

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS
DESTINADO A PAIS DE BEBÉS PREMATUROS**

Rita Maria Borges Coutinho de Faria Blanc

Nº12164

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Educacional

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS
DESTINADO A PAIS DE BEBÉS PREMATUROS**

Rita Maria Borges Coutinho de Faria Blanc

Dissertação orientada por Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Educacional

2008

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel, pelo seu saber, orientação e disponibilidade.

À Prof. Doutora Glória Ramalho, pelo encorajamento, apoio e incentivo.

À Dra. Manuela Baptista, pela autorização e incentivo à realização do projecto na Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria.

À Dra. Nélia Correia, pela ajuda e receptividade em colaborar neste projecto.

À Joana, que incansavelmente me ajudou na preparação e realização de todo o programa.

À Dra. Filipa e à Educadora Rosário, por terem aceite o convite para participarem no programa.

À mãe da Matilde, pelo seu fantástico testemunho.

A todas as mães e pais que participaram no programa.

A toda a equipa da Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria, por todas as palavras simpáticas e consoladoras.

Ao meu pai e à minha mãe, por me tornarem melhor escritora.

Ao João, por tudo...

RESUMO

Os Programas de Promoção de Competências Parentais (PPCP) surgem como um dos métodos de Intervenção Precoce (IP) direccionado para as famílias, tendo como objectivo promover as suas competências, como forma de lhes facilitar o desempenho da função parental. Tendo como população-alvo as famílias de bebés prematuros, criámos, desenvolvemos e avaliámos um programa no Hospital de Santa Maria.

Após uma breve caracterização da IP centrada na família, dos fundamentos subjacentes aos PPCP e dos bebés prematuros e suas famílias, descrevemos pormenorizadamente todo o programa, cada sessão que o compôs e as famílias que participaram.

No sentido de enriquecer a caracterização das famílias e de avaliar os resultados do programa, aplicámos a Escala de Auto-estima Materna e o Questionário da Percepção Parental de Competência. Os principais resultados mostraram-nos que as mães cujos bebés apresentaram maiores complicações durante a gravidez, parto e internamento e possuem actualmente dificuldades ao nível do desenvolvimento psicomotor, obtiveram os valores mais baixos de Auto-estima Materna no pré-teste e viram os seus valores aumentar após a sua participação no programa. No final, as mães avaliaram de forma positiva o programa, revelando que se encontravam satisfeitas com o mesmo e que o recomendariam a outras mães.

Palavras-chave: Intervenção Precoce; promoção de competências parentais; prematuridade.

ABSTRACT

The Programs for the Promotion of Parenting Competences (PPPC) are one of the methods of Early Intervention (EI) for families. Their main objective is to promote parents' competences so as to facilitate their role and performance as parents. The target-families were those with premature babies and so we created, developed and assessed a program at Hospital de Santa Maria.

First, we give a brief description of EI centred on the family as well as the theories behind the PPPC, and a characterization of the premature babies and their families. Then we fully describe the program, its sessions and participating families.

In order to enrich the characterization of the families and the evaluation of the program's results, we used the Maternal Self-Report Inventory and the Parenting Sense of Competence Scale. The main results showed that the mothers of those babies who revealed the greatest problems during pregnancy, birth, and hospitalization, and who have the greatest difficulties in their psycho-motor development, were the mothers who had the lowest levels of self-esteem in the pre-test. These were also the mothers who showed the greatest rise in these levels after participating in the program. At the end, the mothers assessed the program positively, revealing that they were satisfied with it and would recommend it to other mothers.

Key-words: Early Intervention; promotion of parenting competences; prematurity.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	3
Intervenção Precoce centrada na família	3
<i>Perspectiva histórica da evolução das práticas de Intervenção Precoce</i>	3
<i>Características das práticas de IP centradas na família</i>	5
<i>Obstáculos à implementação de práticas centradas na família</i>	7
<i>A importância da avaliação dos programas</i>	8
<i>Práticas centradas na família em Portugal</i>	9
Programas de promoção de competências parentais	12
<i>Educação parental ou educar pais e profissionais?</i>	15
<i>Programas de promoção de competências parentais enquanto prática de Intervenção Precoce centrada na família</i>	16
Os bebés prematuros e as suas famílias	18
<i>A delimitação da prematuridade</i>	18
<i>O desenvolvimento do bebé prematuro e a importância dos factores contextuais e socioeducativos</i>	19
<i>Consequências psicológicas do nascimento prematuro para os pais</i>	23
<i>A relação entre os pais e o bebé prematuro</i>	26
<i>A intervenção junto de famílias de bebés prematuros</i>	29
OBJECTO DE ESTUDO, EIXOS DE ANÁLISE E HIPÓTESES	35
MÉTODO	37
Tipo de estudo	37
Participantes	37
Instrumentos	38
<i>Entrevista de Caracterização da Criança e da Família</i>	38
<i>Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths</i>	38
<i>Questionário da Percepção Parental de Competência</i>	39
<i>Escala de Auto-estima Materna</i>	40
<i>Questionário e Entrevista de Avaliação da Satisfação Parental</i>	41
Procedimentos	41

O Programa	43
<i>Participantes</i>	43
<i>Estrutura</i>	43
<i>Objectivos</i>	44
<i>O processo de avaliação</i>	45
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	46
1º Eixo de análise – Concepção e aplicação do programa e caracterização das famílias	46
<u>Caracterização dos participantes</u>	47
<i>Caracterização dos bebés</i>	47
<i>Caracterização dos pais</i>	48
<i>Caracterização pormenorizada de cada família</i>	49
<u>O Programa de Promoção de Competências Parentais</u>	53
1ª Sessão	53
2ª Sessão	54
3ª Sessão	56
4ª Sessão	57
5ª Sessão	58
6ª Sessão	59
7ª Sessão	61
8ª Sessão	62
2º Eixo de análise – Avaliação dos resultados do programa	64
<u>Auto-estima Materna</u>	64
<i>Pré-teste</i>	64
<i>Pós-teste</i>	66
<i>Pré-teste Vs. Pós-teste</i>	67
<u>Percepção Parental de Competência</u>	70
<i>Pré-teste</i>	70
<i>Pós-teste</i>	72
<i>Pré-teste Vs. Pós-teste</i>	73
<u>Estudo da validação social</u>	75
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
Análise discussão dos resultados referentes ao 1º Eixo de análise	79
Análise discussão dos resultados referentes ao 2º Eixo de análise	83

CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

LISTA DE TABELAS

Tabela nº1: Registo da participação dos pais nas sessões do programa de promoção de competências parentais	46
Tabela nº2: Caracterização dos bebés: sexo, raça, data de nascimento, situação educativa e agregado familiar	47
Tabela nº3: Caracterização da gravidez	47
Tabela nº4: Caracterização dos bebés: nascimento e internamento	47
Tabela nº5: Valores obtidos pelos bebés na Escala de Desenvolvimento de Griffiths	48
Tabela nº6: Caracterização dos pais: idade, nº filhos, estado civil e nacionalidade	48
Tabela nº7: Nível ócio-económico: habilitações académicas e profissão	64
Tabela nº8: Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pré-teste)	66
Tabela nº9: Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pós-teste)	67
Tabela nº 10: Comparação entre os valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste	70
Tabela nº11: Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pré-teste)	72
Tabela nº12: Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pós-teste)	73
Tabela nº13: Comparação entre os valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste	76
Tabela nº14: Respostas das mães ao Questionário de Satisfação em relação ao Programa	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº1: Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pré-teste)	65
--	----

Gráfico nº2: Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pós-teste)	66
Gráfico nº3: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Rita na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste	67
Gráfico nº4: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Inês na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste	68
Gráfico nº5: Comparação entre os valores obtidos pela mãe do Miguel na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste	69
Gráfico nº6: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Ana na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste	69
Gráfico nº7: Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pré-teste)	71
Gráfico nº8: Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pós-teste)	72
Gráfico nº9: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Rita no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste	73
Gráfico nº10: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Inês no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste	74
Gráfico nº11: Comparação entre os valores obtidos pela mãe do Miguel no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste	74
Gráfico nº12: Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Ana no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste	75

LISTA DE FIGURAS

Figura nº1: Modelo integrado para representar as relações entre quatro dimensões das práticas de Intervenção Precoce	17
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Guião da Entrevista de Caracterização da Criança e da Família	103
Anexo 2: Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths	111

Anexo 3: Questionário da Percepção Parental de Competência	117
Anexo 4: Escala de Auto-estima Materna	121
Anexo 5: Questionário e guião da Entrevista de Avaliação da Satisfação Parental	125
Anexo 6: Carta de confirmação da data de início do programa	128
Anexo 7: Folheto informativo	130
Anexo 8: Caderno entregue aos pais sobre o desenvolvimento do Bebê	132
Anexo 9: Contrato de participação	135
Anexo 10: Questionário da avaliação dos pais de cada sessão	137

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu no âmbito do meu estágio na Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria (HSM), enquanto finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Educacional.

Apesar da dimensão e diversidade da população alvo abarcada pelas consultas de desenvolvimento, o protocolo com a neonatologia do HSM promove um acompanhamento

tão regular quanto possível das crianças e bebês nascidos com peso abaixo das 1500 gramas. Sob a orientação das psicólogas do desenvolvimento da Unidade, tive oportunidade de conversar com inúmeras famílias de crianças que, aos 3 e 5 anos de idade, vinham fazer a habitual avaliação global do desenvolvimento psicomotor. Ao questionar os pais sobre as principais necessidades e dificuldades que têm vindo a enfrentar, enquanto educadores de uma criança prematura, fui constatando que muitos lamentavam a falta de conhecimentos, orientação e apoios, principalmente a partir do momento da alta do bebê da UCIN. No momento da entrega de resultados menos animadores, as reacções de muitos pais surpreenderam-me. Incompreensão, negação, revolta, desespero, angústia, lágrimas, recusa, foram algumas reacções emotivas que tive oportunidade de presenciar. Senti que algo mais poderia ter sido feito com estes pais, no sentido de os apoiar e acompanhar nas suas dúvidas e dificuldades.

Acreditamos que existem grandes benefícios para a criança, se a intervenção se realizar junto da sua família e junto das pessoas com quem passa a maioria do seu tempo. Promovendo e fomentando as competências e as forças dos seus cuidadores e apoiando-os no contornar das dificuldades que experimentam, poderemos proporcionar um futuro mais animador a estes bebês que em tempos estiveram em perigo de vida. O contexto e o ambiente de cada criança são fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento.

Tratando-se de crianças nascidas prematura **2008**

Roach, & Leavitt, 1996).

Decidimos por essa razão criar um “Grup
destinado a pais de bebês prematuros, on
educativas e o apoio entre todos, no sent
cuidados a crianças nascidas prematuras,
graves e difíceis complicações peri-natais.

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Para o efeito, iniciamos este trabalho com um breve enquadramento teórico. No primeiro capítulo fazemos referência às práticas centradas na família, suas particularidades e características, e ao desenvolvimento das mesmas no nosso país. Numa segunda parte referenciamos alguns autores com trabalhos relacionados com o formato de intervenção que utilizámos, os programas de promoção de competências parentais. Num terceiro capítulo caracterizamos os bebês prematuros, as suas famílias e a relação entre si. Fazemos ainda

referência à importância dos factores ambientais e de contexto e aos estudos e intervenções que têm vindo a ser realizados juntos desta mesma população.

