização na UCI são para Moreira (2007), possíveis perturbadores do desenvolvimento psicológico do bebé, podendo essas perturbações ser minimizadas pela actuação dos pais dedicados.

O bebé vem ao mundo trazendo com ele capacidades imensas para estabelecer uma relação humana (Stern, 1989). Ele é um participante activo na formação das suas primeiras e importantes relações. A sua preparação social, embora extraordinariamente é obviamente imatura. No entanto, a noção de prematuridade tem em si um peso excessivo que nos bloqueia. O rótulo de “imaturo” não pode servir como luz verde para pormos de lado um

comportamento, até que chegue a sua versão de maior maturidade, nem pode ser um convite para focarmos o próprio processo de desenvolvimento.

Em última análise, cada ser humano é simplesmente aquilo que é, no momento em que o encontramos.

Devido a essa situação em particular, o bebé nascido prematuramente pode ser colocado na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN), numa incubadora sujeito a tratamentos e assistência permanente. A incubadora, apesar do calor que responde às necessidades fisiológicas do bebé, essa não o envolve em contornos de proximidade. O colo dos pais, além de criar laços afectivos e aquecer o bebé, torna possível o processo de percepção dos limites do corpo, ao estarem em contacto com outro corpo familiar.

O pai perante esta situação é indispensável, pois pode deparar-se com duas situações em concreto: por um lado pode servir de mediador para a mãe, no sentido de confortá-la e fazer sentir que o bebé não foi abandonado e também pode passar as informações médicas pois pode a mãe estar mais fragilizada e o facto de ter o pai do bebé por perto pode ser facilitador. Por outro lado, e segundo relatos reais do pai duma bebé prematura (que apesar de estar internada na UCIN), este refere que pode tratá-la de modo mais activo, o facto de necessitar atenção especial isso faz com que ele próprio se envolva mais, como mudar a fralda, dar o leite, etc., caso contrário se não tivesse nascido prematura, na grande maioria a mãe está mais tempo com o bebé, é ela quem trata deste no período em que se encontra no contexto hospitalar e isso afasta de certo modo o pai, «como ela nasceu prematura, assim estou no hospital o mesmo tempo que a minha mulher e trato da minha filha, tal como a mãe. Provavelmente se fosse parto dentro do tempo normal, a minha mulher estava aqui apenas 3 dias e era ela quem tratava mais da bebé. Assim vejo-me mais presente... nunca pensei em ter de me envolver tanto... mas isso agrada-me, apesar de saber que ela tem de engordar e que tem de receber maiores cuidados, estar aqui com ela e tratá-la é mesmo muito bom! Ter o apoio das enfermeiras também é essencial, pois explicam-nos tudo imensas vezes e, quando tenho de me ausentar sei que elas olham pela minha bebé».

Estudos mostram o quanto é essencial desmistificar os receios dos pais de bebés internados na UCIN (Reid, Bramwell, Booth & Weindling, 2007) sendo que quanto mais informações e conhecimentos esses tiverem sobre a situação em que o seu bebé se encontra, menor será o seu stress a nível das competências parentais.

Para Stern (1991), a maior parte dos pais quer saber, e precisa saber, o que é que, em determinados momentos se passa na cabeça do seu bebé, quando ele tem fome, sono, etc. Quantas vezes se ouvem os pais falar para os seus bebés: “Assim é o melhor, não é?” ser pai

depende, mesmo, dessas interpretações. Os pais tentam “vestir” a pele do bebé, entrar na sua mente e agir como se fizessem alguma ideia do que se está a passar. Tudo isso depende, na grande maioria, de como o pai foi tratado na sua infância, ou seja do modo como os seus pais interpretaram também os seus próprios sentimentos e comportamentos.

Estas tentativas de adivinhar, interpretar os comportamentos do bebé, são normalmente positivas e constituem uma grande ajuda, no sentido de ajudá-lo a definir e a estruturar o seu mundo. É aqui que, sem dúvida, a empatia começa.

Não só os pais, mas também a família, as escolas, instituições e a sociedade em geral, moldam a experiência do bebé, constituindo-lhe uma espécie de biografia que define o próprio mundo da criança.

A esta ideia da extrema importância do pai presente, no nascimento do seu bebé prematuro, junta-se um estudo feito (Pedrosa, Canavarro, Oliveira, Ramos & Monteiro, 2005) com 49 mães, 44 pais e 49 bebés nascidos prematuramente cujo objectivo seria comparar mães e pais de bebés prematuros relativamente a dois indicadores de adaptação na transição para a parentalidade, sendo eles a percepção de stress e reactividade emocional. Neste, foi possível verificar que de um modo geral o pai parece revelar uma melhor adaptação á transição para a parentalidade, manifestando menor grau de stress e de emoções negativas, e maior grau de emoções positivas.

Importa referir que a situação de fragilidade do bebé e o estado de angústia pode conduzir à mãe, e ao pai um possível distanciamento desse bebé, que ambos não sabem se irá sobreviver. Alguns pais ficam mais apreensivos com o facto de muitas vezes o seu bebé lhe ser retirado e colocado em UCIN, por ter nascido prematuro, não dando oportunidade para que estes pais se envolvam mais a nível dos cuidados a prestar ao seu filho.

Segundo Sá (2004), a prematuridade não constitui em si uma condição necessariamente prejudicial. Na maioria das vezes, a evolução do bebé e da sua interacção com os pais é muito favorável, ainda que haja uma frequência elevada de perturbações afectivas, traduzidas em dificuldades na alimentação, sono e asseio dos bebés prematuros.

De um modo geral, os estudos sobre a integração pais-lactente mostram o bebé prematuro como menos gratificante e a dificuldade dos pais em comunicar com ele mas, apesar dessas dificuldades iniciais, na maioria das vezes os pais acabam por estabelecer uma interacção bastante harmoniosa.

Noutra perspectiva e segundo o estudo realizado (Thomaz, Tenório de Lima, Tavares & Gonçalves de Oliveira, 2005) com mães de bebés nascidos de termo quando comparadas às de bebés nascidos prematuramente foi possível evidenciar que as mães de bebés nascidos

prematuramente precisam de mais apoio da equipa médica do que as mães de bebés de termo. Não só pelo facto dessas mães apresentarem maior insegurança assim como pelo facto de serem “perseguidas” pelo “fantasma” de morte em relação ao seu bebé.

Deste modo é necessário cada vez mais trabalhar desde cedo as mães e também os pais que se vêm envolvidos numa maternidade e paternidade, respectivamente, também esta prematura.

Segundo Klaus e Kennel (cit. por Sá, 2004) a título preventivo, as UCIN devem ser organizadas do seguinte modo: o bebé deve ser posto ao lado da mãe, durante alguns minutos, nos momentos que se seguem ao nascimento; a mãe e o bebé devem ser hospitalizados no mesmo hospital e, caso não seja possível, a mãe deve ter oportunidade de ver e tocar o seu bebé antes da partida; o pai deve ser encorajado a acompanhar o bebé ao novo hospital, caso seja necessário; a mãe deve ser encorajada a visitar o bebé; deve haver precaução nos prognósticos desfavoráveis a respeito do estado cerebral da criança, que são frequentemente desmentidos; os pais podem ficar, se desejarem muitas horas seguidas na unidade de tratamento intensivo; é aconselhável, a alimentação com o leite materno sempre que possível; a unidade de tratamento intensivo deve transmitir as informações relativas a eventuais problemas apresentados pelos pais; é possível observar em certos pais dificuldades na relação de vinculação com o bebé; e após a saída da unidade de tratamento intensivo, é importante que os pais continuem a beneficiar do apoio e da possibilidade de exprimir as suas preocupações relativamente ao estado do bebé.

2. MÉTODO

2.1. Delineamento

Sendo de máxima pertinência as questões da paternidade e, na tentativa de perceber as vivências e/ou sentimentos do pai face ao nascimento de um filho prematuro, o desenho de investigação deste estudo poderá considerar-se como exploratório descritivo transversal, na medida em que este versa para um tema pouco pesquisado, sobre o qual não se acumulou bibliografia significativa, tentando deste modo fazer um levantamento descritivo, num único e determinado período de tempo.

Tal como o nome indica, quando se refere a um estudo descrito este tem a finalidade de descrever, de forma sumária, alguns aspectos fornecidos por uma amostra de dados.

A recolha da amostra decorreu durante os meses de Fevereiro e Maio de 2008, na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santarém e também no domicílio de alguns pais.

2.2. Participantes

Foram abordados neste estudo, 32 sujeitos de género masculino, sendo que 24 destes permaneciam na hora da visita, junto ao seu bebé, na Unidade de Neonatologia e 8 permaneciam no seu domicílio. Todos os pais no momento da abordagem eram primíparos e tinham tido o seu bebé nos últimos dois meses, aquando aplicado o instrumento usado neste estudo.

No sentido de obter amostra de uma população, neste estudo a recolha dos sujeitos foi ao acaso, na medida em que foram contactados os pais que frequentavam a Unidade de Neonatologia, e também os que se encontravam no seu domicílio. O método de amostragem usado foi aleatória simples, sem reposição, quer isto dizer que, cuidadosamente a probabilidade de o mesmo pai responder duas vezes ao questionário é nula, uma vez que eram anotados os pais que reuniam as condições pretendidas para este estudo e era confirmado se o mesmo já tinha respondido ao questionário, antes de ser abordado novamente.

2.3. Procedimento

Contactou-se a equipa da Unidade de Neonatologia do Hospital de Santarém, por escrito e mais tarde pessoalmente, onde se deu a conhecer o interesse deste estudo, assim como a solicitação para o desempenho do mesmo (vd. Anexo A - Pedido de autorização à Unidade de Prematuros). Uma vez dado o consentimento por parte da equipa da Unidade de Neonatologia, foram combinados os dias possíveis para recolher amostra, assim como qual seria a enfermeira responsável para auxiliar no contacto directo com os pais para a realização do estudo.

Foi desde logo pedido que neste estudo fizessem parte recém-pais, (apenas) de género masculino, ou seja o nascimento do bebé não poderia ter ocorrido há mais de dois meses, os bebés teriam de ter nascido prematuramente e, além disso, seriam pais primíparos. Estas considerações foram desde logo pedidas à enfermeira auxiliar, para serem tomadas em conta e tal foi possível pelas informações dadas por esta.

Ao serem abordados no momento mais oportuno (normalmente no fim da visita ao seu bebé), segundo as indicações da enfermeira, explicou-se o porquê desta visita, assim como o fundamento para a realização deste trabalho. Referiu-se qual o objectivo, o porquê da escolha do pai em particular, como se poderiam envolver neste estudo e, que tinham sido seleccionados de forma aleatória.

Em pormenor explicou-se que a participação era simples e que consistia apenas no preenchimento voluntário de um questionário individual, sem tempo pré-definido, de forma mais sincera possível, uma vez que estavam asseguradas as questões de anonimato e confidencialidade.

Achou-se por bem explicar primeiro todo o estudo juntamente com o casal, e só depois de esclarecidas todas as dúvidas, foi entregue um termo de consentimento (vd. Anexo B – Termo de consentimento informado), onde novamente se explicava o estudo.

Foi referido que caso o sujeito tivesse interesse em participar teria apenas de assinar tal consentimento e em caso contrário não teria quaisquer repercussões, tendo apenas de entregar o termo de consentimento em branco.

Depois de cada sujeito ter aceite participar, os pais foram convidados a preencher o questionário fora da sala onde inicialmente se encontravam com a mãe do seu bebé, até que o preenchimento do questionário fosse finalizado, para que não pudessem, estas últimas, influenciar de alguma forma nas respostas do sujeito.

Dada a necessidade de recolher o maior número possível de participantes neste estudo, os 8 pais contactados no seu domicílio, foram-no também de forma aleatória, tendo havido conhecimento que os mesmos teriam as exigências pretendidas para este estudo através de uma colega estudante de psicologia, que se disponibilizou de imediato em ajudar neste estudo, tendo desta forma sido mais fácil o acesso a estes.

Perante as condições adequadas da sala, longe de ruídos exteriores e com a total privacidade, deram-se as últimas instruções, referindo que o investigador iria ficar na sala apenas para o caso de surgir alguma dúvida, poder responder, explicitando-se ainda que: “É favor responder às seguintes questões, assinalando apenas uma das cinco possibilidades”.

Assim que o sujeito terminou o preenchimento do questionário, agradeceu-se de imediato toda a sua atenção e colaboração dispendida.

Foi ainda possível, no final dos questionários aplicados permanecer na Unidade de Neonatologia, junto de alguns bebés e os seus pais, onde se falou com estes últimos descrevendo os mesmos as suas alegrias, preocupações, receios face ao nascimento prematuro do bebé e dos cuidados que este exige.

2.4. Instrumento

Na realização deste estudo foi criado (pelo investigador) um questionário, com base em leituras efectuadas por esse, direccionadas nas temáticas da parentalidade e prematuridade.

Foi também consultado o instrumento intitulado por Antenatal Emotional Attachment Scale (Condon, 2001), influenciando na construção do questionário usado neste estudo (vd. Anexo C – Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS)).

O questionário usado (vd. Anexo D – Instrumento) neste estudo é composto por 14 questões de tipo: “Quando soube que ia ser pai, vivi este momento: Com toda a alegria, com alguma alegria, nem com alegria nem sem alegria, com pouca alegria ou sem alegria”.

A cotação neste questionário é feita sempre de forma positiva, i.e. de 1 a 5, sendo que o valor mais alto nos indica os comportamentos positivos, à excepção dos itens 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 12 em que se cota de forma inversa. No exemplo da questão mencionada anteriormente, trata-se da questão 1, sendo por isso uma excepção. A cotação neste caso começaria com 5 pontos na resposta “com toda a alegria” e conseqüentemente 1 ponto seria atribuído à resposta “sem alegria”.

No final do questionário utilizado foi ainda possível recolher algumas informações sobre o agregado familiar (vd. Anexo E – Dados de caracterização), como por exemplo a

idade de ambos os pais (definidas como variáveis IDADEPAI ou IDADEMAE), as habilitações literárias (último ano de escolaridade concluído), estado civil, o género do bebé, a sua idade gestacional (variável IDGESBEBE) e peso à nascença (PESOBEBE).

Recolhidos estes dados procedeu-se à criação de um ficheiro de dados no computador utilizando o software SPSS, versão 15.0, no sentido de maior organização à exploração minuciosa dos dados obtidos.

Na questão relativa às habilitações literárias (definida como variável NIVHABPAI no caso do pai do bebé nascido prematuramente, ou NIVHABMAE se referente à mãe), sendo uma variável ordinal, inicialmente organizou-se em 5 categorias que indicam aumentos no número de anos de escolaridade e por consequente aumento no nível de instrução. De acordo com Graffard (vd. Anexo F – Classificação do nível de instrução), as categorias obtidas foram as seguintes: Ensino universitário ou equivalente (+12 anos de estudo), ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo), ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo), ensino primário completo (6 anos de estudo) e por último o ensino primário incompleto ou nulo. Tendo em conta estas mesmas categorias e dada a sua limitação, uma vez que alguns anos de escolaridade não são referenciados pelo autor acima mencionado, foi usado um outro conjunto de 6 categorias, segundo Hill e Hill (2005), que indicam aumentos no número de anos de escolaridade e por consequente aumento no nível de escolaridade. De maneira a indicar que um número maior corresponde a um nível maior de habilitação categorizou-se do seguinte modo: de 1 a 6 correspondendo aos níveis Primário, Preparatório, Curso Geral (9º ano), Ensino Secundário, Bacharelato e Licenciatura, respectivamente.

Relativamente ao estado civil, definida como variável ESTCIVIL, foi também categorizado de 1 a 4 correspondendo ao estado civil de solteiro, casado, divorciado e viúvo, respectivamente.

Foi ainda diferenciado em relação ao género do bebé nascido prematuramente (variável SEXOBEBE), em que se categorizou com o número 1 em relação ao género masculino e sendo 2 se feminino.

De acordo com as diferentes 14 questões que constituem o questionário utilizado, foram definidas várias variáveis, sendo elas na questão 1 do questionário ALEGRIA, na questão 2 definiu-se a variável NANTEMPO, seguidamente face às restantes questões, as variáveis PRMVISIT, SENTIMENT, DESFUTBE, INFORMAÇ, AFSENTIM, PSASPECT, ESTCBEBE, CARICIA, SENTVONT, DESOCIAL, SENTEMOÇ e por último na questão 14 a variável VONTDPAI.

De um modo geral estas questões elaboradas envolvem o pai e, tratando-se do seu primeiro filho nascido prematuramente, crê-se pertinente compreender melhor o impacto que este causa na vida do homem. Assim sendo, torna-se pertinente consultar os resultados que se seguem, obtidos neste mesmo estudo.

3. RESULTADOS:

Após terem sido recolhidos os primeiros 12 questionários aplicados, procedeu-se à introdução dos dados no programa SPSS 15.0 no sentido de perceber as frequências obtidas por resposta em cada um dos itens do questionário e deste modo ter maior percepção se de facto os pais estavam a perceber o conteúdo de cada uma das perguntas (vd. Anexo G – Primeiras frequências obtidas).

Verificou-se então que dos 14 itens que constituem o questionário, nos 12 aplicados não houve ausência de resposta em nenhum deles e obtiveram-se os seguintes resultados para cada um dos seguintes itens: Sendo $N = 12$, no item ALEGRIA apenas 16,7% dos pais responderam ter vivido o momento em que souberam ir ser pais “com alguma alegria” e os restantes 83,3% viveram esse momento “com toda a alegria”. Na questão “ao saber que o bebé nasceria antes do tempo previsto” como se sentiram: 66,7% dos pais “com um misto de tristeza receio e simultaneamente alegria” e 33,3% responderam sentirem-se “moderadamente alegre”. Antes da primeira visita ao bebé 25% dos pais sentiam-se “com bastante vontade em vê-lo” e os restantes 75% “cheio de vontade em vê-lo”. Ao verem o bebé pela primeira vez os sentimentos foram, para 50% dos pais com “alguma alegria” e para os outros 50% com “bastante alegria”. No item referente ao desenvolvimento e futuro do bebé 50% dos pais responderam ver o filho como “um possível vencedor” assim como os restantes 50% “um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos”. Quanto ao item INFORMAÇÃO 8,3% dos pais apenas responde “por vezes interesse-me em ler e obter informações, mas desinteresse-me de imediato”, 83,4% responderam “tenho sentido algum interesse em ler e obter informações” e 8,3% responde também “tenho-me interessado imenso por ler e obter informações”. Relativamente à questão que pergunta os sentimentos que envolvem o pai quando está noutros locais, afastado do bebé, 8,3% dos pais envolve-se por sentimentos que são “misto de carinho e desilusão”, 58,3% por sentimentos “grande parte carinhosos e ternos” e 33,4% dos pais envolvem-se por sentimentos que são “sempre carinhosos e ternos”. Quando pensam no aspecto do bebé, 8,3% sente “nem muita nem pouca felicidade”, 50% “alguma felicidade” e 41,7% “imensa felicidade”. Sempre que o pai está com o bebé, para 16,7% “é um misto de conversa e silêncio”, 33,3% responderam “converso e conto-lhe algumas histórias” e os restantes 50% “converso muito com ele e conto-lhe imensas histórias”. No item CARÍCIA 8,3% dos pais responde que “por vezes acaricio o seu corpo, mas noutros momentos não o faço”, 75% deles respondem “acaricio algumas vezes o seu corpo” e 16,7%

respondem “acarício constantemente o seu corpo”. Na questão em que se tenta compreender como se sente o pai quando pensa que vai estar com o seu bebé, 16,7% responderam “com bastante vontade em vê-lo” e 83,3% responderam “cheio de vontade em vê-lo”. Quando imaginam o desenvolvimento pessoal do bebé, 91,7% acreditam que quando o seu filho for jovem/adulto, na relação com os amigos “será uma pessoa igual às outras” e apenas 8,3% crê que “será quase igual aos outros”. Nos últimos dias, 8,3% dos pais responde que se tem sentido “moderadamente próximo do bebé”, 8,3% “bastante próximo emocionalmente do bebé” e 83,4% têm-se sentido “muitíssimo próximo emocionalmente do bebé”. Na última questão: “Sempre que penso que sou pai de um bebé prematuro, ao olhar para ele sinto-me”: 8,3% dos pais responde “com alguma vontade em ser pai”, e 91,7% referem “cheio de vontade em ser pai”.

Pela aplicação destes 12 questionários é pertinente referir que não houve questões colocadas pelos pais participantes, e pelo que foi possível apurar com os mesmos é que entenderam as perguntas usadas no questionário realizado.

A avaliar pelas frequências obtidas em cada questão, parece haver coerência na forma como estes primeiros pais responderam, o que de certo modo se levou em consideração prosseguindo assim com o questionário utilizado.

Após a recolha de todos os questionários possíveis e introduzidos os dados no programa estatístico, procederam às várias análises exemplificadas de seguida:

É possível verificar (ver Tabela 1 – Estatística descritiva em relação aos dados demográficos) que de 32 pais (de género masculino), o mais novo tem 19 anos e o mais velho 40 anos de idade, sendo a idade média 29 anos (SD = 5,045). Em relação à idade das mães, não difere muito em relação aos pais uma vez que a mãe mais nova tem 18 anos e a mais velha 37 anos, sendo a média de 28 anos de idade (SD = 4,780).

No que respeita à idade gestacional do bebé, a média foi de 30 semanas e aproximadamente 6 dias (SD = 1,695), sendo que o bebé com menos tempo de vida nasceu com 28 semanas e 5 dias e o mais velho com 35 semanas.

Quanto ao peso do bebé, a média é de 1685 g, sendo que o bebé com menos peso nasceu com 1430 g e o bebé nascido prematuramente com mais peso foi de 2460 g (SD = 265,33).

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
Idade pais (em anos)	29	5,045	19	40	32
Idade mães (em anos)	28	4,780	18	37	32
Idade gestacional do bebé (em semanas e dias)	30,8	1,695	28,71	35	32
Peso (em gramas)	1685	265,328	1430	2460	32

Tabela 1: Estatística descritiva em relação aos resultados dos dados demográficos

Foi possível verificar que a amostra neste estudo é constituída por 3,1% de pais solteiros e 96,9% de pais casados (vd. Anexo H – Estado civil).

Relativamente ao nível de habilitações literárias dos pais que colaboraram neste estudo, foi possível constatar que cerca de 3,1 % concluiu o ensino primário, 6,2 % o ensino preparatório, 34,4 % o curso geral (9º ano), 31,3 % o ensino secundário e 25 % dos pais concluíram a licenciatura (vd. Anexo I – Nível de habilitações literárias dos pais).

Em relação às percentagens do nível de habilitações literárias das mães dos bebés prematuros 9,4 % concluiu o ensino preparatório, 21,9 % o curso geral (9º ano), 40,6 % o ensino secundário, 3,1 % o bacharelato e 25 % concluiu a licenciatura (vd. Anexo J – Nível de habilitações literárias das mães).

Foi ainda possível constatar que a percentagem de bebés de género masculino nascidos prematuramente (62,5%) é superior relativamente ao sexo feminino (37,5%) (vd. Anexo K – Percentagem em relação ao sexo do bebé).

Quando analisados todos os itens do questionário relativamente às frequências obtemos os seguintes dados (vd. Anexo L – Frequências das variáveis):

No item ALEGRIA 18,8% dos pais, quando soube que ia ser pai, viveu este momento “com alguma alegria” e 81,2% “com toda a alegria”.

No item NASCIMENTO ANTES TEMPO, 3,1% dos pais ao saber que o bebé nasceria antes do tempo previsto sentiram-se “muito triste e com receio de que algo pudesse

correr mal com o bebê”, 40,6% “com um misto de tristeza, receio e simultaneamente alegria” e na maioria, 56,3% dos pais responderam “moderadamente alegre”.

No item PRIMEIRA VISITA, 40,6% dos pais antes da primeira visita ao bebê sentiam-se “com bastante vontade em vê-lo” e 59,4% “cheio de vontade em vê-lo”.

No item SENTIMENTOS 3,1% dos pais quando viu o seu bebê pela primeira vez tiveram sentimentos que foram “um misto de tristeza e alegria”, 37,5% “alguma alegria” e 59,4% “bastante alegria”.

No item DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ, 3,1% dos pais nos últimos dias, sempre que pensam no seu bebê em desenvolvimento (físico e psicológico) e no seu futuro (profissional) vêem-no como “um ser capaz de vencer e simultaneamente ter dificuldades”, 40,6% “um possível vencedor” e, 56,3% vêem-no como “um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos”.

No item INFORMAÇÕES 3,1% dos pais desde o nascimento prematuro do seu bebê responderam “sinto-me desinteressado em ler e obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar”, 6,3% “por vezes interesse-me em ler e obter informações sobre os cuidados que ele precise mas, desinteresse-me de imediato”, 81,2% “tenho sentido algum interesse em ler e obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar” e, 9,4% respondeu “tenho-me interessado imenso por ler e obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar”.

No item AFASTADO BEBÉ SENTIMENTOS 12,5% dos pais respondeu que quando está noutros locais, afastado do seu bebê, está envolvido por sentimentos que são “misto de carinho e desilusão”, 65,6% “grande parte carinhosos e ternos” e 21,9% “sempre carinhosos e ternos”.

No item PENSO ASPECTO BEBÉ 6,2% dos pais respondeu que sempre que pensa no aspecto do seu bebê sente “nem muita nem pouca felicidade”, 43,8% “alguma felicidade” e 50% “imensa felicidade”.

No item ESTOU COM BEBÉ 34,4% dos pais responderam que sempre que estão com o bebê “é um misto de conversa e silêncio”, 37,5% “converso e conto-lhe algumas histórias” e, 28,1% respondem que “converso muito com ele e conto-lhe imensas histórias”.

No item CARÍCIA 3,1% dos pais respondeu que sempre que está com o seu bebé “raramente acaricio o seu corpo”, 15,7% “por vezes acaricio o seu corpo, mas noutros momentos não o faço”, 59,4% responde que “acaricio algumas vezes o seu corpo” e, 21,8% “acaricio constantemente o seu corpo”.

No item SINTO VONTADE 25% dos pais respondeu que quando pensa que vai estar com o bebé se sente “com bastante vontade em vê-lo” e 75% “cheio de vontade em vê-lo”.

No item DESENVOLVIMENTO SOCIAL 25% dos pais quando imagina o desenvolvimento pessoal do seu bebé (a nível social), acredita que quando for jovem/adulto, na relação com os amigos “será quase igual aos outros” e 75% “será uma pessoa igual às outras”.

No item SENTIR EMOCIONALMENTE 6,2% dos pais respondeu que nos últimos dias tem-se sentido “moderadamente próximo do seu bebé”, 18,8% “bastante próximo emocionalmente do bebé” e 75% “muitíssimo próximo emocionalmente do bebé”.

No item VONTADE SER PAI 15,6% sempre que pensa que é pai de um bebé prematuro, ao olhar para ele sente-se “com alguma vontade em ser pai” e 84,4% “cheio de vontade em ser pai”.

Ainda em alguns itens, foi possível cruzar os dados em relação ao sexo do bebé, no sentido de compreender se determinado sentimento ou vivência do pai seria influenciado pelo sexo do seu bebé nascido prematuramente. Foi possível obter os seguintes resultados:

Na pergunta 3 do questionário (item PRIMEIRA VISITA) não se encontram diferenças significativas, i.e. o género do bebé não tem influencia relativamente à vontade que o pai sente antes da primeira visita a esse ($U = 102,00$; $p > 0,05$) (vd. Anexo M – Output PRIMEIRA VISITA em relação ao sexo do bebé).

Em relação à pergunta 5 do questionário (item DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ) há diferenças em relação ao sexo do bebé ($U = 64,500$; $p < 0,05$). Pela média das ordens verifica-se que esta diferença ocorre maioritariamente no sexo masculino, quando

comparado ao sexo feminino do bebé nascido prematuramente (MR = 19,28 no sexo masculino; 11,88 no sexo feminino; $p < 0,05$) (vd. Anexo N – Outputs DESENVOLVIMENTO FUTURO DO BEBÉ e o sexo do bebé).

Na pergunta 10 (item CARÍCIA) não há diferenças em relação ao sexo do bebé, quer isto dizer que mais uma vez o facto de o pai acariciar mais ou acariciar menos o seu bebé nascido prematuramente não é influenciado pelo género deste ($U = 105,00$; $p > 0,05$) (vd. Anexo O – Output item CARICIA e o sexo do bebé).

Na pergunta 12 (item DESENVOLVIMENTO SOCIAL) há diferenças em relação ao sexo do bebé ($U = 72,00$; $p < 0,05$) (vd. Anexo P - Output item DESOCIAL e o sexo do bebé). Pela média das ordens obtidas, verifica-se que o pai acredita que o seu filho será igual aos outros maioritariamente no bebé nascido prematuramente e de sexo masculino que feminino (MR = 18,90 no sexo masculino; 12,50 no sexo feminino).

Relativamente à pergunta 14 (item VONTADE SER PAI) não há diferenças em relação ao sexo do bebé, ou seja a vontade de ser pai não é influenciada pelo género do bebé, nascido prematuramente ($U = 102,00$; $p > 0,05$) (vd. Anexo Q – Output VONTDPAI em relação ao sexo do bebé).

Foi ainda possível cruzar alguns itens do mesmo questionário utilizado neste estudo onde se pode constatar que, em relação aos itens ALEGRIA e VONTADE SER PAI, não há diferenças significativas i.e. independentemente da alegria sentida no momento em que sabe da notícia de ser pai, esta parece não sofrer alterações no momento em que já é pai, mas de um bebé prematuro. É possível constatar este aspecto não só pelos resultados obtidos neste cruzar de dados, assim como pelas percentagens analisadas anteriormente, das respostas obtidas nos itens em questão, em que 81,2% quando soube que ia ser pai viveu esse momento “com toda a alegria” independentemente de imaginar se o nascimento do seu filho seria de termo ou prematuro, mas actualmente ao saber que é pai de um bebé nascido prematuramente 84,4% sente-se “cheio de vontade em ser pai” ($Z = - 0, 577$; $p > 0,05$) (vd. Anexo R – Output ALEGRIA e VONTADE SER PAI).

No mesmo sentido entre o antes e o depois, quer isto dizer antes da PRIMEIRA VISITA e posteriormente a essa onde se depara com o verdadeiro aspecto do seu bebé,

poderia haver diferenças, i.e. despoletar SENTIMENTOS como a tristeza mas, tal não se verificou, não existem diferenças ($Z = - 0,333$; $p > 0,05$) (vd. Anexo S – Output relação entre itens PRIMEIRA VISITA e SENTIMENTOS).

Em relação aos itens ESTAR COM BEBÉ e SENTIR EMOCIONALMENTE, há diferenças, i.e. o pai ao investir na relação com o seu filho pode fazer com que esse se sinta emocionalmente mais próximo do seu bebé ($Z = - 4,021$; $p < 0,05$) (vd. Anexo T – Output ESTAR COM BEBÉ e SENTIR EMOCIONALMENTE).

Nos itens CARÍCIA e SENTIR EMOCIONALMENTE, há diferenças, ou seja, supõe-se tal como referido anteriormente que, face ao maior contacto, neste caso a nível do toque e carícia do pai em relação ao seu bebé, pode levar a esse a sentir-se emocionalmente mais próximo do seu bebé ($Z = - 4,491$; $p < 0,05$) (vd. Anexo U – Output CARÍCIA e SENTIR EMOCIONALMENTE).

Após todos os resultados obtidos, torna-se seguidamente imprescindível a sua discussão no sentido de apurar se os dados vão de encontro ao que a bibliografia refere e por sua vez, possível de crítica.

4. DISCUSSÃO:

De acordo com a perspectiva de alguns autores, e resultado de um considerável número de obras lidas, foi possível neste trabalho obter resultados, crê-se, interessantes de discutir.

Após a sua análise pensa-se ser possível neste momento perceber em que sentido o objectivo deste estudo é conduzido, i.e. como o pai vive a questão do nascimento do seu bebé sendo este prematuro.