Seguidamente enunciamos o Objecto de Estudo, enumeramos os Eixos de Análise e colocamos um conjunto de Hipóteses.

No capítulo referente ao Método, caracterizamos em linhas gerais os participantes, os instrumentos utilizados e a estrutura e objectivos do programa.

Apresentamos posteriormente os resultados do trabalho, referentes aos eixos que foram motivo de análise, caracterizando pormenorizadamente os participantes e o programa e descrevendo os resultados obtidos através dos instrumentos psicométricos aplicados. Apresentamos também os resultados referentes à avaliação dos participantes em relação ao programa, no intuito de validar socialmente o mesmo.

Finalmente, fazemos uma breve interpretação dos resultados obtidos, apresentamos as conclusões, enunciamos os principais resultados e fazemos referência às limitações do nosso estudo, enumerando algumas sugestões para trabalhos futuros.

REVISÃO DA LITERATURA

Intervenção Precoce centrada na família

O desenvolvimento da criança é fortemente dependente da dinâmica familiar em que se insere. Factores como os cuidados proporcionados à criança, as suas experiências e vivências e a qualidade das interações entre os diferentes membros da família, vão ser determinantes para o seu crescimento, desenvolvimento e aprendizagens. Os pais, tradicionais prestadores de cuidados primordiais às crianças, assumem um papel fundamental, funcionando como organizadores, modelos, disciplinadores e agentes de socialização (Coutinho, 2004).

A educação de uma criança acarreta inúmeras dificuldades, que se vêem ampliadas quando se trata de uma criança com perturbações no seu desenvolvimento. Toda a dinâmica familiar se altera, sendo necessário um esforço suplementar na organização da família. Muitos pais não se encontram preparados para esta difícil tarefa e necessitam de ajuda. A Intervenção Precoce (IP) surge, neste contexto, como forma de apoiar as famílias no seu papel de educadores para que possam desenvolver ao máximo as potencialidades das crianças.

Perspectiva histórica da evolução das práticas de Intervenção Precoce

A importância da família e do seu envolvimento nas práticas de IP nem sempre foi defendida e muito menos implementada. Pimentel (1996) relembra o início dos programas de IP nos anos 60, nos EUA, e as práticas utilizadas durante muito tempo, em que o foco incidia na criança. As suas deficiências e fraquezas, eram o pólo de atenção, sendo o objectivo da intervenção prevenir as perturbações ou reduzir as suas consequências. Imperava o modelo médico: os pais não estavam directamente implicados no processo e as decisões eram unicamente da responsabilidade dos técnicos, detentores do saber.

A partir do final da década de setenta, início dos anos oitenta, existe uma nítida mudança de enfoque, começando a realçar-se a importância de práticas que visem o suporte familiar. A prestação de serviços pretende, agora, responder às necessidades e desejos da família.

Reconhece-se a importância das relações entre os vários membros da família e entre a família e a comunidade, no desenvolvimento da criança (Pimentel, 2004a).

Esta mudança de perspectiva foi influenciada por vários modelos e teorias que contribuíram para a revolução sentida ao nível das práticas e programas de IP. De entre os inúmeros modelos e abordagens podemos destacar a Perspectiva Transaccional, o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, o Modelo de Abordagem Sistémica da Família e a Abordagem da Teoria de Suporte Social.

A Perspectiva Transaccional teve uma forte influência nas práticas de IP, na medida em que salienta a família como componente essencial do ambiente em que a criança cresce e se desenvolve. Meisels e Shonkoff (2000) fazem referência ao modelo transaccional proposto em 1975 por Sameroff e Chandler, o qual postula que a criança é influenciada e influencia os vários prestadores de cuidados ao longo do tempo. Meisels e Shonkoff (2000) referem que a adopção deste modelo torna fundamental a intervenção junto das crianças em risco ou com deficiência, uma vez que considera que os factores ambientais poderão modificar falhas biológicas e que existem vulnerabilidades de desenvolvimento que têm uma etiologia ambiental. Sameroff e Fiese (2000) salientam ainda a importância da identificação das forças e fraquezas do sistema familiar, como forma de minimizar o âmbito de intervenção necessária, maximizando assim a sua eficácia.

O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano constituiu igualmente um marco importante em IP, na conceitualização dos diferentes contextos que influenciarão o desenvolvimento da criança. Tendo origem na teorização inicial de Bronfenbrenner em 1979, o modelo olha para o desenvolvimento da criança como o resultado das interacções e acomodações com os contextos em que se insere. Bronfenbrenner (1979) chama a atenção para a importância do suporte formal e informal proporcionado à família, como fonte de informação e orientação para os pais. As redes de suporte são percebidas pelo autor como facilitadoras do trabalho dos pais nos cuidados e educação da criança, promovendo as suas aprendizagens e o seu desenvolvimento. O autor olha para a família enquanto grupo social, integrado numa comunidade, sociedade e cultura, sob a influência dos vários contextos em que actua. Como tal, toda a intervenção deve considerar não só as dinâmicas da família nuclear e alargada, como também todo o contexto que a rodeia, tendo em conta a complexidade destas interacções (Bronfenbrenner, 1979).

O Modelo de Abordagem Sistémica da Família constituiu um contributo igualmente importante. Tal como mencionam Beckman, Robinson, Rosenberg e Filer (1994), este modelo resulta da abordagem sistémica teorizada por Von Bertalanffy em 1968. O modelo geral tem como principal pressuposto que todos os sistemas vivos são compostos por partes interdependentes, pelo que os factores que influenciam uma parte do sistema irão afectar todas as outras partes. A aplicação desta abordagem à família pressupõe um olhar global sobre todo o sistema familiar, em detrimento de uma focalização única e exclusiva num dos seus membros de forma isolada (Beckman et al., 1994). Cornwell e Kortland (1997) acrescentam que a concepção da família enquanto sistema, pressupõe um olhar sobre a estrutura familiar, as interacções familiares, as funções que cada membro desempenha e o ciclo de vida familiar.

Finalmente, a Teoria do Suporte Social desenvolvida por Dunst a partir de 1985, adaptou muitos conceitos da teoria de Bronfenbrenner (1979) numa perspectiva de IP. De acordo com esta perspectiva, a IP é concebida como o suporte formal e informal, disponibilizado a famílias de crianças pequenas, que influenciará de forma directa ou indirecta todo o seu funcionamento. O modelo ressalta a importância das redes de suporte social como fontes de reforço e transmissão de competências aos pais e às famílias. Subjacentes a esta abordagem de funcionamento positivo da família estão três ideias fundamentais: a focalização nas forças e não nas fraquezas ou debilidades da família e da criança, o princípio do “empowerment” que enfatiza o controlo da família na gestão e no acesso aos recursos desejáveis que potenciarão as suas competências e o princípio da parceria que enfatiza a colaboração das famílias com os técnicos (Dunst, 2000).

Todos estes modelos e abordagens contribuirão para uma mudança significativa no campo da IP, principalmente devido às novas conceptualizações da importância do papel da família. Enunciaremos seguidamente as principais características e pressupostos que, decorrentes dos modelos acima descritos, estão subjacentes às novas práticas no âmbito da IP.

Características das práticas de IP centradas na família

Após a leitura de alguns estudos recentes no âmbito da IP centrada na família (Almeida, 2004; Bairrão & Almeida, 2002; Bruder, 2000; Cara-Linda, 2007; Coutinho, 1999, 2004; Dunst, 1997, 1998, 2000; Gallagher, Montagne, & Johnson, 1994, 1998; Marques, 2003;

Pimentel, 2004a, 2004b; Relvas & Lourenço, 2001; Serrano & Correia, 1998; Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000;), propomo-nos enunciar alguns dos mais relevantes pressupostos desta nova abordagem, partindo das revisões teóricas realizadas pelos diversos autores mencionados:

- A família é o principal foco de intervenção uma vez que a criança se insere no sistema familiar que por sua vez é rodeado pela comunidade em que se situa. Todas as trocas e interacções entre estes sistemas vão influenciar o desenvolvimento da criança;
- A intervenção deverá partir das necessidades, desejos e prioridades da família. É fundamental que as práticas de intervenção assentem numa avaliação rigorosa destes aspectos;
- Para ajudar a família a satisfazer as suas necessidades, dever-se-á recorrer em primeira instância às “forças” da família, às redes de suporte informal e aos recursos disponíveis na comunidade, numa perspectiva de promoção das competências da criança e da família. O sucesso na satisfação dos desejos da família irá depender fortemente da coordenação efectiva de todos os recursos de base comunitária;
- A relação da família com os vários profissionais implicados no processo de intervenção, deve assentar em princípios de respeito, aceitação e parceria. A família encontra-se hierarquicamente ao mesmo nível dos técnicos, sendo parte activa em todo o processo de intervenção (avaliação, planeamento da intervenção e avaliação da sua eficácia). Existe uma partilha total de informação e todas as decisões são tomadas em conjunto. Os técnicos deverão apoiar e respeitar as decisões tomadas pela família e favorecer a sua autonomia;
- Todos os profissionais e diversos serviços – Saúde, Educação e Segurança Social – deverão trabalhar de forma interdisciplinar, incentivando-se a permanente troca de informações e sugestões. Para facilitar a integração dos diversos serviços, recomenda-se a eleição de um "gestor de caso" que deverá elaborar o plano de intervenção onde constará toda a informação dos diferentes técnicos e serviços envolvidos;

- Os critérios de elegibilidade deixam de se focar nas deficiências da crianças passando a incidir nos factores de risco biológico e/ou ambiental;
- As práticas de IP deverão, tanto quanto possível, ser realizadas nos contextos naturais de aprendizagem da criança: a casa, a comunidade, os contextos de creche e jardim-de-infância, etc.
- O principal objectivo das práticas de IP é a melhoria da qualidade de vida da criança e da família.

Obstáculos à implementação de práticas centradas na família

Apesar da vasta riqueza de teorizações sobre a importância da família no processo de IP, existem inúmeras questões relativamente à implementação das políticas e práticas da IP centrada na família.

A relação entre os pais e os profissionais foi um dos aspectos que mudou drasticamente com a adopção desta nova perspectiva. Surge agora a necessidade de colaboração, abandonando-se o modelo do especialista. Tal como menciona Coutinho (2004), os pais passaram a fazer parte do processo de intervenção e da tomada de decisões, trabalhando em parceria com os técnicos, numa relação de igualdade que vem substituir a hierarquização entre os prestadores e os utilizadores dos serviços. Contudo, esta relação de ideal parceria e cooperação não tem sido facilmente implementada. Pimentel (2004b) menciona que os pais não estão habituados a ser considerados parte da equipa, tendendo a atribuir todo o saber aos profissionais. Estes, por sua vez, continuam a perceber-se muitas vezes como “peritos”, olhando para a família como “clientes” (Bruder, 2000). A mesma autora fala da importância da partilha de saberes entre os técnicos e as famílias. Os primeiros deverão informar os pais sobre as intervenções mais eficazes e as famílias, por sua vez, deverão expor as particularidades da situação em que vivem, as competências da criança e as actividades que compõem o seu dia-a-dia (Bruder, 2000).