Começando pelos dados descritivos, pôde verificar-se que, e dada a especificidade pedida para a realização deste estudo, o número de sujeitos participantes foi bastante razoável. Foram contactados 32 pais, de género masculino, na sua maioria são casados, com idades compreendidas entre 19 e 40 anos, sendo a média de idade 29 anos. Em relação à idade das mães dos bebés prematuros situam-se entre os 18 e os 37 anos de idade. A partir destes dados em relação à idade das mães é possível constatar que não apresentam uma idade também ela muito precoce ou por contrário, uma idade mais tardia. Tem sido apontado como um dos possíveis factores de razão para o parto prematuro as questões da idade da mãe, normalmente são consideradas gravidezes de maior risco mulheres de idade inferior a 18 anos ou superior a 35 (Bayle & Martinet, 2008). Neste estudo curiosamente as mães apresentam uma idade média de 28 anos o que significa estar dentro dos limites para ser considerada como possível gravidez de risco. Assim sendo, estes dados dão conta que neste estudo a possível causa de prematuridade associada à idade da mãe não se verifica de forma tão linear.

Relativamente à idade gestacional do bebé neste estudo a média é de 30 semanas e aproximadamente 6 dias, em que o bebé que nasceu com menos semanas de vida foi de 28 semanas e 5 dias sendo classificado entre grande prematuridade e extrema prematuridade, e o mais velho nasceu com 35 semanas de vida, considerado como prematuro moderado (Benzecry et al., cit. por Acioly, 2003; Bloch et al., 2006).

O peso dos bebés foi bastante variável, sendo que, o bebé com menos peso apresentava 1430 g, considerado como recém-nascido de muito baixo peso e o mais pesado tinha de peso 2460 g. A média obtida em relação ao peso dos recém-nascidos prematuros foi de 1685 g sendo por isso classificados de baixo peso (Beckwith e Rodning cit. por Linhares et al., 2007).

Ainda em relação ao bebé, maioritariamente pertenceram a este estudo recém-nascidos prematuros de género masculino, relativamente ao género feminino.

Em linhas gerais e comparando as percentagens obtidas relativamente às habilitações literárias dos pais, em ambos os géneros, pode verificar-se que nas mães a habilitação mínima concluída foi o ensino preparatório, enquanto nos pais de género masculino o mínimo concluído foi o ensino primário. De uma maneira geral as mães apresentam maiores níveis de habilitações literárias do que os pais, uma explicação possível para este facto pode prender-se com as sucessivas alterações que o papel da mulher tem vindo a sofrer, nomeadamente nas tentativas de igual direito em relação ao homem e na importância do envolvimento deste nas tarefas domésticas. Desta forma, é possível que a mulher cada vez mais invista na sua formação.

De acordo com os resultados obtidos em cada um dos itens do questionário usado, é possível constatar alguns aspectos, nomeadamente, em relação ao momento em que o pai soube que iria ser pai, este momento foi vivido maioritariamente “com toda a alegria”. Face à notícia da possível chegada de um bebé, tudo muda na vida do indivíduo, quer a nível pessoal, profissional, conjugal, social, etc. (Balanchó, 2003; Canavarró & Pedrosa, 2005; Vaz & Machado, 2006) mas, apesar de tudo o que possa implicar no nascimento de um filho, os pais deste estudo parecem encarar com bastante entusiasmo esta chegada, o que para o bebé será bastante positivo.

Foi possível verificar que estes pais (de género masculino) ao saberem que o bebé nasceria antes de tempo, sentiram-se na maioria “moderadamente alegres”, apesar de simultaneamente uma grande percentagem sentir-se “com um misto de tristeza, receio e simultaneamente alegria”. Esta preocupação poderá eventualmente ligar-se aos receios de complicações no parto que ponham em risco de vida o bebé e/ou a mãe deste, receios em relação à primeira visita em que poderão de facto constatar com o aspecto real do bebé, e simultaneamente poderá supor-se que à falta de informação relativamente aos nascimentos precoces e a todos os processos que isso implica, pode gerar incerteza nos pais.

Quanto às complicações que podem surgir no parto, têm sido cada vez mais controladas graças a uma complexidade de alternativas, instrumentos, intervenções médicas que permitem não só que o parto prematuro ao bebé e simultaneamente à mãe seja realizado, assim como têm permitido controlar e diminuir a taxa de mortalidade de nascimentos prematuros e deste modo intervir rapidamente no bebé.

Em relação à primeira visita, maioritariamente estes pais sentiram-se cheios de vontade em ver o seu bebé. Pode supor-se aqui que o pai apresenta alguma ansiedade para constatar de facto se o seu bebé está bem (dentro da normalidade dos prematuros), de que necessita de cuidados diversos ou, por outro lado, dada a falta de conhecimento, na maioria

dos casos, e simultaneamente a alegria de ver o seu filho, pode despoletar esta enorme vontade em vê-lo embora segundo alguns autores, tal como foi possível referir anteriormente neste trabalho, essa primeira visita possa causar algum desespero por parte dos pais.

De acordo com estudos feitos e segundo alguns autores (Tronchin & Tsunehiro, 2006) seria de esperar que o pai ao ver o seu bebé pela primeira vez e face a todo o aparato tecnológico a que pode estar sujeito, esse sentisse tristeza, choque, desilusão, etc. o que neste caso, ao contrário do que alguns trabalhos feitos na área têm transmitido, a maioria destes pais sentiram “bastante alegria”.

Já em relação às preocupações do pai ao pensar no seu bebé em desenvolvimento (físico e psicológico) assim como no seu futuro (profissional), foi possível verificar diferenças em relação ao sexo do bebé ($p < 0,05$). Neste caso a título de curiosidade foi possível analisar, pela média das ordens que esta diferença ocorre maioritariamente no sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino do bebé nascido prematuramente ($p < 0,05$).

Apesar de alguns estudos (Novello et al.; Waber & McCornick; Werner cit. por Linhares et al., 2007) referirem a possibilidade de estas crianças nascidas prematuramente fazerem parte de um grupo de risco no que toca às questões de desenvolvimento psicológico e físico, estes pais, na sua grande maioria sentem que o seu bebé será “um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos”. Mais uma vez se constata que de acordo com estes dados se vai em sentido oposto ao que alguns autores referem, i.e. como uma situação bastante penosa para os pais, face a tudo o que envolve o seu bebé, nascido prematuramente.

No momento em que o pai se sente envolvido num processo novo, a paternidade e acrescentar a isso o nascimento precoce do seu bebé, poderá não só despoletar alguns receios, assim como alguma curiosidade no sentido de se envolver para obter melhor capacidade de resiliência para com o seu bebé. Tal como Hummel (2003) referiu, é necessário através de trocas de informações médicas, e não só, desmistificar algumas ideias erradas, sobre a prematuridade. Neste caso e de acordo com as respostas obtidas pelos pais, a maioria diz “ter sentido algum interesse em ler e obter informações sobre os cuidados que o seu bebé possa precisar”, o que poderá levar em consideração a melhor adaptação a todo este processo assim como ser um passo importante para uma etapa possível que é, mais tarde, a alta hospitalar do seu bebé e conseqüente, o regresso a casa. Face ao empenho que estes pais, revelam ter, também será possível de esperar que estes sejam mais capazes de responder a situações inesperadas.

Sempre que o pai se encontra noutros locais, afastado do seu bebé, envolve-se na sua grande maioria por sentimentos que são “grande parte carinhosos e ternos”, o que de certo

modo, poderia não acontecer, pois segundo as representações mentais que os pais criam do seu bebé e aquando o impacto com este, essas representações são falhadas e isso poderia prever algum distanciamento do pai, o que neste caso, parece não se verificar.

Em relação ao aspecto do bebé, este tal como referido anteriormente, pode apresentar-se frágil, por vezes em incubadora, rodeado de fios, tubos, etc. Apesar de tudo isso, os pais sempre que pensam no aspecto do seu bebé, a maioria diz sentir “imensa felicidade”, assim como uma percentagem relevante diz “alguma felicidade”. Pode especular-se que o estado de saúde destes bebés não implica maior alarme ou se tal não for o caso estes pais podem estar mais familiarizados com a equipa médica, ter apoio da família e amigos, ter conhecimento adquirido por livros sobre esta temática que os possa deixar aliviados e desse modo sentirem felicidade.

Tal como foi possível entender perante alguns relatos de pais, segundo estudos realizados, estes sentem que ao falar com o bebé, este é capaz de o ouvir e entender. Também neste estudo, foi possível de verificar esta situação, perante a grande percentagem de respostas obtidas, na questão: *sempre que o pai está com o seu bebé* “conversa e conta-lhe algumas histórias”.

Por outro lado, há ainda a ideia de que em alguns casos, o bebé precisa de total sossego e descanso, provavelmente tal facto relaciona-se com o resultado obtido em que também grande parte das respostas dos pais revela que sempre que estão com o bebé “é um misto de conversa e silêncio”. Este silêncio pode ser interpretado de várias formas, por um lado a ausência de investimento do pai perante o seu bebé, o que neste estudo parece não ser o mais provável mas sim, e por outro lado, o silêncio como espaço dado ao bebé para repousar, o silêncio de cumplicidade. É um silêncio “positivo”, após interacção, após dedicação e entrega ao bebé, este também precisa do seu espaço, do seu sossego e silêncio.

Cada vez mais é defendida a ideia de que a interacção precoce entre estes bebés e os pais é importante para o bom desenvolvimento desse novo ser (Vicente, 2006). Deste modo o toque, as massagens e as carícias são fundamentais. No instrumento usado neste estudo foi possível verificar que cada vez mais esta ideia se confirma, pois a maioria dos pais refere que sempre que está com o seu bebé “acariciam algumas vezes o seu corpo”. Face à impossibilidade de a amamentação, na maioria dos casos, ser feita por diferentes modos sem incluir o peito materno, é de extrema importância o contacto, a carícia, pois só deste modo o bebé consegue associar sons, imagens, cheiros a determinada pessoa em concreto. Todo este contacto corporal é de uma relevância extrema e isso foi possível de compreender quando

anteriormente se falou do “método canguru”, uma opção que parece ser muito proveitosa quer para o bebé, assim como para os pais.

Estes mesmos pais, sempre que pensam estar com o seu bebé, na maioria dizem sentir-se “cheio de vontade em vê-lo”. Este facto poderá relacionar-se com a alegria de ser pai e apesar da situação de prematuridade assim como o internamento do bebé, este momento da visita, o contacto com ele parece ser de facto vivido com bastante vontade. As questões da prematuridade e tudo o que possa implicar parecem não “prejudicar” na relação entre pai-bebé e na adaptação desse ao seu filho.

Quando estes pais imaginam o desenvolvimento pessoal do seu bebé, crêem na maioria que “será uma pessoa igual às outras”. Este aspecto seria de esperar, na medida em que também estes pais vêem os filhos como vencedores, capazes de ultrapassar os obstáculos da vida. O facto de o pai ter uma perspectiva de futuro em relação ao seu filho como um jovem que será como os outros é um passo importante para que a prematuridade seja encarada apenas como uma fase que em nada vai alterar relativamente à vida do jovem posteriormente. Apesar das complicações que a prematuridade pode trazer, tal como referido anteriormente neste estudo, o facto de o pai acreditar no filho é crucial para que o seu filho acredite também em si mesmo.

Ainda em relação ao que os pais têm sentido, nos últimos dias, estes em relação ao bebé, maioritariamente referem estar “muitíssimo próximos emocionalmente do bebé”. É um aspecto que à partida seria de esperar, pois segundo todo o envolvimento e empenho do pai em relação ao bebé, tudo isso leva a criação de laços mais coesos entre ambos, o que desde cedo marca totalmente na personalidade do futuro jovem.

Apesar da alegria que o pai demonstra ter sentido ao saber que iria ser pai, o facto de ser confrontado com o nascimento de um bebé prematuro, essa alegria poderia alterar-se mas, quando questionado em relação ao que sente, sempre que olha e pensa que é pai de um bebé prematuro, este responde “cheio de vontade em ser pai”.

Neste estudo foi possível ainda tentar analisar alguns resultados obtidos, nomeadamente na primeira visita, onde não se encontraram diferenças face o sexo do bebé, ou seja, independentemente do género do seu bebé, o pai mostra-se sempre com imensa vontade em vê-lo. Poderia supor-se aqui, e uma vez que estes dados apontam para esta situação, que estes pais estão bastante envolvidos e que encaram a paternidade com imensa vontade juntamente com dedicação.

Parece desta forma que o homem cada vez mais vive este seu momento e do seu bebé de forma activa, permitindo uma boa relação entre eles.

Relativamente ao género do bebé, este não influencia o pai no sentido de acariciar mais ou fazê-lo com menos regularidade o que é positivo pois independentemente do género do bebé, o pai preocupa-se mais em estabelecer contacto com ele, quer seja por toque, carícia, etc.

Nas questões de desenvolvimento social o pai acredita que o seu bebé é alvo de melhor relação com os amigos, num futuro próximo, se for rapaz do que rapariga. Nesta questão poderia referir-se as questões do papel do homem em relação à mulher, esse que antigamente era encarregue pela sua família, trabalhando e convivendo, ao contrário da mulher que se dedicava por inteiro à vida doméstica e familiar.

Quanto à vontade de ser pai, é possível de concluir que independentemente do género do bebé nascido prematuramente, estes pais sentem e vivem este momento da paternidade com bastante vontade. Sempre que olham para o seu bebé, o sentimento na vontade de ser pai é bastante significativa.

A paternidade pode ser vivida de inúmeras formas, desde a aceitação à rejeição. Neste caso em relação à alegria sentida no momento em que soube que iria ser pai e o sentimento na vontade de ser pai, sabendo que o seu bebé nasceu com algumas limitações, nasceu prematuro, o pai sente-se com imensa vontade em assumir o seu papel o que traz desde logo benefícios para o bebé e nomeadamente na relação entre ambos.

Tal como foi possível ter conhecimento de estudos realizados (Pedrosa et al., 2005) o pai parece ter maior adaptação na transição para a parentalidade do que a mãe. Crê-se importante de referir que cada vez mais o pai se envolve no seu papel, de pai, e que de facto notam-se diferenças quando comparado há uns anos atrás.

Apesar de não existirem muitos estudos relacionados única e exclusivamente para o pai, é possível de se fazerem especulações com base nos estudos realizados sobre a mãe do prematuro.

O pai é ainda muitas vezes visto apenas como figura de suporte, estando “fora de cena” o que neste estudo parece não se verificar, pois estamos perante um pai apto e enérgico para conviver e se desenvolver em simultâneo com o seu filho, nascido prematuramente. É indubitável, crê-se, falar nesta situação sem referir o que alguns autores referem de bebé imaginário ou seja, quando constata a realidade, i.e. o aspecto do bebé e todas as condições que lhe estão subjacentes, a alegria de ser pai permanece o que é muito enriquecedor a nível da construção pessoal do bebé, podendo possibilitar maior investimento do pai em relação ao seu filho e contribuir também para uma rápida aquisição de alta hospitalar.

Ao cruzar os dados entre os itens Primeira Visita e Sentimentos, no sentido de perceber se os sentimentos do pai antes da primeira visita seriam influenciados em relação ao impacto que essa iria desencadear, tal não se verificou ou seja, não há diferenças significativas. Esta situação poderia estar relacionada com a construção da imagem do bebé imaginário com o real e desencadear choque mas neste caso, não ocorreu esta situação.

Muitos aspectos poderiam ser apontados para explicação, desde a boa aceitação de ser pai e assumir a paternidade, às exigências que isso acarreta, até ao aspecto que o bebé tem que pode desencadear sentimentos de incapacidade ao pai para lidar e cuidar desse, entre outros. Assim sendo, tornar-se-ia pertinente a implementação de algumas propostas (Valansi & Morsch, 2004) no sentido de “preparar” os pais, ao ajudá-los a falar dos seus sentimentos.

Foi ainda possível de averiguar que, tal como seria suposto, face ao investimento do pai, na forma de estar com o seu bebé, emocionalmente leva esse a sentir-se mais próximo deste último. Já em relação ao pai que não investe, e que parece não se preocupar com o seu bebé, como é óbvio resulta o afastamento a nível emocional do pai ao bebé.