Outro obstáculo à efectivação das práticas centradas na família é a formação dos profissionais. Cara-Linda (2007) refere que os profissionais foram formados para

desenvolver um trabalho centrado na criança e nos seus défices. Bruder (2000) fala-nos da urgência de uma mudança neste campo, postulando que o ensino aos técnicos de IP deveria incidir em aspectos como: o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, a forma de ensinar competências específicas às crianças, as práticas centradas na família, o planeamento e a avaliação de programas de intervenção e as competências de interdisciplinaridade e partilha com outros profissionais.

Finalmente, importa referir a discrepância existente entre a filosofia que suporta a abordagem centrada na família e os trabalhos realizados pela maioria dos técnicos de IP (Erwin, Soodak, Winton, & Turnbull, 2001). Bruder (2000) refere, neste âmbito, que os estudos realizados não descrevem as variáveis independentes que são responsáveis pelas mudanças nas variáveis dependentes, nem falam das necessidades e objectivos das diferentes amostras.

Os factores acima descritos têm vindo a dificultar a implementação de práticas centradas na família. Apesar da grande revolução sentida nos últimos anos em termos de abordagens teóricas, os pais apresentam as mesmas preocupações que apresentavam no início dos anos 80 (Erwin et al., 2001). Este pressuposto leva-nos a crer que as práticas não têm evoluído em paralelo com as abordagens teóricas. Posteriormente analisaremos este aspecto relativamente à situação existente no nosso país.

A importância da avaliação dos programas

A mudança dos objectivos da IP, com o foco centrado na família, teve também influências ao nível da avaliação das práticas efectivamente implementadas. Na sua reflexão sobre a Intervenção Precoce nos EUA, Bailey e Wolery (2002) falam da importância da avaliação dos efeitos dos programas, não só ao nível da criança, como também da família:

- Ao nível da criança, os autores defendem que deverá ser medido o seu desenvolvimento, as aquisições e o nível de independência alcançados, as competências (cognitivas, comunicativas, sociais, físicas e adaptativas) adquiridas e o uso dessas competências em diferentes contextos e situações. No geral, pretende-se saber até que ponto a criança viveu experiências de vida tão normalizantes quanto possível.

- No âmbito da família, os autores referem que deverão ser avaliadas as suas percepções da experiência de IP; qual o impacto que a IP teve na vida da criança, na promoção do seu desenvolvimento e aprendizagens; qual a visão que apresentam do trabalho realizado pelos profissionais e serviços; até que ponto a integração no programa de IP terá funcionado como sistema de suporte. Para estes autores a questão principal é: será que a IP melhorou a qualidade de vida da família e da criança?

McNaughton (1994), na sua revisão de estudos referentes à avaliação da satisfação dos pais em programas de IP, enuncia 4 razões que demonstram a importância da avaliação da satisfação parental:

1. São os pais que detêm a responsabilidade e o controlo sobre o desenvolvimento da criança, pelo que o sucesso das práticas depende da sua aprovação;
2. Conhecendo o nível de satisfação parental, poder-se-á melhorar e adequar os serviços;
3. A avaliação da satisfação dos pais irá envolvê-los no processo de tomada de decisão;
4. A satisfação dos “consumidores” poderá ser utilizada para convencer as entidades financiadoras sobre a utilidade do programa.

Bailey e Wolery (2002) explicam que as técnicas de avaliação implementadas junto das famílias não deverão ser intrusivas, pretendendo-se que sejam tecnicamente eficientes e adequadas. Relativamente à avaliação dos progressos da criança, os autores defendem ser fundamental abranger todas as áreas do desenvolvimento e os factores de risco que poderão ter impacto no mesmo. Os autores referem ainda que variáveis como a raça, língua, cultura e pobreza deverão ser estudadas.

Concluindo, tal como Pimentel (2004a) menciona, a avaliação de programas de IP deve ir mais além do que a simples medição dos resultados e efeitos das práticas implementadas. A autora refere que a avaliação deverá “ajudar os profissionais, os pais e os políticos a compreender as interações, quase sempre complexas, entre as características das crianças e famílias, os objectivos das intervenções e o próprio processo e contexto do programa” (p.203).

Práticas centradas na família em Portugal

No âmbito do actual modelo de intervenção centrada na família, poderemos referir o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro, do Ministério da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, como principal marco desta mudança de paradigma em Portugal. Inspirando-se na legislação dos EUA, o despacho realça a importância do envolvimento da família, do trabalho integrado na comunidade, do trabalho em equipas multidisciplinares e da existência de um “responsável de caso” que elabore, conjuntamente com a família, um “Plano Individualizado de Intervenção”.

A Intervenção Precoce é aqui descrita como “uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social”. Entre os diferentes objectivos da IP mencionados, salienta-se a criação de condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco, o potenciar as interacções familiares e o reforçar as competências da família promovendo a sua autonomia gradual. Os destinatários são as crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com especial incidência dos 0 aos 3, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento.

Apesar dos ideais positivos, tal como Bairrão e Almeida (2002) referem, o despacho tem sofrido fortes críticas devido às dificuldades de implementação, já que dificilmente se adequa à realidade portuguesa. Os autores referem mesmo ser *irrealista* a sua operacionalização no nosso país, em especial nas grandes cidades como na região de Lisboa e vale do Tejo e na Região Norte.

Baseando-se no estudo realizado em 2002, no qual avaliaram as práticas das equipas dos apoios educativos do Ministério da Educação, que, por todo o país, trabalharam com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, Bairrão e Almeida (2002) caracterizaram, desta forma, a situação portuguesa:

- Elegibilidade: em Portugal, não existem nem estão previstos critérios nacionais de elegibilidade, deixando-os à consideração das várias equipas. A detecção e encaminhamento das crianças é, na maioria dos casos, tardia.

- Modalidades de intervenção: as práticas em Portugal são monodisciplinares, centradas na criança, tendo subjacente um modelo descontextualizado e parcelar devido à deficiente coordenação entre serviços. A participação das famílias nos processos é quase inexistente. A ausência de recursos limita as intervenções diferenciadas. Mesmo os projectos integrados com práticas de maior qualidade têm financiamentos limitados no tempo, não estando previstas formas de continuidade, o que acarreta graves prejuízos para os intervenientes.
- Avaliação dos resultados dos programas: têm sido raros os programas de IP que se têm preocupado em levar a cabo uma verdadeira avaliação das suas práticas.

Já Serrano e Correia (1998), ao fazerem uma breve caracterização da IP em Portugal, tinham concluído que os programas continuavam muito centrados na criança, funcionavam de forma isolada e desarticulada de outros serviços e não respondiam aos inúmeros casos que necessitavam de apoio. As conclusões semelhantes de Bairrão e Almeida (2002) levam-nos a crer que nada parece ter mudado com a publicação do Despacho Conjunto nº 891/99.

Quais foram, então, as condições que condicionaram a implementação do Despacho Conjunto nº891/99, de 19 de Outubro, e que serviram de obstáculos ao desenvolvimento de práticas positivas, eficazes e inovadoras ao nível da IP no nosso país?

Tegethoff (2007) enunciou um conjunto de condições que comprometeram, em certa medida, a implementação eficaz do despacho:

- A falta de vontade a nível político;
- A desarmonia entre os diferentes sectores, devido à não adaptação das medidas legislativas anteriormente existentes;
- A inexistência de uma previsão orçamental para a IP;
- A definição vaga e não rigorosa dos critérios de elegibilidade;
- A responsabilização das equipas de coordenação pela formação sem previsão do respectivo financiamento e a omissão de qualquer referência à supervisão.

Apesar dos aspectos menos conseguidos acima descritos, a autora defende que o despacho trouxe contributos positivos às práticas de IP no nosso país. De entre os principais benefícios, Tegethoff (2007) destaca:

- A proposta de um enquadramento teórico para as práticas de IP em Portugal, de acordo com as recomendações internacionais;
- A partilha de responsabilidades pelos sectores da Saúde, Educação e Segurança Social, assente num trabalho interdisciplinar;
- A atenção centralizada na prevenção primária, elegendo as crianças em risco de perturbação no desenvolvimento.

A 11 de Janeiro de 2006, foi publicado um novo despacho, o Despacho Conjunto nº 30/06, com vista à reestruturação do Grupo Interdepartamental, que deveria avaliar o desenvolvimento das práticas de IP durante o período experimental de aplicação do Despacho Conjunto nº 891/99. A avaliação pressupunha não só a formulação de um relatório, como a apresentação de propostas de alteração consideradas pertinentes.

A avaliação decorreu entre os meses de Fevereiro e Maio de 2006. Tegethoff (2007) enunciou os principais resultados.

Ao nível dos constrangimentos que têm dificultado a aplicação do despacho, destaca-se:

- A ausência de orientações por parte do Grupo Interdepartamental;
- A ausência de uma coordenação eficaz entre os três Ministérios envolvidos;
- A ausência de previsão orçamental e dotação financeira para a IP;
- A excessiva mobilidade dos profissionais e a sua colocação anual;
- A distinção, recentemente introduzida, entre Educação Especial e Intervenção Precoce que poderá comprometer fortemente o funcionamento das equipas.

No que respeita aos principais aspectos positivos, sublinha-se:

- Os princípios orientadores do despacho que fomentam a multidisciplinaridade;
- A rentabilização dos recursos locais;
- O impacto nas crianças e famílias acompanhadas;
- O envolvimento das famílias no processo de intervenção;
- A diminuição de assimetrias e sobreposições de apoios;
- A importância das Equipas de Coordenação Distrital.

No âmbito das principais propostas e recomendações, destaca-se:

- A melhoria e facilitação do processo de financiamento da IP;

- O impulsionamento da articulação e coordenação de serviços, do trabalho em equipa e do envolvimento da família;
- A definição concreta e rigorosa da população alvo;
- A definição de um sistema organizativo eficaz pela criação de um Ponto de Acesso único que integre todos os serviços para as crianças dos 0 aos 6 anos e respectivas famílias.

Um segundo grupo de trabalho, entretanto nomeado, foi encarregue de elaborar uma nova proposta legislativa que enquadrasse o sistema de IP, de forma o mais adequada possível, com vista a colmatar as eventuais falhas do Despacho Conjunto nº891/99, de 19 de Outubro (Tegethoff, 2007). No entanto, à data da conclusão do nosso estudo, para além do Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro, que regulamenta a Educação Especial, nenhuma legislação específica sobre a Intervenção Precoce foi publicada.

Programas de promoção de competências parentais

A colaboração dos pais nos programas de intervenção junto de crianças com perturbações de desenvolvimento tem vindo a ser considerada de primordial importância para a eficácia dos mesmos. Para uma colaboração verdadeiramente eficaz e em parceria com os técnicos, torna-se fundamental aumentar o nível de informação dos pais sobre temáticas relacionadas com a saúde, desenvolvimento e aprendizagem (Coutinho, 2004). Mahoney et al. (1999) referem que o conhecimento e as competências que os pais irão adquirir, permitirá que actuem como mediadores da intervenção junto dos seus filhos.

É neste contexto que surgem os programas de promoção de competências parentais (PPCP). Este formato de intervenção aparece como uma oportunidade de partilha de informação, com vista à obtenção de benefícios ao nível das competências dos pais e da respectiva percepção sobre estas mesmas competências. Estes aspectos serão fortemente influentes no desenvolvimento e comportamento da criança.

No intuito de caracterizar os PPCP, Weiss e Jacobs (1988) enunciam um conjunto de características subjacentes aos mesmos:

- Baseiam-se numa abordagem ecológica, onde as capacidades educativas dos pais e o contexto em que a família e a criança se inserem são fundamentais para a promoção do desenvolvimento da criança;
- São sensíveis às necessidades e recursos de cada família;
- Assentam numa política de suporte social: fornecem informações às famílias (sobre, por exemplo, a saúde e o desenvolvimento da criança), suporte emocional (empatia, feedback, reforço, convívio com os outros pais, etc.) e assistência física (transportes, etc.);
- Enfatizam a prevenção primária e secundária;
- Desenvolvem abordagens de apoio multifacetado (em oposição ao apoio único e exclusivo do profissional), através da promoção de redes de suporte informal;
- Sublinham a relação de interdependência entre a família e a comunidade.

Relativamente aos objectivos dos PPCP, Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990, cit. por Pimentel, 2004a), enumeram alguns:

- Informar os pais sobre legislação, direitos, apoios e serviços de coordenação;
- Informar os pais relativamente ao desenvolvimento e saúde da criança;
- Ensinar actividades que os pais poderão realizar em casa, que fomentem a aprendizagem das crianças;
- Apoiar as famílias na prestação de cuidados à criança com necessidades especiais, pelo envolvimento em actividades sociais;
- Disponibilizar informação sobre possíveis recursos comunitários que poderão apoiar os pais na resposta às suas necessidades.

Os benefícios deste tipo de programas são descritos por inúmeros autores. Coutinho (1999) refere que os principais ganhos se prendem com os efeitos, a longo prazo, que a modificação de crenças, expectativas, atitudes e práticas parentais, poderão ter no tipo de interacções, experiências e situações de vida a que a criança em risco ou com necessidades especiais terá acesso. Mahoney et al. (1999) apontam: o aumento do conhecimento dos pais; a melhoria na forma dos pais cuidarem dos seus filhos; o aumento das relações sociais e emocionais entre pais e filhos; a aquisição de competências específicas por parte da criança. Bailey et al. (1998, cit. por Turnbull, Blue-Banning, Turbiville, & Park, 1999) acrescentam a estes propósitos: a melhoria na percepção das

famílias relativamente à própria capacidade de trabalhar em parceria com os profissionais, o desenvolvimento de um forte sistema de suporte e a implementação de uma visão otimista do futuro com vista a uma melhor qualidade de vida das famílias.

Por todos os benefícios enunciados, e pelo facto dos pais se mostrarem bastante satisfeitos após a participação neste tipo de programas (Coutinho, 1999) e escolherem esta modalidade de intervenção em detrimento de outras (Mahoney et al., 1999), é importante incluir os PPCP como uma valência das práticas realizadas no âmbito da IP, particularmente junto de famílias de crianças com problemas de desenvolvimento ou, numa dimensão preventiva, em risco de desenvolverem perturbações no seu desenvolvimento.

Contudo, apesar dos inúmeros benefícios demonstrados por este formato de intervenção, em Portugal os programas de promoção de competências parentais têm sido motivo de pouco interesse e investimento (Coutinho, 1999, 2004) sendo escassa a investigação sobre a sua eficácia.

No sentido de melhorar as práticas ao nível dos PPCP e de promover o desenvolvimento deste tipo de programas, torna-se essencial a realização de estudos que retratem a importância e os ganhos das famílias e das crianças neste formato de intervenção.

Mahoney et al. (1999) falam de 5 principais áreas que deverão fazer parte das investigações futuras no âmbito dos PPCP:

- Estudos rigorosos que retratem e meçam os ganhos da família e das crianças a diferentes níveis, como por exemplo, no âmbito da confiança dos pais em satisfazer as necessidades dos seus filhos e da satisfação parental relativamente aos programas;
- Estudos que descrevam detalhadamente a implementação de programas e que examinem as estratégias utilizadas, explicitando o que se deve ensinar e qual a melhor forma de o fazer, quais os materiais utilizados, etc. ;
- Estudos que analisem e comparem as estratégias a utilizar nos PPCP, não só ao nível das instruções transmitidas aos pais, mas também estratégias que incentivem a colaboração entre pais e técnicos;

- Investigação sobre a parentalidade nas diferentes culturas e sobre o desenvolvimento de estratégias de promoção de competências dos pais, adequadas a diferentes valores culturais e familiares;

Mais tarde, em resposta aos inúmeros comentários ao artigo de Mahoney et al. (1999) que temos vindo a referir, Keiser et al. (1999), acrescentam a importância de estudos que descrevam todo o processo de criação e desenvolvimento dos PPCP (interacções entre pais e profissionais, o contexto da intervenção, o tempo necessário, os objectivos, etc.) e o contexto em que teve lugar (contexto familiar e da comunidade onde estão inseridas as famílias e o contexto teórico subjacente às práticas).

Educação parental ou educar pais e profissionais?

A relação de parceria, igualdade, honestidade, confiança e respeito entre os profissionais de IP e os pais tem vindo a ser considerada por diversos autores, que enunciaremos seguidamente, como um dos aspectos mais importantes para o sucesso das práticas centradas na família e da promoção de competências parentais.

McCollum (1999) refere que os técnicos deverão enfatizar o papel das famílias no desenvolvimento das crianças e incentivar a sua participação em todo o processo, com respeito e espírito de parceria. Focalizando nos PPCP, o autor defende que pais e profissionais deverão educar-se uns aos outros em benefício da criança. Greene (1999) postula que os pais podem proporcionar conhecimento aos técnicos e aos outros pais, pelo que ambas as partes terão grandes benefícios neste formato de intervenção. Turnbull et al. (1999) defendem a importância de um olhar sobre as famílias, suas forças e recursos, como um complemento fundamental ao trabalho dos técnicos.

Também Kelly e Barnard (1999) falam da importância da relação pais-profissionais no âmbito da IP. Os autores propõem um “Modelo de Intervenção Precoce Centrado na Relação” que tem como principal foco, fomentar a melhoria da relação pais-profissionais e pais-criança.

Weiss e Jacobs (1988) referem que a principal inovação deste formato de programas se prende com a filosofia de que os profissionais deverão fazer “com” e não “para” a família. Os

autores postulam que se transitou de um modelo onde os pais eram percebidos como receptores passivos das ajudas dos profissionais, para um novo modelo onde pais, outros pais e profissionais, partilham a sua experiência e apoio.

Winton, Sloop e Rodriguez (1999) falam no seu artigo sobre a desadequação do termo “Educação Parental” nas práticas dos dias de hoje centradas na família. Os autores são ainda mais radicais na sua perspectiva, defendendo que o termo “Educação Parental” só poderá ser utilizado se nos referirmos ao papel que os pais desempenham na educação dos profissionais.

Mahonet et al. (1999) falam da importância de uma boa preparação por parte dos profissionais que lidam com os pais no âmbito dos PPCP, como condição indispensável para o estabelecimento de uma relação de parceria. Os autores referem ser essencial que os profissionais possuam competências ao nível dos princípios e das práticas subjacentes à promoção de competências parentais e à intervenção centrada na família.

Sumarizando, tal como referem Turnbull et al. (1999), todos os “parceiros-chave” que têm um papel na melhoria da qualidade de vida da criança e da sua família são potenciais prestadores e receptores de educação, funcionando assim como recursos e apoios de forma mútua e recíproca. Os técnicos deverão estar cientes dos ganhos e da importância de escutar os pais e aprender com eles, no sentido não só de facilitar e de aumentar os benefícios da IP, como também de os enriquecer enquanto pessoas e profissionais que desempenham tão importante papel como o de trabalhar junto de crianças pequenas e suas famílias.

Programas de promoção de competências parentais enquanto prática de Intervenção Precoce centrada na família

Para finalizar o capítulo relativo aos PPCP, falaremos da sua inserção nas práticas de IP centradas na família.

Num artigo que escreveu em 1999, como crítica ao artigo de Mahoney et al. (1999) que temos vindo a citar, Dunst clarifica a inserção dos PPCP nas práticas de IP.

Dunst (1999) elabora um modelo (figura 1) onde relaciona quatro dimensões que defende fazerem parte da IP: a aprendizagem da criança, os apoios parentais e o apoio à família e comunidade, providenciados de forma centrada na família.

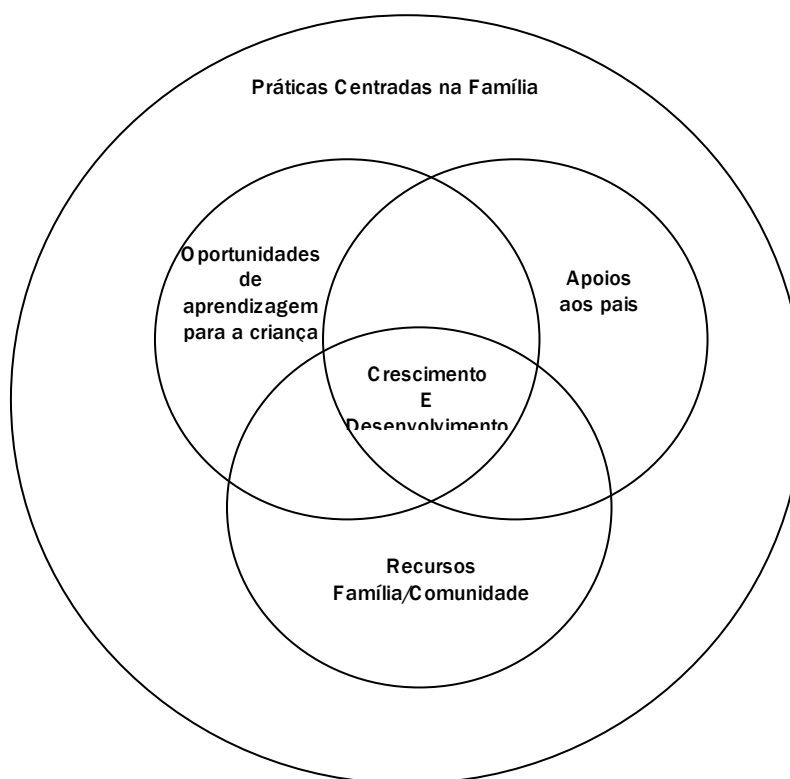


Figura 1- Modelo integrado para representar as relações entre quatro dimensões das práticas de Intervenção Precoce

A criação de oportunidades de aprendizagem para a criança é uma das práticas fundamentais que irá promover as suas aprendizagens e aquisições de competências no contexto familiar e da comunidade em que se insere. Os apoios aos pais englobam aspectos como: informação, conselhos, orientação e formação parental. São estes aspectos que irão fortalecer e aumentar as competências dos pais e promover a aquisição de novos saberes necessários ao seu papel de educadores, favorecendo a criação de oportunidades de aprendizagem adequadas para os seus filhos. Os apoios à família e comunidade incluem recursos financeiros, físicos, psicológicos e informativos, entre outros, devendo, em última instância, assegurar que os pais tenham tempo e energia para desempenhar a sua função parental. Estas três dimensões retratadas por Dunst (1999) inserem-se numa quarta, a abordagem centrada na família. A família é percebida como essencial em todo o

processo, que evolui no sentido de responder às suas prioridades e preferências. Todas as decisões e acções realizadas em torno da criança deverão ser definidas pela família.