No mesmo sentido e resultado do investimento directo do pai no seu bebé (e.g. por carícia), isto conduz a que o pai se sinta mais próximo do seu bebé emocionalmente. Aqui implica que o pai vai sentir-se capaz de tal como a mãe, que tem vindo a ser líder em termos de cuidados prestados ao bebé, tomar tão bem conta dele, quanto possível.

A importância da carícia está associada à possibilidade de conseguir alta hospitalar mais rapidamente, pois tal como foi possível comprovar em estudos realizados, a massagem, o toque permitem acalmar a agitação do bebé e por consequente o aumento de peso (Field et al., cit. por Bloch et al., 2006). Em alguns casos e face à ansiedade sentida pelos pais, estes podem sentir-se inibidos de tocar no seu bebé. Uma vez que o pai investe maioritariamente neste aspecto, tudo isso poderia influenciar no sentido de conduzir a uma maior proximidade entre pai-bebé. Este aspecto verificou-se e foi de encontro à ideia defendida por Gomes-Pedro (2006) na importância de uma “melodia partilhada”, que é resultado de investimento e relação onde simultaneamente o pai e o bebé saem privilegiados.

Foi possível constatar que o pai parece de certo modo, saber lidar bem com a situação de prematuridade do seu bebé.

Através dos resultados obtidos neste estudo é possível constatar que existe nestes pais (de género masculino) preocupação e envolvimento nas questões da prematuridade do seu bebé.

Provavelmente a vontade de ser pai explica a alegria sentida levando desse modo a um total investimento do pai que, apesar de aspectos como o parto, a primeira vista, entre outros

poderem ser considerados difíceis de enfrentar pelo pai de bebê prematuro, neste estudo tal parece não se verificar.

Ainda assim, torna-se indispensável a criação de grupos de casais que de certo modo passam ou passaram por experiências de nascimento prematuro do seu bebê e deste modo, em conjunto poder partilhar dúvidas, angústias possibilitando um maior à-vontade aquando da alta hospitalar, momento este que pode tornar-se difícil para alguns pais uma vez que não têm a equipa médica a auxiliar e alguns imprevistos podem ser difíceis para esses de resolver.

É de extrema importância começar a agir, no sentido de trabalhar com todos, não só a área da saúde como também educação e com a comunidade em geral, para a prevenção de partos prematuros, assim como saber lidar perante esta situação.

5. CONCLUSÃO:

Foi possível verificar que a situação de prematuridade é uma eventualidade que pode interferir na vida do casal, neste caso do pai e na construção da relação inicial com o seu bebé.

Tem sido possível compreender que todo o processo de maternidade, em alguns casos, já é por si só difícil de aceitar e aquando do nascimento de um bebé prematuro, tudo pode tornar-se ainda mais complicado.

Inicialmente pode haver recusa dos pais, na aceitação deste filho mas tal como foi possível constatar neste estudo nem sempre isso acontece.

Nalguns casos, o medo de perder o filho, a imagem de um bebé frágil pode estar presente significativamente, bloqueando de certo modo o envolvimento do pai na relação com o seu bebé mas mais uma vez, foi possível de verificar que tal nem sempre sucede.

O pai foi visto neste estudo como um elemento crucial no desenvolvimento do seu filho, pois foi possível compreender que está empenhado em desenvolver o seu papel de pai e é envolvido por sentimentos, de uma maneira geral bastante positivos.

Cada vez mais é importante acompanhar todos os pais, particularmente em situações de prematuridade, e deste modo, podem os serviços de Neonatologia ter a preocupação devida com estes mesmos pais, nomeadamente na criação de um trabalho, nestas unidades, mais humano capaz de envolver activamente os pais para tratarem do seu bebé, desmistificar dúvidas, etc. A clarificação de factores associados com as dificuldades sentidas no sucesso de adaptação parental ao nascimento deste bebé é crucial para fundamentar intervenções multidisciplinares.

Deste modo trabalha-se de forma preventiva no sentido de controlar possíveis disfunções mais severas que possam interferir com o desempenho eficaz dos papéis parentais e só assim é possível que os pais intensamente consigam relacionar-se com o seu bebé, criando laços vincuativos que possam completar este último como um ser, capaz de pensar por si só.

A vontade de ser pai, neste caso foi considerável, explicando por isso todo o investimento do pai, todos os seus sentimentos carinhosos em relação ao seu filho nascido prematuramente.

Apesar do que seria suposto, face a alguns trabalhos realizados sobre esta temática, a apresentação deste bebé e o impacto que poderia causar poderia influenciar negativamente no envolvimento do pai e nas suas capacidades enquanto tal mas, dada a vontade de os sujeitos participantes neste estudo serem pais foi possível obter resultados mais harmoniosos, quer isto

dizer que o pai mostrou ser capaz de se envolver e agir activamente com o seu bebé permitindo por isso um maior e melhor desenvolvimento em relação a este último.

Pelo empenho neste trabalho e no possível mérito que possa ter, se assim se pode dizer, é importante de referir o máximo prazer que deu em ser concretizado, não só pelos conhecimentos que foram possíveis de adquirir em relação a esta temática mas também no envolvimento directo que foi possível ter na unidade de Neonatologia do Hospital onde se aplicaram grande número de questionários. Foi possível conviver com estes pais e bebés, ouvir os seus desejos em relação a estes últimos, na grande maioria relacionados com o aumento de peso do bebé e da alta hospitalar. Constatou-se ainda que nalguns casos quando os pais se têm de ausentar do local onde o seu bebé se encontra, sentem bastante confiança em relação ao pessoal da equipa médica, o que é de elogiar e entende-se como uma porta aberta para que existam cada vez mais casos de sucesso em relação ao bebé prematuro e os seus pais.

Por tudo isto e para concluir, pensa-se que poderia ser interessante estudar novamente os sentimentos e vivências sentidas por estes mesmos pais, participantes neste estudo, no momento de nascimento do seu segundo filho (independentemente de ser prematuro ou de termo).

Seria ainda possivelmente curioso comparar os sentimentos de pais (de género masculino) de bebés prematuros e bebés nascidos de termo. Possivelmente todo o seu envolvimento seria diferente dada a aparência do seu bebé, os cuidados que este depende, etc.

Por último crê-se ainda poder ser pertinente estudar com maior exaustão as questões de perda do bebé nascido prematuramente e os sentimentos que podem surgir no pai.

6. Referências:

- Acioly, M. C. (2003). Prematuridade. Consultado em Janeiro, 5, 2008 através de <http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?codigo=181>
- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J., Roscher, B., & Walker L. (1989). Effects of formal support on mother's adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: the benefits and costs of helping. *Child Development*, 60, 488-501.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia*, 10, 279-285.
- Almeida, A. (1994). *A representação materna, paterna e filial de crianças normais e deprimidas*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Balancho, L. (2003). *Ser pai, hoje*. Lisboa: Editorial Presença.
- Balancho, L. (2004). Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 22, 377-386.
- Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In Leal, I. (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 2003)

- Browne, J. (2003). New perspectives on premature infants and their parents. *Journal Zero to Three*. Retrieved Dezembro, 2, 2007 from <http://www.zerotothree.org/site/DocServer/vol24-2a.pdf?docID=2301&AddInterest=1147>
- Campos, R. C. (2004). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, 15-35.
- Camus, J., (2000). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade - compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal, I. (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Classificação social internacional estabelecida pelo PROFESSOR GRAFFARD (Bruxelas)*. Retrieved Abril 15, 2008 from the: http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Graffar.pt
- Condon, J. (2001). Antenatal emotional attachment scale (AEAS). In B. Perlmutter, J. Touliatos & G. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques* (Vol. 3, pp. 203-205). Thousand Oaks: Sage.
- Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advance Nursing*, 6, 563-570.
- Feliciano, F. (2007). *Método Canguru – o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Almedina.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In Leal, I. (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 287-306). Lisboa: Fim de Século.
- Fowlie, P., & McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *Clinical Review*, 329, 1336-1338.

- Freitas, W., Coelho, E., & Silva, A. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno Saúde Pública*, 1, 137-145.
- Gomes-Pedro, J. (2006). O brincar do bebê. *Caderno do Bebê*, 11-22.
- Gomez, R. M. (2005). O Pai – Paternidade em Transição. In Leal, I. (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Guimarães, H. (2007). «Nascer Prematuro» ensina pais a receber filhos prematuros. Consultado em 22 de Janeiro de 2008 através de http://diariodigital.sapo.pt/print.asp?id_news=304822
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi.
- Hummel, P. (2003). Parenting the high-risk infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 3, 88-92.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 10, 19-34.
- Linhares, M. B., Carvalho, A. E., Bordin, M. B., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. (2007). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. Consultado em Dezembro, 12, 2007 através de <http://sites.ffclrp.resp.br/paideia/artigos/18/05.doc>
- Martinez, F. (2004). Crescimento de recém-nascidos pré-termo. *Jornal de Pediatria*, (80), 4. Retrieved Janeiro, 5, 2008 from Scielo Scientific Electronic Library Online.
- Matono, M. J., & Algarvio S. (2004). Preocupações parentais em pais de crianças prematuras. In Ribeiro J. e Leal I. (Ed.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.279-284). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Miyoshi, M. H., Guinsburg, R., Kopelman, B. I., Rodrigues, S. A., & Kantorowitz, J. (1999). *Terapêutica de reposição com surfactante exógeno em recém-nascidos prematuros com Síndrome do Desconforto Respiratório*. Recuperado em Dezembro, 30, 2007, através da fonte <http://www.brazilpednews.org.br/marco99/ao99002.htm>
- Moreira, J. O. (2007). A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, 5, 91-106.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman R. (2001). Nascimento e recém-nascido. *O mundo da criança*. (cap. 4, pp. 122-152). Portugal: McGraw-Hill.
- Pavoine, S., Azémar, F., Rajon, A. M., & Raynaud, J. P. (2004). Parents d'enfant prématuré: quel devenir sur la première année de vie?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 398-404.
- Pedrosa, A. A., Canavarro, M. C., Oliveira, C. M., Ramos, M. M., & Monteiro, S. O. (2005). Prematuridade e transição para a parentalidade: comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pai de bebés prematuros. *IberPsicologia*. Consultado em Novembro, 10, 2007 através de http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/araujo/araujo.htm
- Pereira, T. M. (1998). A outra metade da medicina: monografias breves de psicologia médica. *Mãe de filho prematuro*. (cap. 1, pp.15-25). Lisboa: Climepsi.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3, 303-314.
- Rebello, C., Proença, R., Troster, E., & Jobe, A. (2002). Terapia com surfactante pulmonar exógeno - o que é estabelecido e o que necessitamos determinar. *Jornal de Pediatria*, 78.

- Reid, T., Bramwell, R., Booth, N., & Weindling, A. M. (2007). A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: the NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25, 66-82.
- Reis, N. (2006). Com a vista na ponta dos dedos... *Caderno do Bebê*, 53-60.
- Rodrigues, R., & Oliveira, I. (2004). Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). Consultado em Novembro 13, 2007 através de <http://www.fen.ufg.br/>
- Sá, E. (2003). *Textos com psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2006). Da comunhão à comunhão...posição uterina e amor sem objecto. *Caderno do Bebê*, 105-114.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas associadas à prematuridade. *Psychologica*, 10, 61-68.
- Silva, P. (2007). *Afinal, o que é um prematuro?* Consultado em 30 de Dezembro de 2007 através de <http://serprematuro.blogspot.com/2007/06/minha-histria.html>
- Silva, P. (2007). *A unidade de cuidados intensivos neonatais*. Consultado em 30 de Dezembro de 2007 através de <http://serprematuro.blogspot.com/2007/11/unidade-de-cuidados-intensivos.html>
- Silva, P. (2007). *Neonatologia – conceito e história*. Consultado em 30 de Dezembro de 2007 através de <http://serprematuro.blogspot.com/2007/10/neonatologia-conceito-e-histria.html>
- Silva, P. (2007). *Ser prematuro em Portugal*. Consultado em 30 de Dezembro de 2007 através de <http://serprematuro.blogspot.com/2007/12/ser-prematuro-em-portugal.html>

Stern, D. (1989). *Bebé Mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Edições Salamandra.

Stern, D. (1991). *Diário de um bebê*. Lisboa: Difusão Cultural.

Thomaz, A., Tenório de Lima, M., Tavares, C., & Gonçalves de Oliveira, C. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10. Consultado em Janeiro, 22, 2008 através de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000100016&script=sci_arttext

Tronchin, D., & Tsunehiro M. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 93-101. Consultado em Dezembro 4, 2007 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100013&lng=pt&nrm=iso

Valansi, L., & Morsch, D. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia: ciência e profissão*, 24. Consultado em Dezembro 4, 2007 através de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200012&lng=pt&nrm=iso

Vaz, F., & Machado, A. (2006). A parentalidade durante a gravidez. In R. Correia, I. Trindade & J. Carvalho Teixeira (Eds.), *V Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 43-54). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Veríssimo, M., Monteiro, L., & Santos A. (2006). Para além da mãe: A vinculação na tríade mãe-pai-criança. *Caderno do Bebê*, 73-85.

Vicente, L. (2006). A escuta: do olhar ao tocar. *Caderno do Bebê*, 61-68.

Vidigal, V., Pires, A., & Matos, R. (2001). Prematuridade e comportamento maternal. *Psicologia da saúde*, 233-251.

Wagner, A., Predebon, J., & Verza, C. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 181-186.

ANEXOS

Anexo A – Pedido de autorização à Unidade de Prematuros



Eu, Patrícia Isabel de Sousa Fernandes Carrola Rodrigues, estudante do 5º Ano do Mestrado Integrado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob orientação do Prof. Doutor Eduardo Sá, venho por este meio solicitar a V. Exas. a autorização para efectuar a recolha de dados para a minha tese de mestrado.

É objectivo deste estudo compreender as vivências e sentimentos do pai face ao seu bebé nascido prematuramente. Os dados recolhidos serão confidenciais e anónimos, via questionário a pais de género masculino.

Estes dados serão, se possível, recolhidos por mim em data, a combinar, do vosso agrado.

Cordialmente,

Patrícia Rodrigues

Orientador, Prof. Doutor Eduardo Sá

Lisboa, 9 de Janeiro de 2008

Anexo B - Termo de consentimento informado



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Eu, _____, certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Patrícia Rodrigues se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa.

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente explicada.

Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco.

Sou livre de responder às questões desta investigação e posso, a qualquer altura, retirar o meu consentimento, terminado assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do investigador)

Data: __/__/2008

Anexo C – Antenatal Emotional Attachment Scale
(AEAS)

ANTENATAL EMOTIONAL ATTACHMENT SCALE (AEAS)

J. T. Condon

PATERNAL VERSION

Instructions: Please answer the following questions by checking (✓) one of the five choices.

1. Over the past 2 weeks, I have thought about or been preoccupied with the developing baby:
 - almost all the time
 - very frequently
 - frequently
 - occasionally
 - not at all
2. Over the past 2 weeks, when I have spoken about or thought about the developing baby I got emotions that were:
 - very weak or nonexistent
 - fairly weak
 - in between strong and weak
 - fairly strong
 - very strong
3. Over the past 2 weeks, my feelings about the developing baby have been:
 - very positive
 - mainly positive
 - mixed positive and negative
 - mainly negative
 - very negative
4. Over the past 2 weeks, I have had the desire to read about or get information about the developing baby. This desire is:
 - very weak or nonexistent
 - fairly weak
 - neither strong nor weak
 - moderately strong
 - very strong
5. Over the past 2 weeks, I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my wife's womb:
 - almost all the time
 - very frequently
 - frequently
 - occasionally
 - not at all

6. Over the past 2 weeks, I think of the developing baby mostly as:
- a real little person with special characteristics
 - a baby like any other baby
 - a human being
 - a living thing
 - a thing not yet really alive
7. Over the past 2 weeks, when I think about the developing baby my thoughts:
- are always tender and loving
 - are mostly tender and loving
 - are a mixture of both tenderness and irritation
 - contain a fair bit of irritation
 - contain a lot of irritation
8. Over the past 2 weeks, my ideas about possible names for the baby have been:
- very clear
 - fairly clear
 - fairly vague
 - very vague
 - I have no idea at all
9. Over the past 2 weeks, when I think about the developing baby I get feelings that are:
- very sad
 - moderately sad
 - a mixture of happiness and sadness
 - moderately happy
 - very happy
10. Over the past 2 weeks, I have been thinking about what kind of child the baby will grow into:
- not at all
 - occasionally
 - frequently
 - very frequently
 - almost all the time
11. Over the past 2 weeks, I have felt:
- very emotionally distant from the baby
 - moderately emotionally distant from the baby
 - not particularly emotionally close to the baby
 - moderately close emotionally to the baby
 - very close emotionally to the baby
12. When I first see the baby after the birth, I expect I will feel:
- intense affection
 - mostly affection
 - affection, but I expect there may be a few aspects of the baby I will dislike
 - I expect there may be quite a few aspects of the baby I will dislike
 - I expect I might feel mostly dislike
13. When the baby is born, I would like to hold the baby:
- immediately
 - after it has been wrapped in a blanket
 - after it has been washed
 - after a few hours for things to settle down
 - the next day

14. Over the past 2 weeks, I have had dreams about the pregnancy or baby:
- not at all
 - occasionally
 - frequently
 - very frequently
 - almost every night
15. Over the past 2 weeks, I have found myself feeling, or rubbing with my hand, the outside of my wife's stomach where the baby is:
- a lot of times each day
 - at least once per day
 - occasionally
 - once only
 - not at all
16. If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to my wife, I expect I would feel:
- very pleased
 - moderately pleased
 - neutral (i.e., neither sad nor pleased; or mixed feelings)
 - moderately sad
 - very sad

MATERNAL VERSION

Instructions: Please answer the following questions.