Dunst (1999), com este modelo integrado, descreveu três dimensões caracterizadoras do trabalho que é realizado em IP e uma outra que caracteriza a forma como este é feito, numa abordagem centrada na família que maximizará os benefícios da IP. Neste modelo, os PPCP enquadram-se como um dos apoios passíveis de serem oferecidos aos pais, que se interligam com todas as diferentes práticas realizadas no âmbito da Intervenção Precoce.

Os bebés prematuros e as suas famílias

A promoção de um desenvolvimento harmonioso do bebé prematuro vai muito além de um olhar centrado nas suas características orgânicas e comportamentais. Toda a sua problemática deve ser entendida como resultante das interacções entre as suas particularidades e as condições familiares, educacionais e sociais do contexto em que está inserido.

Só esta visão holística, que exclui a hipótese de uma relação directa entre as condições orgânicas do bebé e o percurso evolutivo do seu desenvolvimento, poderá ser útil no sentido de uma intervenção o mais eficaz possível.

A delimitação da prematuridade

De acordo com Pedro (2007), um parto pré-termo é aquele que ocorre depois das 20 semanas de gestação e antes de completadas as 37 semanas. Contudo, o conjunto de bebés prematuros é extremamente diversificado, pelo que se tem vindo a definir três grupos distintos (Barros, 2001):

- Os bebés com “Baixo Peso ao Nascer” (BPN) com um peso entre as 2500g e as 1500g e com uma idade gestacional entre as 32 e as 36 semanas;
- Os bebés com “Muito Baixo Peso ao Nascer” (MBPN) com um peso entre as 1500g e as 1000g e com 26 a 32 semanas de idade gestacional;
- Os bebés com “Extremo Baixo Peso ao Nascer” (EBPN) com um peso inferior a 1000g e uma idade gestacional inferior a 26 semanas.

Barros (2001) explica que esta classificação se baseia no grau de maturação de processos fisiológicos específicos, tais como as funções respiratória, digestiva e circulatória, durante o desenvolvimento fetal.

A mesma autora descreve as características de cada um dos grupos mencionados, as diferentes medidas de intervenção utilizadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a sua probabilidade de sobrevivência. Cerca de 30% dos bebés com BPN apresenta imaturidade pulmonar, necessitando de suporte respiratório geralmente pouco prolongado, 90% sobrevivem com muito baixas taxas de perturbações de desenvolvimento a longo prazo. Do grupo de bebés com MBPN, cerca de 60% necessita de várias semanas de respiração assistida e apresenta com frequência imaturidade noutros sistemas, tornando-se muito dependentes de cuidados médicos controladores da temperatura e nutrição. 60% a 80% sobrevivem e a maioria tem um desenvolvimento adequado. Os bebés com EBN terão uma enorme imaturidade nos vários sistemas, pelo que irão necessitar de assistência médica constante durante vários meses. Barros (2001) refere que a sua probabilidade de sobrevivência é de 50% e que estes bebés possuem altas percentagens de perturbações de saúde e de desenvolvimento a longo prazo.

Apesar da incontestável relação entre as taxas de mortalidade e perturbações de desenvolvimento e a idade gestacional e peso à nascença, demonstrada por Barros (2001), esta relação nunca é absoluta ou directa, havendo inúmeros factores contextuais e sociais que poderão alterar esta evidência.

O desenvolvimento do bebé prematuro e a importância dos factores contextuais e socioeducativos

O nascimento prematuro de um bebé poderá resultar em três diferentes desfechos: morte do bebé, sobrevivência com lesões, mais graves ou mais ligeiras, e sobrevivência com um desenvolvimento semelhante ao de qualquer criança de termo, para os quais contribuirão não só os factores biológicos inerentes à prematuridade, como todos os factores contextuais e familiares que assumem extraordinária importância no desenvolvimento dos bebés com estas características.

Alguns autores têm estudado a incidência de perturbações no desenvolvimento em crianças que nasceram antes do tempo previsto. Wood, Marlow, Costeloe, Chir, Gibson e Wilkinson (2000), realizaram um estudo, cuja amostra foi constituída por todas as crianças nascidas no Reino Unido e na Irlanda, entre os meses de Março e Dezembro de 1995, com um número de semanas de gestação igual ou inferior a 25. Os resultados obtidos permitiram concluir que aproximadamente metade destas crianças, quando avaliadas aos 30 meses, possuíam perturbações ao nível do desenvolvimento mental, psicomotor, neurológico, comunicativo e/ou sensorial. Cerca de um quarto preenchia o critério de perturbação severa. Kreling, Brito e Matsuo (2006) realizaram outro estudo no Brasil com uma amostra de 104 bebés prematuros, nascidos com muito baixo peso. O estudo, de carácter longitudinal, avaliou os bebés aos 12 meses, tendo sido utilizado o Teste de Desenvolvimento de Denver II. Os resultados demonstraram que 62% dos bebés apresentavam um desenvolvimento dentro da normalidade e 38% possuíam perturbações no seu desenvolvimento (14% tinham paralisia cerebral).

As perturbações no desenvolvimento poderão atingir diversas áreas e assumir diferentes dimensões. Vários autores têm dedicado os seus trabalhos a áreas específicas do desenvolvimento dos prematuros, comparando-os com os bebés de termo, ou apenas constatando a presença/ausência de perturbações específicas nestes bebés.

No âmbito das perturbações neurológicas, Eckerman, Sturm e Gross (1985) referem que as mais frequentes, nos recém nascidos de MBPN e EBPN são as convulsões, a displasia espástica, a hidrocefalia e a paralisia cerebral. Interessa referir que os tratamentos que muitas destas perturbações implicam, provocam, por vezes, outro tipo de patologias graves, tornando-se muito difícil para a equipa médica dosear estes tratamentos.

No que respeita à saúde dos bebés, O'Brien, Soliday e Maccluskey-Fawcett (1997), na sua revisão de estudos sobre bebés pré-termo, concluíram que as percentagens de doença e hospitalizações em amostras de crianças que nasceram prematuras são quase sempre superiores comparativamente às das crianças de termo. Em relação aos deficits sensoriais, os autores referem que os mais usuais são a cegueira e as perturbações ao nível da audição.

Goldson (1996), na sua revisão de estudos, concluiu que os bebés prematuros têm uma probabilidade aumentada de vir a sofrer perturbações no seu crescimento físico.

O'Brien et al. (1997) nomeiam alguns trabalhos que comparam o QI e os resultados escolares de crianças que nasceram prematuras com os de crianças de termo. Os autores referem que, apesar de alguns estudos não encontrarem diferenças ao nível das competências intelectuais, a maioria reporta percentagens elevadas de prematuros com dificuldades escolares ou com necessidade de serviços especiais nas escolas. Os autores concluem referindo que, apesar de a maioria dos prematuros se desenvolver dentro da média, a prematuridade é considerada um factor de alto risco no desenvolvimento de deficiências intelectuais e dificuldades escolares. Relativamente a este aspecto, Goldson (1996) faz referência a estudos que demonstram que o baixo peso à nascença e uma curta idade gestacional são factores que se encontram associados a um funcionamento cognitivo abaixo da média aos 6, 7 e 8 anos. Greenberg e Crnic (1988) num estudo em que compararam inúmeras variáveis em crianças prematuras e crianças de termo, não encontraram diferenças a nível cognitivo. Os autores referem que apesar de alguns estudos demonstrarem que os prematuros apresentam desempenhos inferiores, aos dois anos de idade as diferenças começam a deixar de ser significativas. Barrat, Roach e Leavitt (1996), por sua vez, compararam 21 bebés prematuros com baixos riscos do ponto de vista médico, com 21 bebés de termo, concluindo igualmente que não haviam diferenças significativas ao nível do desenvolvimento cognitivo aos 12 e aos 20 meses.

No âmbito do desenvolvimento da linguagem, Barrat et al. (1996) não encontraram diferenças entre o grupo de bebés de termo e o grupo de bebés prematuros, quer ao nível da linguagem expressiva, quer na linguagem compreensiva.

Relativamente ao comportamento, Rosenblatt (1997) refere que a literatura sobre prematuridade revela que estas crianças apresentam um maior risco de virem a apresentar dificuldades comportamentais em idade pré-escolar e escolar. Lahood e Bryant (2007) e O'Brien et al. (1997) defendem que as crianças nascidas prematuras possuem um risco mais elevado de desenvolverem perturbação da hiperactividade com défice de atenção.

Apesar da vasta literatura sobre os impactos da prematuridade no desenvolvimento da criança, o risco não é homogéneo, dependendo de inúmeros factores endógenos e contextuais. Tem prevalecido a ideia de que a maioria das crianças prematuras alcança as crianças de termo por volta dos dois anos de vida (tal como concluíram Greenberg e Crnic em 1988). Contudo, este pressuposto já não se verifica quando os bebés pré-termo nascem

em determinadas condições, principalmente com reduzida idade gestacional e extremo baixo peso ao nascer.

O importante é que se reconheça uma maior incidência de perturbações de desenvolvimento no grupo dos bebés prematuros com vista à prevenção de situações menos positivas. Esta constatação tem conduzido à criação de protocolos entre os serviços de neonatologia e as consultas de desenvolvimento pelos hospitais de todo o país. Nestas consultas, equipas multidisciplinares unem esforços no sentido de uma avaliação e monitorização contínua da saúde e progressos do bebé, com o intuito de uma detecção atempada de eventuais desvios para uma intervenção o mais precoce possível. É o que se verifica no Hospital de Santa Maria, local onde decorreu o nosso estudo.

Quais os factores que poderão influenciar o desenvolvimento dos bebés pré-termo e qual o papel da família na evolução destas crianças?

Como foi possível constatar pelos estudos e teorizações acima apresentados, o grupo dos bebés prematuros é bastante heterogéneo, pelo que o seu desenvolvimento poderá apresentar diferentes desfechos. Mais do que em qualquer criança de termo, nos bebés pré-termo, o desenvolvimento e a qualidade da sua vida futura estará fortemente dependente de factores contextuais. Entre os mais importantes destaca-se o nível socioeconómico, o ambiente familiar e os padrões de interacção com os pais (Barrat et al., 1996). Os serviços a que terão acesso, os projectos de Intervenção Precoce que integrem e a existência de fontes de suporte e apoios informais serão também determinantes.

Silva (2002) faz referência à importância de um olhar ecológico sobre a família de crianças prematuras, postulando que se deve ter em atenção factores como a idade e educação da mãe, as relações conjugais, a satisfação da mãe com a vida familiar e a estrutura da família alargada, incluindo parentes do sexo feminino que possam servir como redes de apoio (particularmente relevantes no caso de mães jovens e solteiras). Neste contexto, Pattersen e Barnard (1990) referem estudos que demonstram que os pais com níveis elevados de suporte social têm atitudes mais positivas com os seus filhos.

Greenberg e Crnic (1988), referem que os efeitos negativos das condições neonatais tendem a agravar-se nos meios socioeconómicos mais carenciados, enquanto quase se anulam nos da classe média e superior. Cole (1995), no seu estudo com bebés prematuros

de alto risco, enuncia que as famílias de baixo nível socioeconómico têm em geral menos conhecimentos relativamente aos assuntos específicos que se prendem com a educação de um bebé prematuro, ficando mais intimidadas com os riscos que os seus bebés pequenos e frágeis apresentam. Cole (1995) acrescenta que o aumento do stress nas suas vidas quotidianas devido à pobreza, à qual, por vezes, se acrescenta uma deficiente infraestrutura de apoio social, torna a tarefa de criar o bebé prematuro em algo muito difícil. Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson e Basham (1983) falam igualmente da influência negativa que a pertença a um estatuto socioeconómico baixo e o reduzido suporte emocional exercem na interacção dos pais com o bebé.

A estimulação e interacção dos pais com o bebé são também factores externos que têm sido referenciados como preditores significativos do desenvolvimento da criança (Barros, 2001). Barros (2001) refere que uma estimulação adequada por parte dos pais, principais prestadores de cuidados, poderá atenuar as consequências da perturbação neurológica precoce.

O ambiente poderá, também, ser desfavorável às condições biológicas destes bebés, ao invés de contribuir para a promoção do seu desenvolvimento. O'Brien et al. (1997) postulam que algumas das características típicas dos bebés pré-termo poderão aumentar o risco de negligência e maus-tratos por parte da família. Os autores explicam que o choro excessivo, as dificuldades de alimentação, os irregulares padrões de sono e a dificuldade de resposta social, juntamente com todo o stress provocado pela prolongada hospitalização do bebé, aumentam o risco de abuso e negligência por parte das suas famílias.

Como é possível constatar, o desenvolvimento do bebé prematuro resulta de uma dinâmica interacção entre os factores biológicos e os factores do ambiente, assumindo a família um papel essencial em todo este processo. De facto, tal como refere Brazelton (1992), mesmo os bebés com problemas, possuem capacidades imprevisíveis de recuperação quando sujeitos a interacções sociais adequadas desde os primeiros tempos de vida.

Consequências psicológicas do nascimento prematuro para os pais

Durante a gravidez, os pais vão-se preparando para o seu bebé. As mães sofrem um processo de mudanças físicas associadas ao suporte de uma vida em desenvolvimento e ambos os pais esperam cuidar do bebé idealizando-o perfeito e saudável. Aquando do

nascimento, os pais irão confrontar o bebê que imaginaram com o bebê real, sendo necessário que façam o luto do bebê imaginado para que se possam adaptar ao bebê real.

Tal como referem Goldberg e DiVitto (1995), existem 3 experiências na parentalidade que são únicas na prematuridade: o *timing* do nascimento, a experiência de internamento do bebê e o comportamento e desenvolvimento do bebê resultantes do facto de ter nascido prematuro.

Com o nascimento prematuro de um bebê, desencadeado por um trabalho de parto prematuro ou por problemas na grávida ou no bebê, os pais vêem todo o processo de preparação interrompido. Não estão reunidas as condições psicológicas e práticas para a chegada do novo bebê. Surgem sentimentos de desapontamento e perda, juntamente com o medo pela sobrevivência do bebê (Goldberg & Divitto, 1995). Todo o trabalho de luto, inevitável após o parto prematuro, gera sentimentos de grande tristeza e culpa pela dificuldade do confronto com os defeitos do bebê real (Brazelton, 1992). As emoções negativas dos pais aumentam quando começam a antecipar um internamento prolongado, constatando que não poderão tratar do seu bebê e encaram a possibilidade de um desenvolvimento comprometido.

Nos primeiros tempos de vida, enquanto o bebê se encontra internado na UCIN, os pais experimentam diferentes e intensas emoções. De acordo com Barros (2001) os pais de bebês prematuros atravessam uma grave crise emocional surgindo muitas vezes sentimentos de ansiedade, medo, irritabilidade e depressão intensos. A ansiedade, segundo Barros (2001), está associada ao medo e preocupação com a sobrevivência e desenvolvimento do bebê, assim como à auto-avaliação de falta de competência para tratar e educar um filho diferente e possivelmente mais difícil. A depressão, caracterizada por sentimentos de desespero, de auto-desvalorização e crises de choro, inicia-se com a percepção de um parto diferente do esperado, de um bebê menos perfeito e saudável e até de perda de qualidade de vida no geral (Barros, 2001). A irritabilidade, dirigida ao próprio, aos outros ou ao bebê, torna-se crítica para o estabelecimento de uma interacção positiva com o bebê (Barros, 2001).

Patteson e Barnard (1990) falam de sentimentos de hostilidade e de falta de confiança. Botelho (1999) refere a existência de medos, sentimentos de culpabilidade relativa a comportamentos mantidos durante a gravidez (ex. hábitos tabágicos; não ter deixado de

trabalhar) que possam ter comprometido a gestação até ao final e sentimentos de incapacidade por parte da mãe em tratar do seu bebé. Pedro (2007) fala de culpa e desapontamento. Gil (2005) enumera o choque, o fracasso, a frustração, a culpa, a fuga à realidade e o medo. Seabra (1993) menciona a frustração, a tristeza, a angústia e a culpabilidade aquando do nascimento, assim como a estranheza e desilusão no primeiro contacto dos pais com o bebé. Vidigal, Pires e Matos (2001) falam da aflicção, tristeza e angústia provocada pelo medo de perda do bebé, da frustração, culpabilidade e dos sentimentos de desapontamento e perda.

Mendelsohn (2005) fala ainda dos efeitos traumáticos do nascimento prematuro na capacidade de “rêverie” das mães. A autora defende que a curiosidade habitual da mãe em descobrir, decifrar e responder, de forma sensível, às necessidades do bebé, é prejudicada em muitas mães prematuras.

O regresso do bebé a casa acarreta novas fontes de stress para os pais. Os pais que passaram semanas e até meses a observar os cuidados prestados pelos profissionais, sentem-se agora inseguros com a nova responsabilidade nos cuidados diários do bebé, pesando o facto de ficarem isolados do apoio psicológico dos técnicos do hospital e dos outros pais.

Todos estes sentimentos poderão agravar-se se o pai e a mãe viverem e sentirem a situação de modo diferente ou não sincronizado, criando desajustes no casal e provocando um desequilíbrio familiar (Seabra, 1993). O estudo de Affleck, Tennen e Rowe (1990), por exemplo, constata que os pais não sofrem tanto nem se deixam afectar como as mães na “crise da prematuridade”. O papel do pai no apoio à mãe é extremamente importante e é cada vez mais um aspecto tido em conta nos estudos e nas intervenções junto destas famílias. O’Brien et al. (1997) postula que quando as mães referem estar satisfeitas com o marido, mostram-se mais disponíveis para os seus bebés. Os autores explicam que, por outro lado, as mães sem parceiro apresentam elevados riscos de depressão.

Como se pode constatar pelas evidências descritas pelas diversas investigações mencionadas, o tempo de aceitação dos pais e a harmonização das suas relações com os bebés pré-termo estarão influenciados por diversos factores como as características do bebé (diagnóstico, idade de desenvolvimento e temperamento), as características da família

(nível educativo e estatuto socioeconómico) e factores do contexto em que a família se insere (recursos formais e informais, “forças” da família, redes de suporte, etc.).

É clara a importância da condição emocional dos pais para o desenvolvimento de uma relação de vinculação positiva e para as atitudes educativas no geral (Barros, 2001). Como tal, a perturbação emocional dos pais, muitas vezes associada a atitudes educacionais menos sensíveis e menos adequadas, porá em risco o desenvolvimento harmonioso do bebé. Tendo o prematuro condições orgânicas pouco favoráveis, é fundamental que a condição emocional dos pais seja adequada para que este cresça e se desenvolva bem. Como tal, torna-se urgente intervir junto das famílias o mais precocemente possível.

Finalmente, importa referir que não é possível descrever um padrão único de reacção dos pais ao nascimento de um bebé prematuro (Silva, 1999). Este aspecto tem que estar sempre presente nos técnicos que intervêm junto das famílias, evitando prescrições pré-determinadas e incentivando um olhar sobre cada família como única e com características muito particulares.

A relação entre os pais e o bebê prematuro

Tal como Justo (1997) refere, o mais prematuro dos bebês é um ser comunicante, e só quando a iniciativa do adulto (tratamento, contacto, etc.) se harmonizar com a iniciativa do bebê (sono, choro, reflexo, etc.), poderemos aspirar a um desenvolvimento global e sustentado.

Também para os bebês prematuros, como para todos os bebês de termo, a comunicação e interacção com as pessoas e o meio ambiente que os rodeiam é essencial para o seu crescimento e desenvolvimento. Contudo, os adultos que interagem com os bebês pré-termo vêm a sua tarefa dificultada logo após o parto. A interacção, neste momento inicial, é totalmente suprimida: o bebê e os pais são separados devido à imaturidade biológica do recém-nascido, à necessidade de prestação de cuidados médicos, de reanimação, ou de levar o bebê para a incubadora (Vidigal, Pires, & Matos, 2001).

Durante a estadia dos prematuros na UCIN, pais e bebês vêm limitadas as suas experiências sociais. Os níveis elevados de barulho, a forte iluminação e as constantes intervenções realizadas por inúmeras enfermeiras e médicos, farão com que os bebês fiquem facilmente extenuados por estímulos e serão fonte de stress para os pais que anseiam pelo momento em que poderão levar o seu bebê para casa.

Para além das condições físicas e de todos os obstáculos da UCIN, a aparência física, as características comportamentais e todo o repertório de interacção do bebê irão constituir outro obstáculo para a criação de uma relação de vinculação segura entre os pais e o bebê prematuro.

Devido à sua imaturidade, o bebê prematuro possui uma certa desorganização comportamental, podendo ir da agitação e reactividade extrema, à passividade. Tal como mencionam Patten e Barnard (1990), os bebês pré-termo apresentam capacidades limitadas para controlar os seus estados, incluindo as necessárias para se auto-acalmarem e confortarem. Botelho (1999) descreve o pequeno repertório comportamental dos recém-nascidos prematuros como caracterizado por ciclos de sono profundo menos definidos e mais curtos. A autora acrescenta que nos curtos períodos em que estão acordados, os recém-nascidos prematuros encontram-se na maioria do tempo a chorar ou a protestar, sendo extremamente difícil para os pais conseguirem consolar estes bebês. Neste âmbito

Barros (2001), refere que é a imaturidade do SNC que gera um comportamento mais desorganizado, imprevisível e instável por parte dos bebês pré-termo. Silva (1999) menciona que a maioria dos bebês prematuros passa grande parte do tempo num estado de sonolência, movimentando os braços e as pernas de forma desordenada. Silva (1999) acrescenta que táticas como pegar o bebê ao colo ou embalá-lo poderão produzir sobre-estimulação em vez de o acalmar.