1. Over the past 2 weeks, I have thought about or been preoccupied with the baby inside me:
- almost all the time
 - very frequently
 - frequently
 - occasionally
 - not at all
2. Over the past 2 weeks, when I have spoken about or thought about the baby inside me I got emotional feelings that were:
- very weak or nonexistent
 - fairly weak
 - in between strong and weak
 - fairly strong
 - very strong
3. Over the past 2 weeks, my feelings about the baby inside me have been:
- very positive
 - mainly positive
 - mixed positive and negative
 - mainly negative
 - very negative

Anexo D – Instrumento

Instruções: É favor responder às seguintes questões, assinalando apenas uma das cinco possibilidades.

1. Quando soube que ia ser pai, vivi este momento:

- com toda a alegria
- com alguma alegria
- nem com alegria, nem sem alegria
- com pouca alegria
- sem alegria

2. Ao saber que o bebé nasceria antes do tempo previsto, senti-me:

- muito triste e com receio de que algo pudesse correr mal com o bebé
- triste e com algum receio de que algo pudesse correr mal com o bebé
- com um misto de tristeza, receio e simultaneamente alegria
- moderadamente alegre
- muito alegre

3. Antes da primeira visita ao meu bebé sentia-me:

- sem vontade nenhuma em vê-lo
- com pouca vontade em vê-lo
- com alguma vontade em vê-lo
- com bastante vontade em vê-lo
- cheio de vontade em vê-lo

4. Quando vi o meu bebé pela primeira vez tive sentimentos que foram:

- total tristeza
- alguma tristeza
- um misto de tristeza e alegria
- alguma alegria
- bastante alegria

5. Nos últimos dias, sempre que penso no meu bebé em desenvolvimento (físico e psicológico) e no seu futuro (profissional) vejo-o como:

- um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos
- um possível vencedor
- um ser capaz de vencer e simultaneamente ter dificuldades
- um ser que terá algumas dificuldades
- um ser que terá sempre imensas dificuldades a todos os níveis

6. Desde o momento do nascimento prematuro do meu bebé:

- tenho-me interessado imenso por ler e obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar
- tenho sentido algum interesse em ler e obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar
- por vezes interesse-me em obter informações sobre os cuidados que ele precise mas, desinteresse-me de imediato

- sinto-me desinteressado em obter informações sobre os cuidados que ele possa precisar
- sinto-me totalmente desinteressado em ler e obter informações sobre os cuidados que ele precise

7. Quando estou noutros locais, afastado do meu bebé, estou envolvido por sentimentos que são:

- sempre carinhosos e ternos
- grande parte carinhosos e ternos
- misto de carinho e desilusão
- grande parte infelicidade e desilusão
- sempre de infelicidade e desilusão

8. Sempre que penso no aspecto do meu bebé sinto:

- imensa felicidade
- alguma felicidade
- nem muita nem pouca felicidade
- pouca felicidade
- nenhuma felicidade

9. Sempre que estou com o meu bebé:

- converso muito com ele e conto-lhe imensas histórias
- converso e conto-lhe algumas histórias
- é um misto de conversa e silêncio
- pouco contacto estabeleço com ele
- não estabeleço qualquer contacto com ele

10. Sempre que estou com o meu bebé:

- acaricio constantemente o seu corpo
- acaricio algumas vezes o seu corpo
- por vezes acaricio o seu corpo, mas noutros momentos não o faço
- raramente acaricio o seu corpo
- nunca acaricio o seu corpo

11. Quando penso que vou estar com o meu bebé sinto-me:

- sem vontade
- com pouca vontade
- com alguma vontade em vê-lo
- com bastante vontade em vê-lo
- cheio de vontade em vê-lo

12. Quando imagino o desenvolvimento pessoal do meu bebé (a nível social), acredito que quando for jovem/adulto, na relação com os amigos:

- será uma pessoa igual às outras
- será quase igual aos outros
- não será igual nem diferente dos outros
- será inferior aos outros
- será muito inferior e diferente dos outros

13. Nos últimos dias, tenho-me sentido:

- emocionalmente muito distante do bebé

- algo distante emocionalmente do bebé
- moderadamente próximo do meu bebé
- bastante próximo emocionalmente do bebé
- muitíssimo próximo emocionalmente do bebé

14. Sempre que penso que sou pai de um bebé prematuro, ao olhar para ele sinto-me:

- sem vontade de ser pai
- com pouca vontade de ser pai
- nem com vontade, nem sem vontade em ser pai
- com alguma vontade em ser pai
- cheio de vontade em ser pai.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo E – Dados de caracterização

Dados do agregado familiar:

Idade do pai: _____

Habilitações literárias do pai (último ano de escolaridade, que concluiu): _____

Estado civil: _____

Idade da mãe: _____

Habilitações literárias da mãe (último ano de escolaridade que concluiu): _____

Idade gestacional do bebé (à nascença): _____

Peso do bebé à nascença: _____

Sexo do bebé: _____

Muito obrigada!

Anexo F – Classificação do nível de instrução

Classificação social Internacional estabelecida pelo PROFESSOR GRAFFARD (Bruxelas)

Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios, a saber:

1. A profissão
2. Nível de instrução
3. Fonte de rendimento familiar
4. Contorno do alojamento
5. Aspecto do bairro onde habita

Numa primeira fase deverá atribuir-se a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obter-se-á com a soma destas pontuações o escalão que a família ocupa na sociedade.

1. A PROFISSÃO

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai. Se a mãe exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso, servirá de base para a classificação da família.

- 1.º Grau Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
- 2.º Grau Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
- 3.º Grau Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
- 4.º Grau Ensino primário completo
Motoristas, policiais, cozinheiros, etc.
(operários especializados)
- 5.º Grau Jornaleiros, mandareles, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados)

2. O NÍVEL DE INSTRUÇÃO

As categorias são as seguintes:

- 1.º Grau Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)
- 2.º Grau Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)
- 3.º Grau Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)
- 4.º Grau Ensino primário completo (6 anos de estudo)
- 5.º Grau Ensino primário incompleto ou nulo.

Exemplos de graus de instrução

- 1.º Grau Catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares de Academia.
- 2.º Grau Técnicos e peritos.
- 3.º Grau Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia.
- 4.º Grau Ensino primário completo
- 5.º Grau Um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever ou analfabetos.

Anexo G – Primeiras frequências obtidas

ALEGRIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid com alguma alegria	2	16,7	16,7	16,7
com toda a alegria	10	83,3	83,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

NANTEMPO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid com um misto de tristeza, receio e simultaneamente alegria	8	66,7	66,7	66,7
moderadamente alegre	4	33,3	33,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

PRMVISIT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid com bastante vontade em vê-lo	3	25,0	25,0	25,0
cheio de vontade em vê-lo	9	75,0	75,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	

SENTIMENT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alguma alegria	6	50,0	50,0	50,0
bastante alegria	6	50,0	50,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	

DESFUTBE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid um possível vencedor	6	50,0	50,0	50,0
um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos	6	50,0	50,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	

INFORMAÇ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por vezes interesse-me em ler e obter informações, mas desinteresse-me de imediato	1	8,3	8,3	8,3
	tenho sentido algum interesse em ler e obter informações	10	83,4	83,4	91,7
	tenho-me interessado imenso por ler e obter informações	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

AFSENTIM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	misto de carinho e desilusão	1	8,3	8,3	8,3
	grande parte carinhosos e ternos	7	58,3	58,3	66,6
	sempre carinhosos e ternos	4	33,4	33,4	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

PSASPECT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nem muita nem pouca felicidade	1	8,3	8,3	8,3
	alguma felicidade	6	50,0	50,0	58,3
	imensa felicidade	5	41,7	41,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

ESTCBEBE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	é um misto de conversa e silêncio	2	16,7	16,7	16,7
	converso e conto-lhe algumas histórias	4	33,3	33,3	50,0
	converso muito com ele e conto-lhe imensas histórias	6	50,0	50,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

CARICIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por vezes acaricio o seu corpo, mas noutros momentos não o faço	1	8,3	8,3	8,3
	acaricio algumas vezes o seu corpo	9	75,0	75,0	83,3
	acaricio constantemente o seu corpo	2	16,7	16,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

SENTVONT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com bastante vontade em vê-lo	2	16,7	16,7	16,7
	cheio de vontade em vê-lo	10	83,3	83,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

DESOCIAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	será quase igual aos outros	1	8,3	8,3	8,3
	será uma pessoa igual às outras	11	91,7	91,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

SENTEMOÇ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderadamente próximo do meu bebé	1	8,3	8,3	8,3
	bastante próximo emocionalmente do bebé	1	8,3	8,3	16,6
	muitíssimo próximo emocionalmente do bebé	10	83,4	83,4	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

VONTDPAI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com alguma vontade em ser pai	1	8,3	8,3	8,3
	cheio de vontade em ser pai	11	91,7	91,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Anexo H – Estado civil

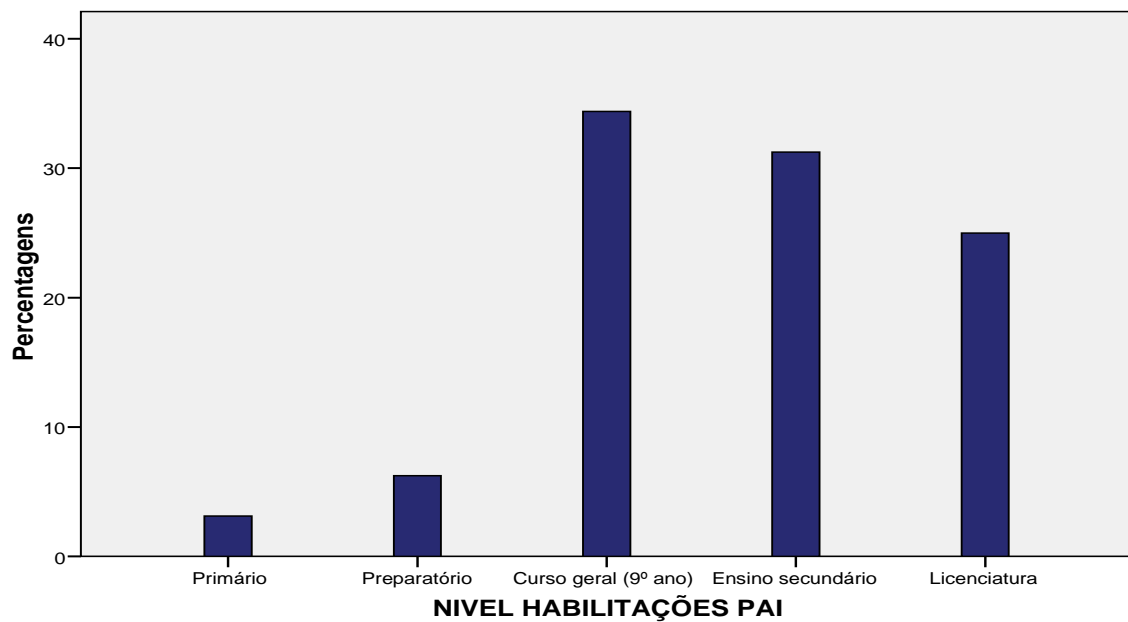
ESTADO CIVIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	1	3,1	3,1	3,1
	Casado	31	96,9	96,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Anexo I – Nível de habilitações literárias dos pais (género masculino)

NIVEL HABILITAÇÕES PAI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primário	1	3,1	3,1	3,1
	Preparatório	2	6,2	6,2	9,3
	Curso geral (9º ano)	11	34,4	34,4	43,7
	Ensino secundário	10	31,3	31,3	75,0
	Licenciatura	8	25,0	25,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

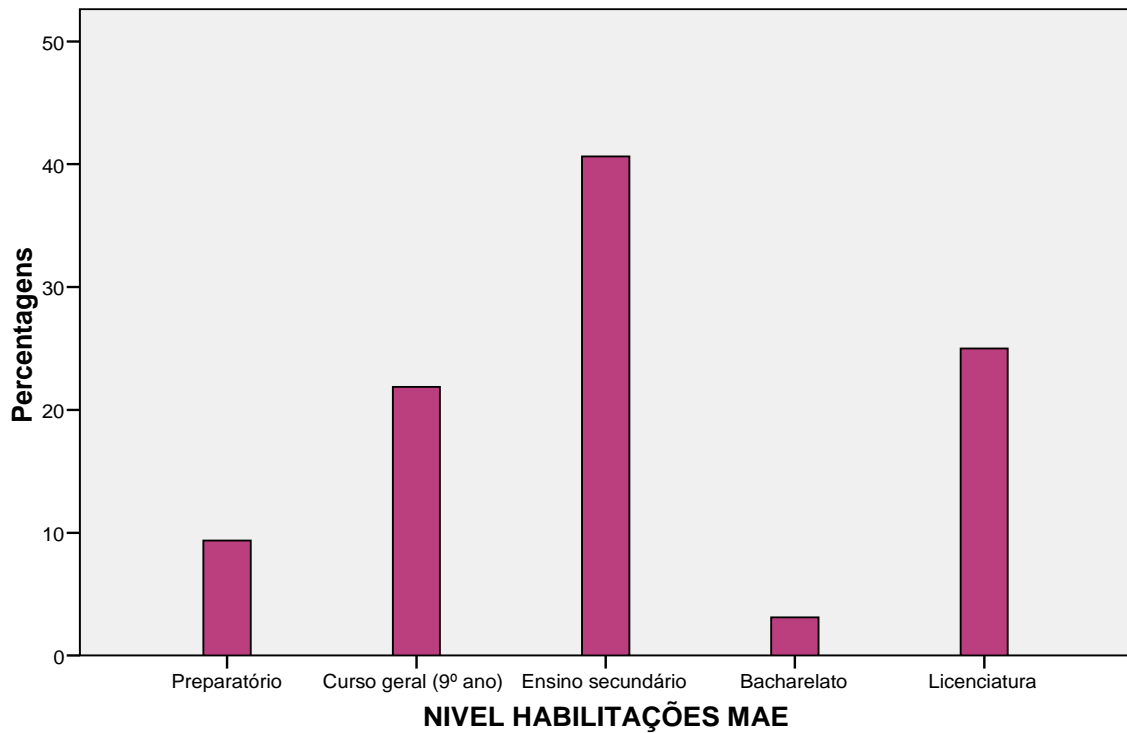
NIVEL HABILITAÇÕES PAI

Anexo J – Nível de habilitações literárias das mães

NIVEL HABILITAÇÕES MAE

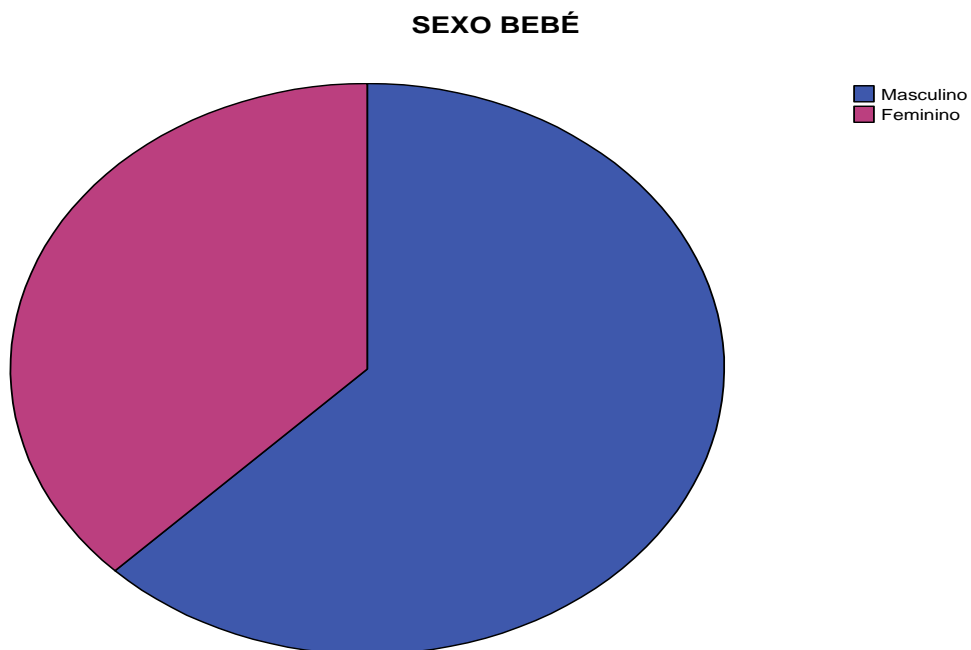
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preparatório	3	9,4	9,4	9,4
	Curso geral (9º ano)	7	21,9	21,9	31,3
	Ensino secundário	13	40,6	40,6	71,9
	Bacharelato	1	3,1	3,1	75,0
	Licenciatura	8	25,0	25,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