Relativamente às habilidades sociais e comunicativas, Pattersson e Barnard (1990) referem que estes bebês são mais irritáveis, mais passivos e menos reactivos ao meio ambiente. Barros (2001) refere que os bebês pré-termo possuem competências de comunicação e interacção menos adequadas: apresentam um padrão de choro mais aversivo, têm dificuldade em fixar o olhar, emitem menos sinais facilitadores da continuidade da interacção, vocalizam e sorriem menos. Lester, Hoffman e Brazelton (1985) referem que o facto de os sinais emitidos pelos bebês pré-termo serem por vezes menos claros ou distorcidos, torna bastante difícil para os pais compreenderem e anteciparem os seus comportamentos.

A frágil e débil aparência física dos bebês prematuros, bastante diferente da dos bebês de termo, juntamente com a tonicidade muscular destes bebês, que mantêm os seus braços e pernas em extensão, apresentando grandes dificuldades na flexão, levará a que muitos pais tenham até medo de lhes tocar (O'Brien et al., 1997).

Finalmente, interessa ainda referir neste âmbito, que as dificuldades alimentares, relacionadas com a adaptação difícil ao biberão ou ao peito devido ao longo período de tempo de alimentação por sonda, poderão agravar as dificuldades de relacionamento entre os pais e os bebês. O'Brien et al. (1997) referem que este factor pode provocar nas mães um sentimento de inadequação ou rejeição, comprometendo a alimentação futura da criança.

A aparência pouco apelativa do bebê, todo o seu comportamento desorganizado e os obstáculos inerentes à UCIN, irão dificultar as suas interacções com os principais prestadores de cuidados. O trabalho dos pais na tentativa de estabelecer uma ligação com o seu bebê torna-se extremamente complicado e, muitas vezes, frustrante ao ponto de gerar comportamentos menos positivos que irão agravar a relação da tríade. Para os pais, as interacções com os seus bebês prematuros poderão até tornar-se penosas, uma vez que é

extremamente difícil conseguirem sintonizar-se com uma criança menos organizada e menos apta a reagir (Botelho, 1999).

Alguns estudos têm-se centrado nos comportamentos interactivos e competências comunicativas dos pais durante o internamento do bebé. O estudo de Crnic et al. (1983) demonstrou que durante o período de internamento, as mães se mostram menos activas e mais apáticas e desinteressadas, apresentando menos prazer na interacção e possuindo menos iniciativas de comunicação, sendo estas pouco sincronizadas com os sinais emitidos pelo bebé. Os trabalhos de Goldberg, Brachfeld e DiVitto (1980), concluíram que, nestas primeiras semanas, as mães estabelecem menos contacto face a face, sorriem menos e falam menos com os seus bebés.

Após o momento da alta e durante todo o crescimento do bebé, irão surgir novos comportamentos interactivos e sentimentos relativos à criação de laços e de uma relação sustentada dos pais com o bebé. Muitos estudos, como veremos seguidamente alguns, retratam a interacção do bebé prematuro com os seus pais nos seus primeiros anos. Os resultados são variados, mas muitas das conclusões obtidas pelos diversos autores acabam por convergir no mesmo sentido.

Mendelsohn (2005) refere que as mães de bebés prematuros tendem a adoptar dois tipos de comportamentos opostos: assumem uma atitude “apática” interagindo pouco com o seu bebé, focalizando pouco o olhar e sorrindo pouco, ou pelo contrário, providenciam estímulo em excesso. O primeiro pressuposto é comprovado no estudo de Goldberg e DiVitto (1995) cujas conclusões indicam que, nos primeiros três meses, as mães de bebés pré-termo estabelecem, com estes, menos contactos do que as mães de bebés de termo. Por outro lado, a última evidência é demonstrada no estudo de Vidigal, Pires e Matos (2001) com uma amostra de 9 mães de bebés prematuros. Os autores concluíram que, como consequência das preocupações face ao desenvolvimento futuro dos seus bebés, estas mães tendem a sobre-estimar a criança para que atinja um desenvolvimento equiparável ao de uma criança de termo da mesma idade. A presença constante e a sobre-estimulação por parte das mães, quando em demasia, poderá prejudicar o desenvolvimento saudável e desejado da criança. Contudo, tal como concluiu Barrat et al. (1995), a adopção comedida deste tipo de comportamentos por parte da mãe, poderá ter resultados bastante positivos. O autor concluiu que durante os primeiros dois anos de vida dos bebés prematuros, algumas mães desenvolviam programas compensatórios naturais de forma a ultrapassar os potenciais

riscos associados à prematuridade, potencializando desta forma o desenvolvimento dos seus filhos.

A relação dos pais com o bebé prematuro, poderá também ser afectada pelos estereótipos que possuem acerca da prematuridade, independentemente de existirem diferenças reais entre a criança prematura e a criança de termo. Este aspecto poderá alterar o padrão de comportamento dos pais e, conseqüentemente, ter influências negativas no comportamento do bebé (Goldberg & Divitto, 1995). Rosenblatt (1997) fala-nos no “síndrome da criança vulnerável”: os pais vêm a criança prematura como especialmente vulnerável a certas doenças ou acidentes. Como tal, pais e mães tendem a super-proteger o bebé. Estas crianças poderão apresentar dificuldades de separação, perturbações no sono e dificuldades ao nível da alimentação. O autor refere que a percepção da criança como mais vulnerável, mesmo na ausência de problemas, irá aumentar o risco de desenvolvimento de dificuldades comportamentais em idades pré-escolar e escolar.

De forma a atenuar as dificuldades comunicativas e interactivas dos pais com os seus bebés, torna-se fundamental uma intervenção junto dos progenitores, no sentido de lhes proporcionar mais e melhores oportunidades de interacção precoce. Relatando a sua experiência com pais de recém-nascidos prematuros na UCIN, Munck (1995) concebe a participação activa dos pais nos cuidados a prestar ao bebé como essencial para que estes adquiram força e melhor superem a dor e as perturbações emocionais sentidas. Harris (2005) enfatiza a importância de uma intervenção o mais precoce possível junto dos pais, no sentido de potencializar as suas relações com os bebés prematuros e evitar problemas futuros de maior gravidade.

O desenvolvimento da vinculação (entre os pais e o bebé prematuro) é interrompido por inúmeros obstáculos. Contudo, tal como Brazelton (1992) refere, não há razão para que o resultado seja menos recompensador. O esforço que muitos pais e até que os próprios bebés fazem para vencer tais dificuldades, pode tornar-se uma força poderosa na vinculação.

A Intervenção junto de famílias de bebés prematuros

Os primeiros anos de vida mostram-se de extrema importância para o desenvolvimento da criança, considerando-se que se trata do período de maior plasticidade neuronal (Martinez,

Joaquim, Oliveira, & Santos, 2007). Como tal, é essencial que se intervenha precocemente quando os bebés se encontram em risco de desenvolverem perturbações no desenvolvimento. Numa revisão de estudos, os autores referem que de todas as condições de risco que os recém-nascidos podem apresentar, a prematuridade é a que apresenta índices mais elevados. Como tal, é de extrema importância desenvolver programas de apoio às famílias nestas condições.

Todo o contexto do nascimento prematuro, como já foi referido, é traumatizante para os pais dos bebés. Como se deverá intervir com vista a diminuir o seu sofrimento, potencializar o desenvolvimento do bebé e harmonizar a relação pais-bebé prematuro?

Sameroff e Fiese (2000) falam da aplicação do modelo transaccional junto das crianças prematuras e suas famílias. Os autores falam da utilização dos "3 r's" na Intervenção Precoce: remediar, redefinir e reeducar.

- O primeiro "r", *remediar*, abrange o conjunto de técnicas de intervenção criadas no sentido de modificar o comportamento da criança. O objectivo é fundamentalmente "encaixar" a criança nas competências dos seus cuidadores. O *remediar* é implementado tipicamente fora do sistema familiar, por um profissional com o que objectivo de mudar uma condição identificada na criança.
- *Redefinir* é uma estratégia a utilizar quando as dinâmicas familiares não "encaixam" no comportamento da criança. Pretende-se otimizar as interacções dos pais com os seus bebés, através da modificação das suas expectativas e crenças. No caso dos bebés prematuros, os pais tendem a sentir que não são capazes de tomar conta dos seus bebés por serem "muito frágeis" ou mesmo "diferentes" e "mais difíceis". O que se pretende é alterar estas expectativas dos pais relativamente ao seu bebé prematuro, de forma a normalizar a experiência de prestação de cuidados.
- Quando os pais não possuem o conhecimento ou as competências necessárias para uma parentalidade de qualidade, a *reeducação* é a estratégia a utilizar. É fundamentalmente utilizada em famílias consideradas de risco devido às condições ambientais ou características dos próprios pais. Pretende-se aqui informar os pais sobre competências específicas de prestação de cuidados. Na população dos bebés

prematturos, a “reeducação” pode surgir logo no período da gravidez, no sentido de apoiar mães que se encontrem em grupos de risco (mães adolescentes, por exemplo).

Estas três formas de actuar junto das famílias, poderão ser utilizadas de forma conjunta em diferentes fases do processo de intervenção. Importa reconhecer as qualidades e competências das famílias e do bebé prematturo, para, a partir daí, responder às suas necessidades, com o formato de intervenção mais adequado.

Desde há alguns anos que têm vindo a ser desenvolvidos inúmeros programas de intervenção destinados aos bebés prematturos e suas famílias, de diversos formatos, duração, objectivos e estratégias. Todos gostaríamos de saber quais os factores que promovem a eficácia dos mesmos e a obtenção de resultados positivos, principalmente a longo prazo. Blair e Ramey (1997) apontam alguns pressupostos essenciais para o sucesso destes programas:

- O *timing* deverá ser o mais precoce possível. Ou seja, idealmente os programas junto das famílias com bebés prematturos deveriam começar ainda quando o bebé se encontra internado na UCIN;
- No desenvolvimento do programa deverão atender-se às características individuais de cada família. Os programas focalizados nos pais, além de envolverem os mesmos numa prestação de cuidados diários eficaz e de promoverem os seus níveis de motivação, prestam especial atenção às diferenças e necessidades individuais;
- Quanto mais frequente e de maior qualidade forem os serviços de intervenção mais eficazes serão os resultados;
- O fornecimento de múltiplas informações à família, envolvendo diversas áreas da parentalidade e do desenvolvimento da criança, tem vindo a demonstrar resultados mais benéficos do que programas exclusivamente centrados numa área específica;
- Os programas de formação parental e de suporte às famílias terão melhores resultados a longo prazo do que programas de intervenção centrados na criança. Os pais, principais prestadores de cuidados do dia-a-dia da criança, poderão aplicar o que aprenderam nas actividades quotidianas, o que promoverá as aquisições e aprendizagens dos seus filhos.

Lahood e Bryant (2007) referem que o acompanhamento do desenvolvimento do bebé prematuro é um processo contínuo que exige um minucioso trabalho da parte dos técnicos. Os autores referem que os técnicos deverão ser capazes de observar as competências do bebé, escutar as necessidades e preocupações das famílias, recolher a história clínica e educativa relevante e partilhar opiniões e preocupações com outros profissionais.

Também Martinez et al. (2007) falam das preocupações a ter na intervenção junto da população em causa. Num estudo realizado com uma amostra de 6 mães de bebés prematuros, concluíram que nas orientações a serem dadas às famílias destes bebés em risco, a prioridade deve favorecer processos que ajudem na “dosagem” dos tipos e intensidade de estimulação dos bebés. Os autores referem que os pais deverão ser encorajados a estimular e interagir com os seus bebés, desde que não ultrapassem o limiar individual dos bebés prematuros que são, frequentemente, hipersensíveis.