NIVEL HABILITAÇÕES MAE



Anexo K – Percentagem em relação ao sexo do bebé

SEXO BEBÉ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	20	62,5	62,5	62,5
	Feminino	12	37,5	37,5	100,0
Total		32	100,0	100,0	

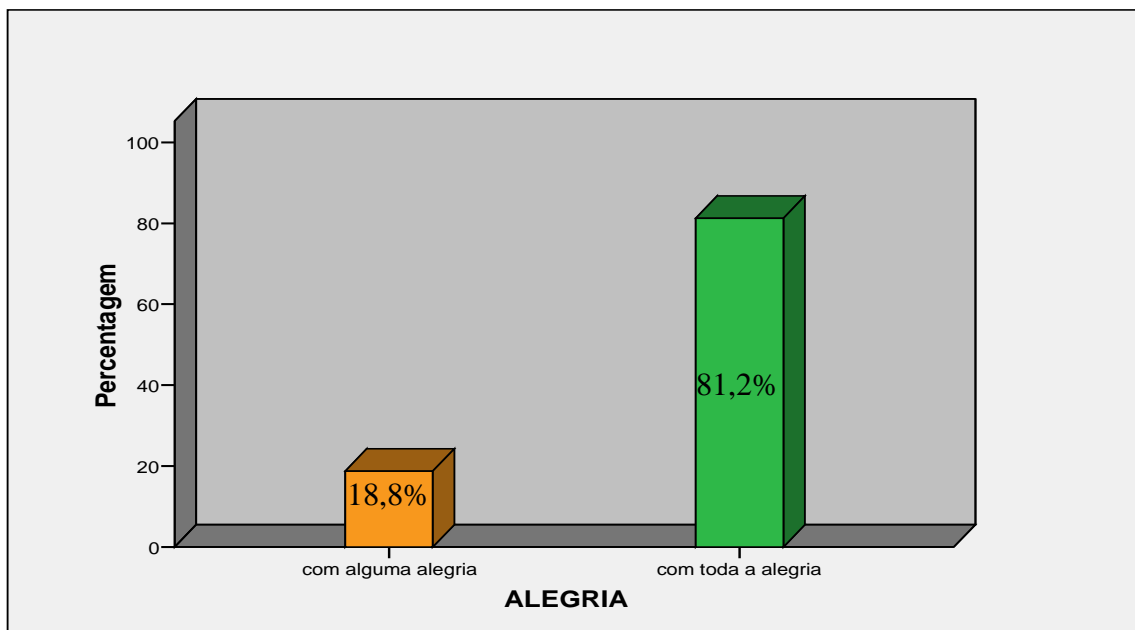


Anexo L – Frequências das variáveis

Questão 1 do questionário utilizado (variável ALEGRIA): “Quando soube que ia ser pai, vivi este momento”:

ALEGRIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com alguma alegria	6	18,8	18,8	18,8
	com toda a alegria	26	81,2	81,2	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

ALEGRIA

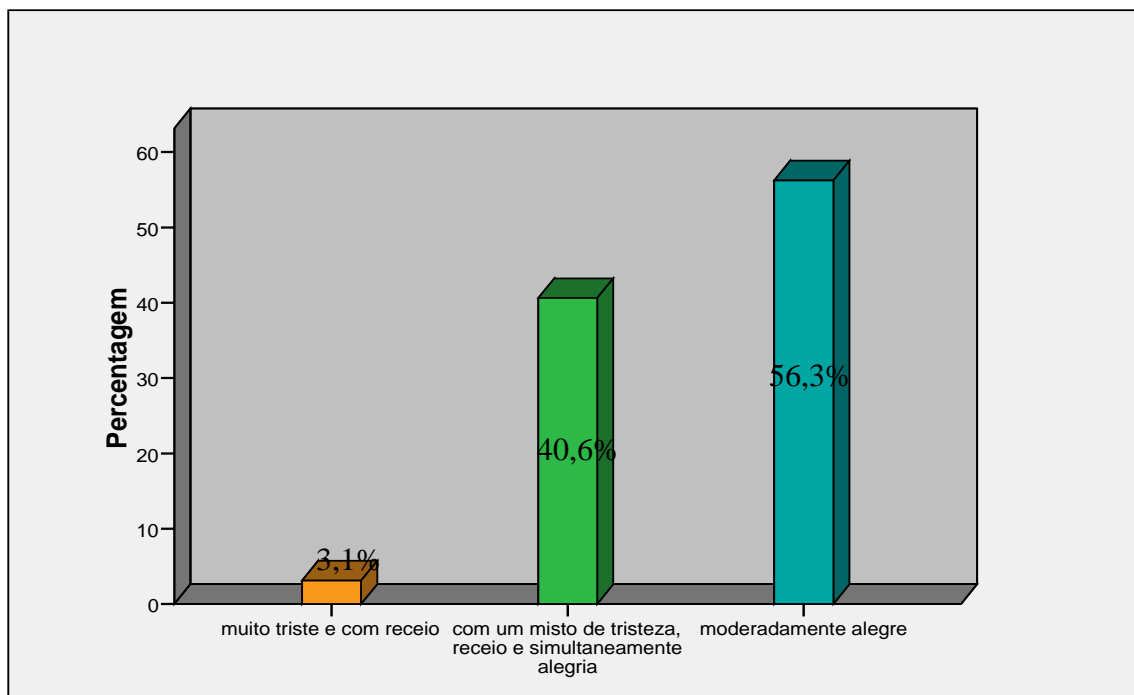


Questão 2 (variável NANTEMPO): “ Ao saber que o bebê nasceria antes do tempo previsto, senti-me”:

NASCIMENTO ANTES TEMPO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muito triste e com receio	1	3,1	3,1	3,1
com um misto de tristeza, receio e simultaneamente alegria	13	40,6	40,6	43,7
moderadamente alegre	18	56,3	56,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

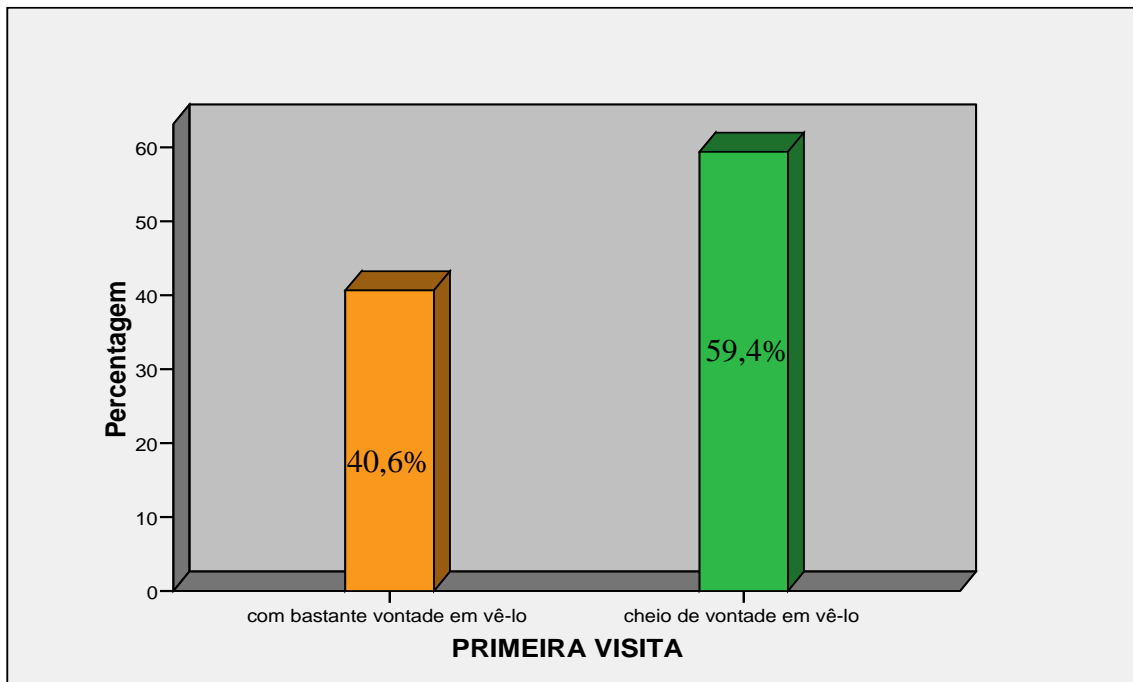
NASCIMENTO ANTES TEMPO



Questão 3 (variável PRMVISIT): “Antes da primeira visita ao meu bebê sentia-me”:

PRIMEIRA VISITA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com bastante vontade em vê-lo	13	40,6	40,6	40,6
	cheio de vontade em vê-lo	19	59,4	59,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

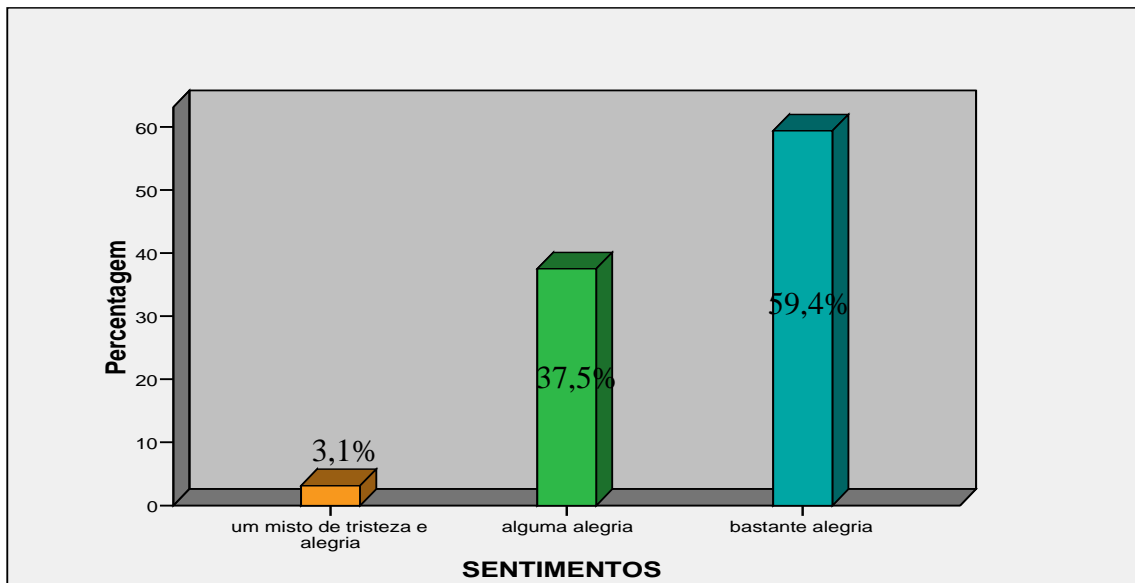
PRIMEIRA VISITA



Questão 4 (variável SENTIMEN): “Quando vi o meu bebê pela primeira vez tive sentimentos que foram”:

SENTIMENTOS				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
um misto de tristeza e alegria	1	3,1	3,1	3,1
alguma alegria	12	37,5	37,5	40,6
bastante alegria	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

SENTIMENTOS

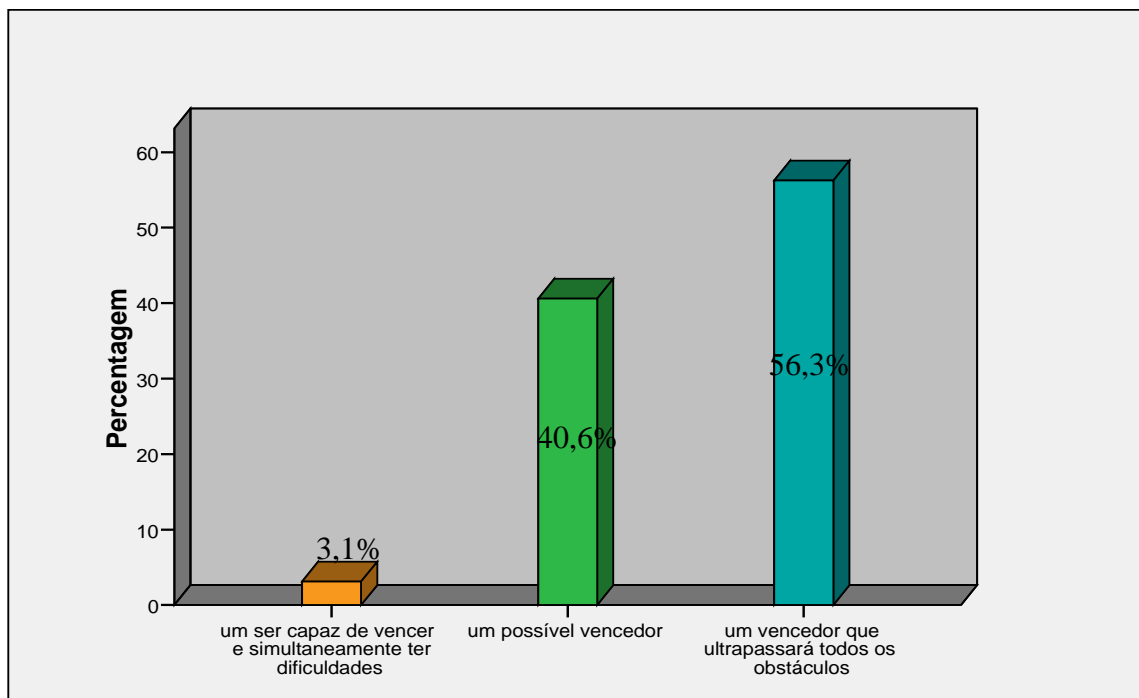


Questão 5 (variável DESFUTBE): “Nos últimos dias, sempre que penso no meu bebê em desenvolvimento (físico e psicológico) e no seu futuro (profissional) vejo-o como”:

DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid um ser capaz de vencer e simultaneamente ter dificuldades	1	3,1	3,1	3,1
um possível vencedor	13	40,6	40,6	43,7
um vencedor que ultrapassará todos os obstáculos	18	56,3	56,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

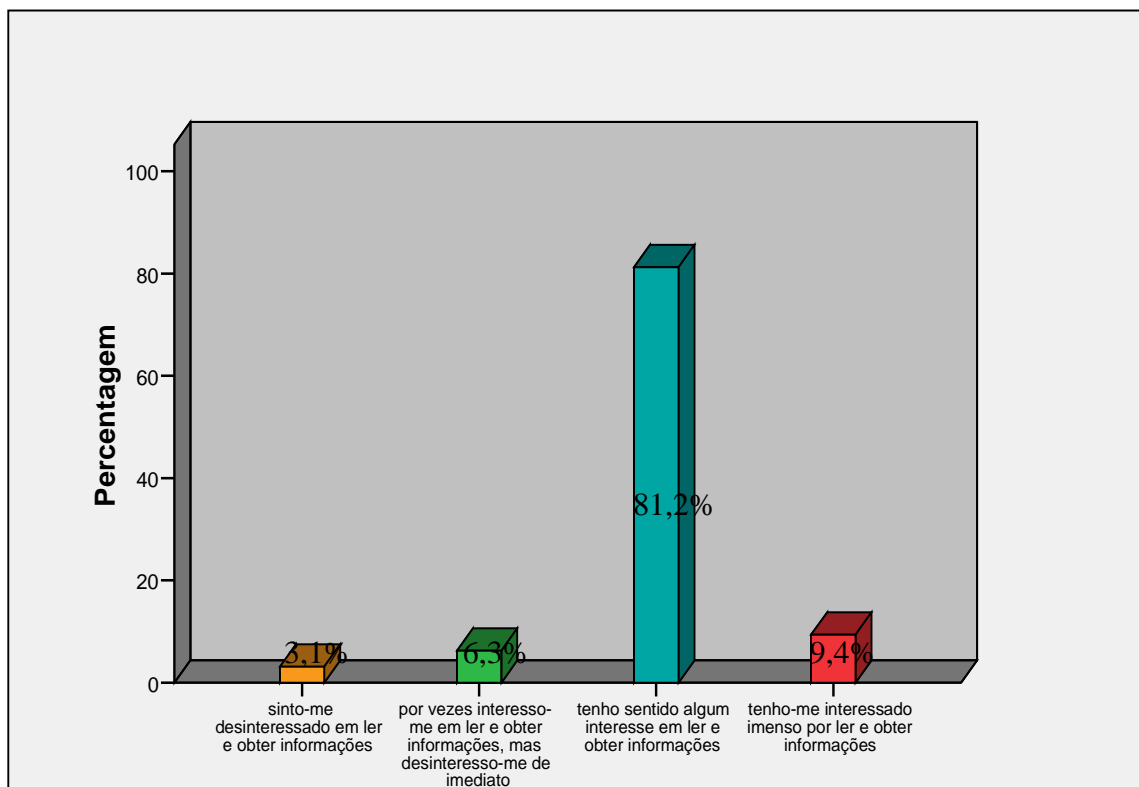
DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ



Questão 6 (variável INFORMAÇ): “ Desde o momento do nascimento prematuro do meu bebê”:

INFORMAÇÕES					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sinto-me desinteressado em ler e obter informações	1	3,1	3,1	3,1
	por vezes interesse-me em ler e obter informações, mas desinteresse-me de imediato	2	6,3	6,3	9,4
	tenho sentido algum interesse em ler e obter informações	26	81,2	81,2	90,6
	tenho-me interessado imenso por ler e obter informações	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

INFORMAÇÕES

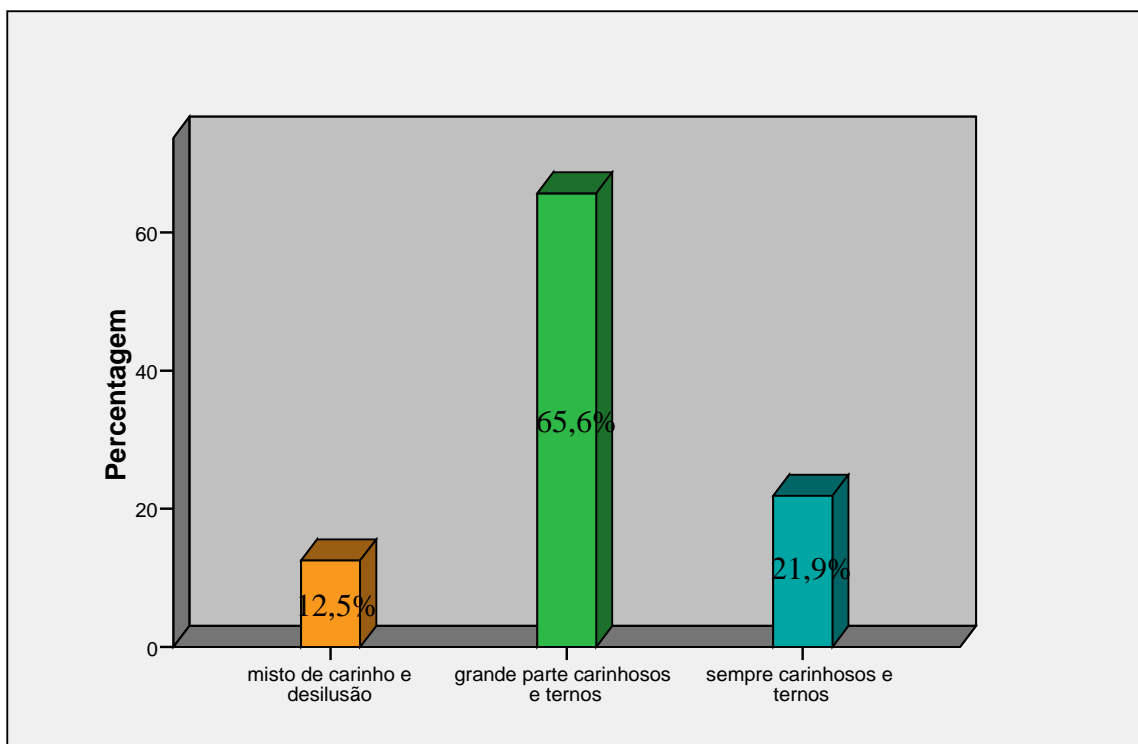


Questão 7 (variável AFSENTIM): “Quando estou noutros locais, afastado do meu bebé, estou envolvido por sentimentos que são”:

AFASTADO BEBÉ SENTIMENTOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	misto de carinho e desilusão	4	12,5	12,5	12,5
	grande parte carinhosos e ternos	21	65,6	65,6	78,1
	sempre carinhosos e ternos	7	21,9	21,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

AFASTADO BEBÉ SENTIMENTOS

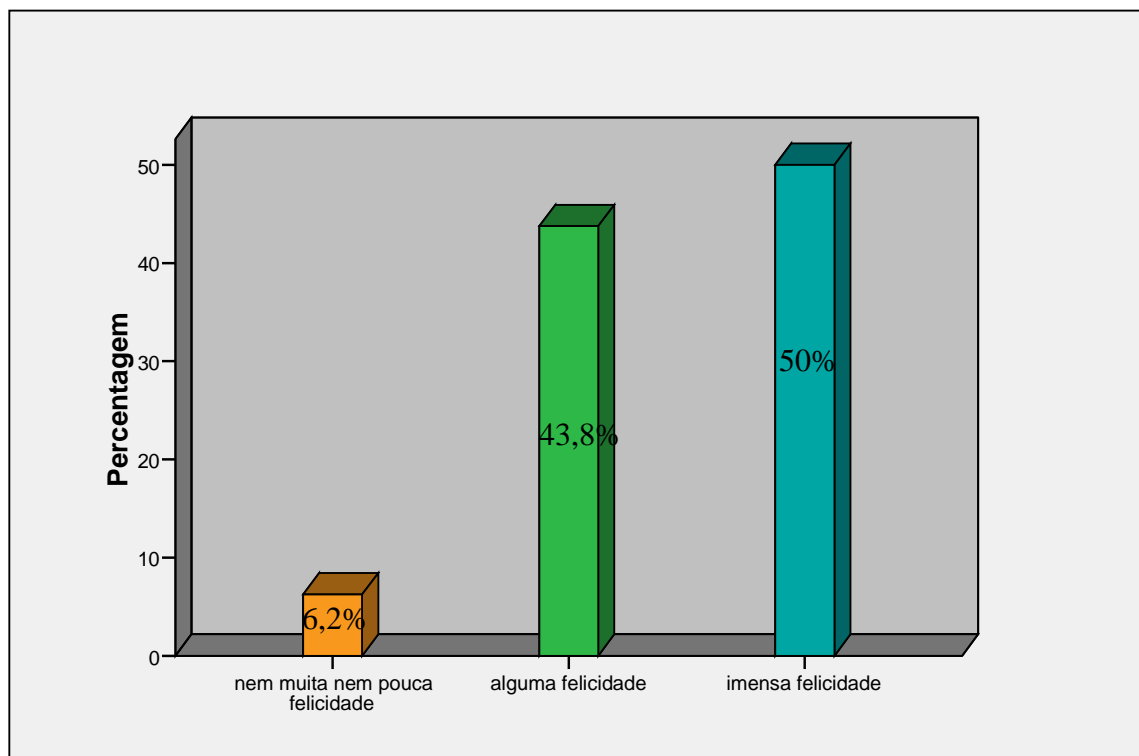


Questão 8: “ Sempre que penso no aspecto do meu bebé sinto”:

PENSO ASPECTO BEBÉ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nem muita nem pouca felicidade	2	6,2	6,2	6,2
	alguma felicidade	14	43,8	43,8	50,0
	imensa felicidade	16	50,0	50,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

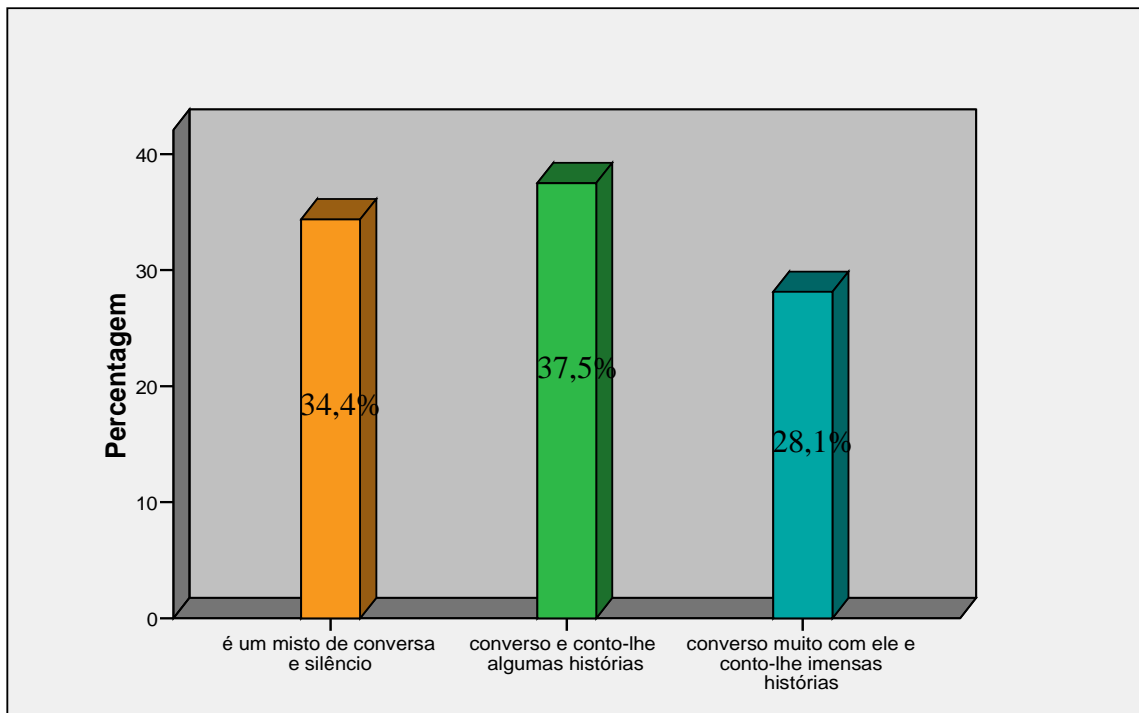
PENSO ASPECTO BEBÉ



Questão 9 (variável ESTCBEBE): “Sempre que estou com o meu bebé”:

ESTOU COM BEBÉ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	é um misto de conversa e silêncio	11	34,4	34,4	34,4
	converso e conto-lhe algumas histórias	12	37,5	37,5	71,9
	converso muito com ele e conto-lhe imensas histórias	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

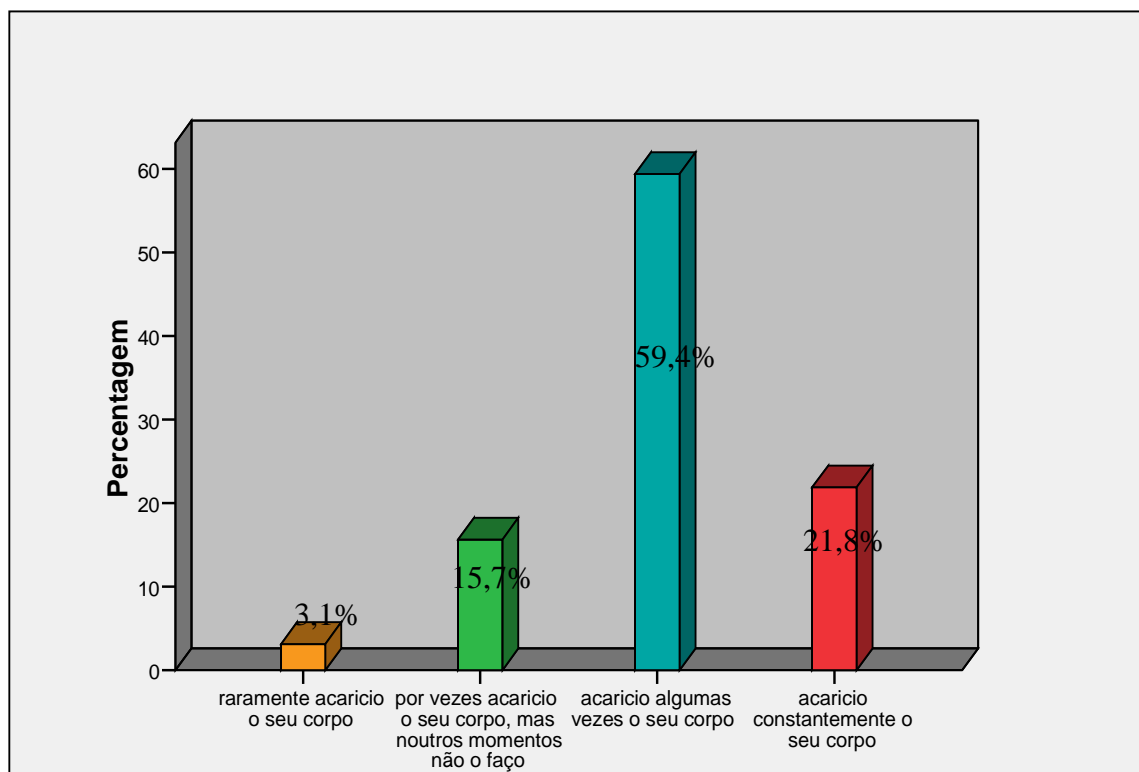
ESTOU COM BEBÉ



Questão 10 (variável CARÍCIA): “Sempre que estou com o meu bebé”:

		CARÍCIA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente acaricio o seu corpo	1	3,1	3,1	3,1
	por vezes acaricio o seu corpo, mas noutros momentos não o faço	5	15,7	15,7	18,8
	acaricio algumas vezes o seu corpo	19	59,4	59,4	78,2
	acaricio constantemente o seu corpo	7	21,8	21,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

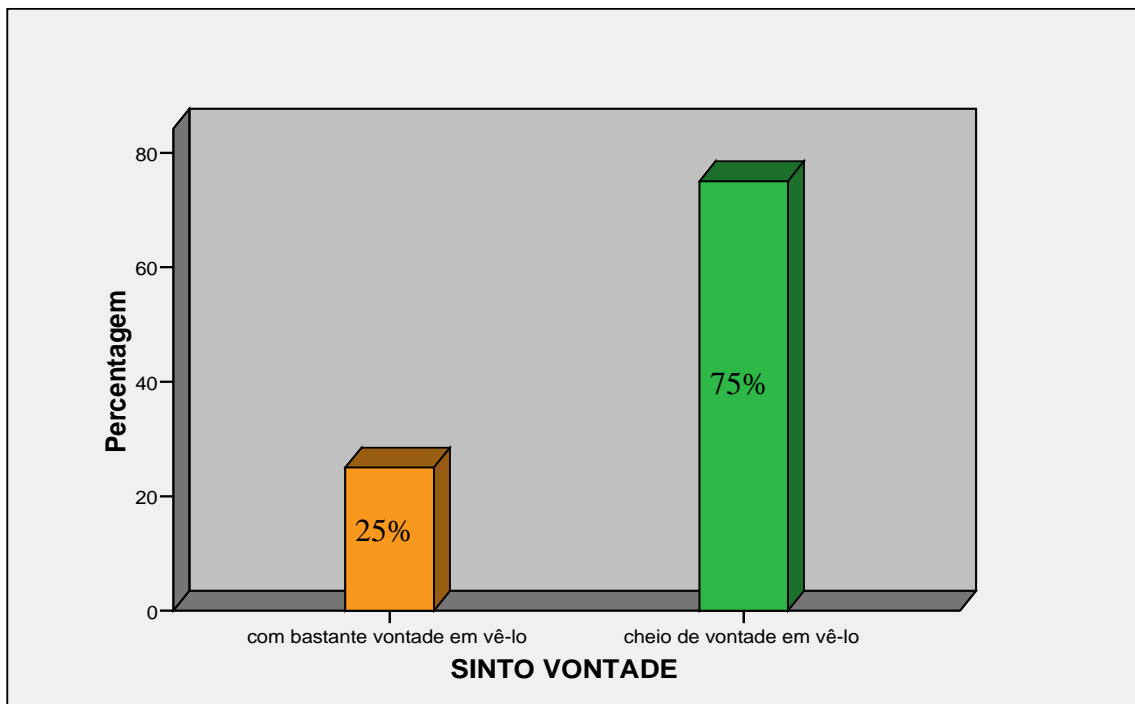
CARÍCIA



Questão 11 (SENTVONT): “Quando penso que vou estar com o meu bebé sinto-me”:

SINTO VONTADE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com bastante vontade em vê-lo	8	25,0	25,0	25,0
	cheio de vontade em vê-lo	24	75,0	75,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

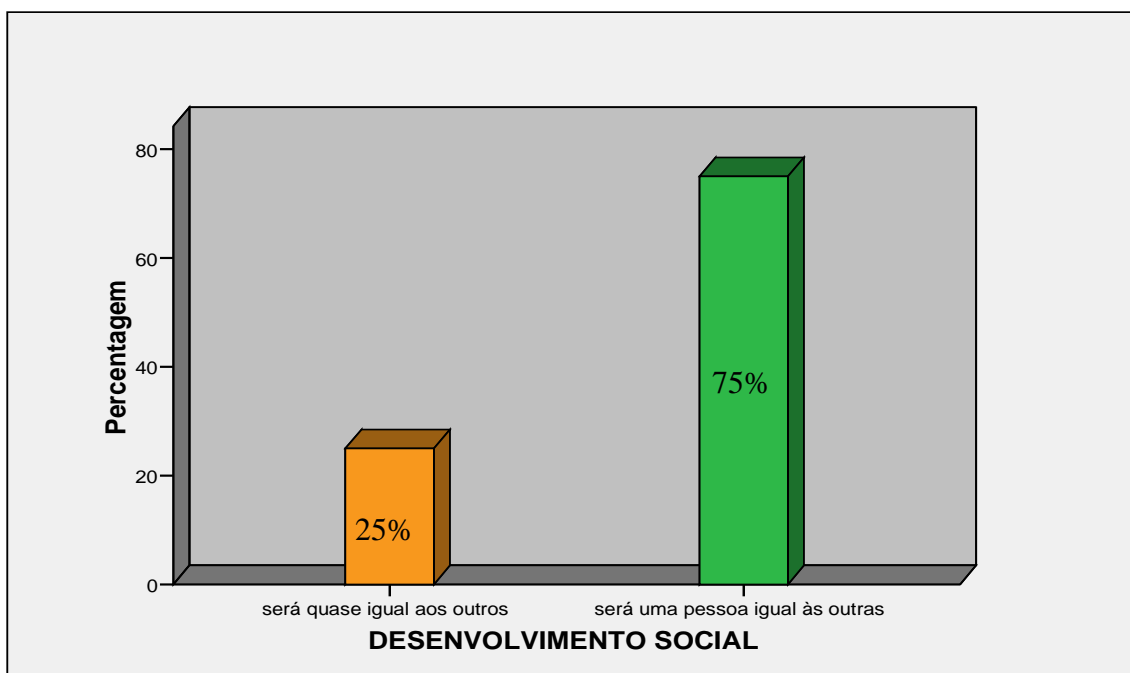
SINTO VONTADE



Questão 12 (variável DESOCIAL): “Quando imagino o desenvolvimento pessoal do meu bebê (a nível social), acredito que quando for jovem/adulto, na relação com os amigos”:

DESENVOLVIMENTO SOCIAL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	será quase igual aos outros	8	25,0	25,0	25,0
	será uma pessoa igual às outras	24	75,0	75,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

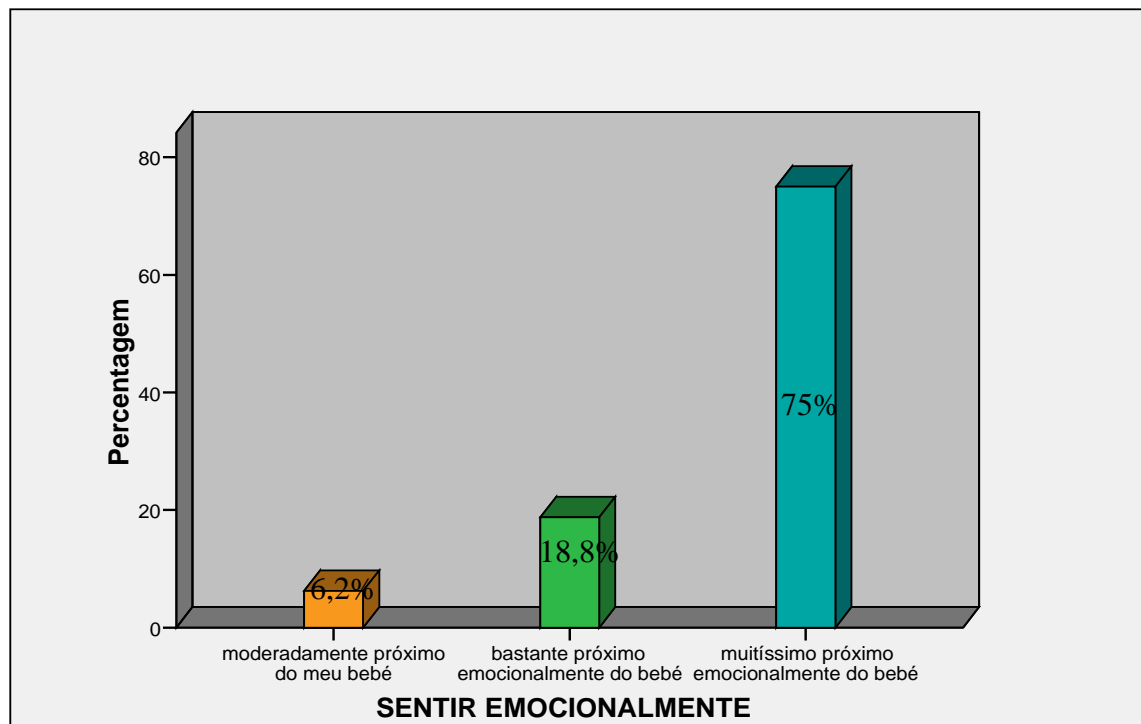
DESENVOLVIMENTO SOCIAL



Questão 13 (variável SENTEMOÇ): “Nos últimos dias, tenho-me sentido”:

SENTIR EMOCIONALMENTE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderadamente próximo do meu bebé	2	6,2	6,2	6,2
	bastante próximo emocionalmente do bebé	6	18,8	18,8	25,0
	muitíssimo próximo emocionalmente do bebé	24	75,0	75,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

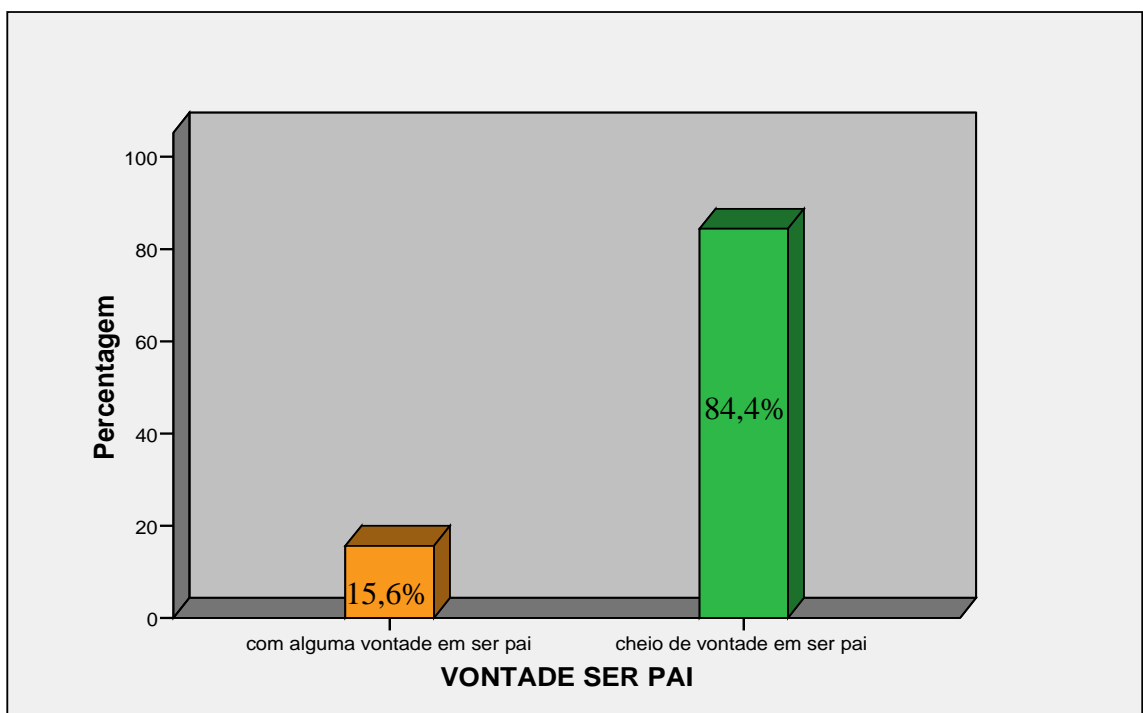
SENTIR EMOCIONALMENTE



Questão 14 (variável VONTDPAI): “Sempre que penso que sou pai de um bebê prematuro, ao olhar para ele sinto-me”:

		VONTADE SER PAI			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	com alguma vontade em ser pai	5	15,6	15,6	15,6
	cheio de vontade em ser pai	27	84,4	84,4	100,0
Total		32	100,0	100,0	

VONTADE SER PAI



Anexo M – Output PRIMEIRA VISITA em relação ao sexo do bebê

Test Statistics(b)

	PRIMEIRA VISITA
Mann-Whitney U	102,000
Wilcoxon W	180,000
Z	-,823
Asymp. Sig. (2-tailed)	,410
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,501(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,473
Exact Sig. (1-tailed)	,320
Point Probability	,206

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: SEXO BEBÉ

Anexo N – Outputs DESENVOLVIMENTO FUTURO DO BEBÉ e o sexo do bebê

Mann-Whitney Test**Ranks**

		SEXO BEBÉ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ		Masculino	20	19,28	385,50
		Feminino	12	11,88	142,50
		Total	32		

Test Statistics(b)

	DESENVOLVIMENTO FUTURO BEBÉ
Mann-Whitney U	64,500
Wilcoxon W	142,500
Z	-2,485
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,029(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,010
Exact Sig. (1-tailed)	,008
Point Probability	,003

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: SEXO BEBÉ

Anexo O – Output Item CARÍCIA e o sexo do bebê

Test Statistics(b)

	CARÍCIA
Mann-Whitney U	105,000
Wilcoxon W	183,000
Z	-,662
Asymp. Sig. (2-tailed)	,508
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,578(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,575
Exact Sig. (1-tailed)	,311
Point Probability	,009

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: SEXO BEBÉ

Anexo P – Output item DESOCIAL e o sexo do bebê

Mann-Whitney Test**Ranks**

		SEXO BEBÉ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DESENVOLVIMENTO SOCIAL		Masculino	20	18,90	378,00
		Feminino	12	12,50	150,00
		Total	32		

Test Statistics(b)

	DESENVOLVIMENTO SOCIAL
Mann-Whitney U	72,000
Wilcoxon W	150,000
Z	-2,490
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,064(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,030
Exact Sig. (1-tailed)	,018
Point Probability	,017

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: SEXO BEBÉ

Anexo Q – Output VONTDPAI em relação ao sexo do bebê

Mann-Whitney Test**Ranks**

	SEXO BEBÉ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VONTADE SER PAI	Masculino	20	17,40	348,00
	Feminino	12	15,00	180,00
	Total	32		

Test Statistics(b)

	VONTADE SER PAI
Mann-Whitney U	102,000
Wilcoxon W	180,000
Z	-1,114
Asymp. Sig. (2-tailed)	,265
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,501(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,338
Exact Sig. (1-tailed)	,261
Point Probability	,208

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: SEXO BEBÉ

Anexo R – Output ALEGRIA e VONTADE SER PAI

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
VONTADE SER PAI - ALEGRIA	Negative Ranks	1(a)	2,00	2,00
	Positive Ranks	2(b)	2,00	4,00
	Ties	29(c)		
	Total	32		

a VONTADE SER PAI < ALEGRIA

b VONTADE SER PAI > ALEGRIA

c VONTADE SER PAI = ALEGRIA

Test Statistics(b)

	VONTADE SER PAI - ALEGRIA
Z	-,577(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,564
Exact Sig. (2-tailed)	1,000
Exact Sig. (1-tailed)	,500
Point Probability	,375

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Anexo S – Output relação entre itens PRIMEIRA VISITA e SENTIMENTOS

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SENTIMENTOS - PRIMEIRA VISITA	Negative Ranks	5(a)	5,00	25,00
	Positive Ranks	4(b)	5,00	20,00
	Ties	23(c)		
	Total	32		

a SENTIMENTOS < PRIMEIRA VISITA

b SENTIMENTOS > PRIMEIRA VISITA

c SENTIMENTOS = PRIMEIRA VISITA

Test Statistics(b)

	SENTIMENTO S - PRIMEIRA VISITA
Z	-,333(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,739
Exact Sig. (2-tailed)	1,000
Exact Sig. (1-tailed)	,500
Point Probability	,246

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Anexo T – Output ESTAR COM O BEBÉ e SENTIR EMOCIONALMENTE

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SENTIR EMOCIONALMENTE - ESTOU COM BEBÉ	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	19(b)	10,00	190,00
	Ties	13(c)		
	Total	32		

- a SENTIR EMOCIONALMENTE < ESTOU COM BEBÉ
b SENTIR EMOCIONALMENTE > ESTOU COM BEBÉ
c SENTIR EMOCIONALMENTE = ESTOU COM BEBÉ

Test Statistics(b)

	SENTIR EMOCIONALMENTE - ESTOU COM BEBÉ
Z	-4,021(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

- a Based on negative ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Anexo U – Output SENTIR EMOCIONALMENTE e CARÍCIA

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SENTIR EMOCIONALMENTE - CARÍCIA	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	21(b)	11,00	231,00
	Ties	11(c)		
	Total	32		

a SENTIR EMOCIONALMENTE < CARÍCIA

b SENTIR EMOCIONALMENTE > CARÍCIA

c SENTIR EMOCIONALMENTE = CARÍCIA

Test Statistics(b)

	SENTIR EMOCION ALMENTE - CARÍCIA
Z	-4,491(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000
Point Probability	,000

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test