Antes de nos centrarmos nos programas de intervenção junto de famílias de crianças prematuras durante o internamento na UCIN e após o momento da alta, torna-se relevante referir que a intervenção junto destas famílias, idealmente, deveria ser iniciada durante a gravidez. Quanto mais cedo estas famílias forem trabalhadas e tomarem consciência da sua situação, mais rápida e mais fácil será a sua adaptação à situação real e mais facilmente as mães e os pais destes bebés poderão responder às suas necessidades na quantidade e qualidade adequada. Tal como Seabra (1993) refere, as atitudes e sentimentos da mãe no período de gravidez e a forma como vive a experiência deste primeiro contacto precoce com o seu bebé, será uma variável de extrema importância no seu desenvolvimento futuro.

Durante o internamento do bebé e após a sua alta da UCIN, inúmeros têm sido os programas desenvolvidos com diferentes formatos e características, parecendo-nos essencial referir alguns trabalhos de meta-análise e revisão destes programas.

Patteson e Barnard (1990) fizeram uma revisão a um conjunto de 19 programas de intervenção realizados junto de bebés prematuros e suas famílias, iniciados durante o internamento ou após a alta do bebé. Os autores concluíram que todos os programas que obtiveram resultados positivos, se caracterizavam pelo envolvimento activo dos pais na intervenção e interacção com o seu bebé. Por outro lado, os programas onde se intervinha unicamente com a criança, reportavam resultados positivos apenas a curto prazo ou mesmo nenhuns. Os autores concluíram, ainda, que as famílias que beneficiavam mais da

intervenção eram as que provinham de baixos níveis socioeconómicos, com bebés com EBPN e múltiplas complicações perinatais

Blair e Ramey (1997) analisaram também um conjunto de programas de intervenção com bebés prematuros e os seus pais entre os anos de 1986 e 1996. Centrando-se nos programas de curto prazo focados na família, os autores referem que a maioria dos estudos deste formato demonstra resultados positivos ao nível do desenvolvimento cognitivo do bebé, do ambiente em casa, da percepção e satisfação parental relativa ao desenvolvimento da criança e da relação pais-criança. Os autores concluíram que a intervenção atenua o decréscimo dos valores de QI, frequentemente observado nos bebés prematuros em relação aos seus pares de termo.

Rauh, Achenbach, Nurcombe, Howell e Teti (1988) analisaram um programa de Intervenção Precoce realizado com mães de bebés prematuros, estruturado em 11 sessões com a duração de 3 meses, desde o momento da alta do bebé da UCIN. O principal objectivo do programa foi facilitar o ajustamento das mães ao tratamento do seu bebé e, indirectamente, promover o seu desenvolvimento. Os resultados indicaram que as mães do grupo experimental demonstraram mais confiança em si próprias e uma maior satisfação com o seu papel de mães, assim como uma percepção mais favorável do temperamento do bebé. As evidências apontam ainda para efeitos positivos ao nível do desenvolvimento cognitivo destes bebés.

Justo (1997) analisou dois estudos no âmbito da intervenção junto de mães de bebés prematuros após a ida do bebé para casa. O autor concluiu que os bebés cujas mães foram submetidas a diversos tipos de intervenção, se desenvolveram melhor e apresentaram melhores resultados na avaliação dos processos interactivos.

Goldberg e Divitto (1995) e O'Brien et al. (1997) falam dos benefícios resultantes dos grupos de suporte para pais de bebés prematuros. Os primeiros autores fazem referência aos grupos que começam a surgir nos hospitais durante o internamento dos bebés e nos momentos que se seguem à sua alta. Goldberg e Divitto (1995) referem que com a ajuda de profissionais, os pais vêm preenchidas certas necessidades inerentes à situação em que se encontram. O'Brien et al. (1997) postulam que os programas de intervenção que acompanham bebés prematuros durante os primeiros anos de vida e que incluem apoio aos pais no seu papel de educadores, demonstram resultados positivos nas crianças e nas

famílias. Os autores referem que as mães que participam em programas de intervenção interagem mais eficazmente com os seus filhos e estes demonstram menos problemas de comportamento aos 3 anos.

Importa ainda fazer referência às ideias de Rosenblatt (1997) relativas à importância do psicólogo nas equipas que intervêm com famílias de bebés prematuros. O autor refere que o seu papel incide em três áreas fundamentais: no trabalho com toda a equipa no sentido de promover os seus conhecimentos sobre diversas abordagens terapêuticas, na criação de um rede coordenada entre todos os profissionais que trabalham com cada família e na facilitação de um clima de suporte para as famílias e para toda a equipa técnica.

As evidências teóricas e empíricas acima referidas demonstram-nos os benefícios da intervenção muito precoce, com grupos de pais de crianças que nasceram prematuras. Acredita-se que a família assume um papel insubstituível no desenvolvimento e crescimento do bebé prematuro, podendo por isto potencializar este mesmo desenvolvimento, atenuando as dificuldades do bebé. A importância dos programas de intervenção centrados na família, especialmente dos programas de suporte e de promoção de competências parentais, decorre da possibilidade de melhorar o prognóstico destas crianças. É essencial que a família seja valorizada como um dos principais instrumentos de intervenção e que se intervenha o mais precocemente possível, com vista a diminuir possíveis perturbações no desenvolvimento futuro destas crianças.

OBJECTO DE ESTUDO, EIXOS DE ANÁLISE E HIPÓTESES

As características do meio no qual a criança cresce e se desenvolve são, em parte, responsáveis pelas competências que virá a adquirir e demonstrar. Sendo o contexto familiar o principal agente físico e social da criança nos primeiros anos da sua vida, a sua qualidade e a sua adequação às características e necessidades da criança torna-se determinante (Coutinho, 1999).

Tal como Coutinho (1999) menciona, a família exerce um papel único no desenvolvimento das crianças. Quando estamos perante uma situação de risco, o trabalho precoce com a família torna-se urgente. A intervenção direccionada para a família tem sido motivo de enfoque de inúmeros trabalhos na área da IP há várias décadas. Contudo, a situação actual do nosso país, tal como verificaram Serrano e Correia em 1998, Bairrão e Almeida em 2002 e Tegethoff em 2007, está longe de cumprir os pressupostos inerentes a um trabalho verdadeiramente centrado na família.

Estas ideias, subjacentes à revisão bibliográfica realizada, mostram a urgência de, em Portugal, serem delineados e implementados programas de Intervenção Precoce para as famílias. Juntamente com a implementação do programa, surge a necessidade impreterível de documentar o trabalho realizado (Bruder, 2000; Mahoney et al., 1999) assim como os resultados e efeitos do mesmo na população em causa (Bailey & Wolery, 2002; Mahoney et al., 1999; McNaughton, 1994).

As famílias dos bebés que nascem prematuros, tal como as famílias de qualquer criança em situação de risco de desenvolvimento, têm um trabalho mais complicado na resposta e adequação às necessidades da criança, podendo surgir inúmeras dificuldades. Estas famílias necessitam de ajuda e torna-se indispensável intervir o mais precocemente possível para que possam oferecer à criança tudo o que esta necessita para um desenvolvimento o mais saudável e harmonioso possível.

Com base nestes pressupostos criámos um Programa de Promoção de Competências Parentais para os pais de bebés prematuros nascidos no último ano no Hospital de Santa Maria, com menos de 1500g e uma idade gestacional inferior a 34 semanas. O programa

ambicionou responder às necessidades e dificuldades apresentadas por cada família e aumentar as suas competências parentais, num ambiente de apoio, suporte e partilha.

Assim, definimos como principal objectivo de estudo, criar e desenvolver um Programa de Promoção de Competências Parentais junto de pais de bebés prematuros, descrever a sua implementação, caracterizar os participantes e avaliar a sua eficácia através da análise dos efeitos provocados a curto prazo e do nível de satisfação das famílias que nele participaram.

Clarificando, definimos os seguintes eixos de análise:

1º Eixo de análise: Criar e desenvolver um Programa de Promoção de Competências Parentais, documentando todo este processo e caracterizar as famílias que participaram:

- Caracterizar as famílias participantes e conhecer as suas preocupações e necessidades;
- Caracterizar as particularidades e competências de cada um dos bebés prematuros;
- Caracterizar o programa, descrevendo cada uma das sessões realizadas, os principais objectivos e os materiais utilizados.

2º Eixo de análise: Avaliar os resultados, a curto prazo, do Programa de Promoção de Competências Parentais:

- Avaliar a Percepção Parental de Competência dos pais e mães participantes;
- Avaliar a Auto-estima Materna das mães participantes;
- Comparar os resultados obtidos no pré-teste com os resultados do pós-teste nas dimensões: Percepção Parental de Competência e Auto-estima Materna;
- Conhecer o grau de satisfação dos pais relativamente ao programa.

A partir deste 2º eixo de análise e da revisão bibliográfica realizada, propusemo-nos a colocar as seguintes hipóteses:

Hipótese1: Existem diferenças na Percepção Parental de Competência dos pais e mães que participaram no programa, entre a avaliação inicial (pré-teste) e a avaliação final (pós-teste).

Hipótese2: Existem diferenças na Auto-estima Materna das mães que participaram no programa, entre a avaliação inicial (pré-teste) e a avaliação final (pós-teste).

Hipótese3: As mães que participaram no programa avaliam de forma positiva o Programa de Promoção de Competências Parentais.

MÉTODO

Face aos objectivos definidos, pretendemos agora clarificar a metodologia utilizada. Como tal, começaremos por caracterizar o tipo de estudo realizado, os participantes e os instrumentos utilizados. Seguidamente, iremos descrever todos os procedimentos realizados e o programa de intervenção, especificando a sua estrutura, os objectivos e o modo de avaliação do mesmo.

Tipo de estudo

O presente trabalho é um estudo descritivo com técnicas de natureza essencialmente qualitativas. No sentido de enriquecer a caracterização de cada família que constituiu a nossa amostra e de analisar os resultados do programa, a curto prazo, recorreremos ainda à utilização de dois instrumentos psicométricos aplicados em pré-teste e pós-teste.

Participantes

A nossa amostra foi composta pelas mães e pais dos bebés prematuros nascidos no Hospital de Santa Maria entre Maio e Dezembro de 2007, que se disponibilizaram a participar.

Tendo em conta a grande variabilidade que caracteriza o grupo populacional dos bebés prematuros e com o objectivo de assegurar um certo grau de semelhança entre si, assegurámo-nos que os bebés, cujos pais participaram no estudo:

- Não apresentavam qualquer complicação de ordem médica à nascença tais como anomalias genéticas, problemas neurológicos ou quaisquer outros problemas médicos severos não frequentes;
- Tinham tido uma gestação inferior a 34 semanas e pesavam menos de 1500g ao nascer;
- Viviam com ambos os pais;
- Residiam no Distrito de Lisboa e Vale do Tejo.

Entre os meses de Janeiro e Março foram contactadas 25 famílias. Dessas 25 famílias, 16 mostraram-se interessadas em colaborar no estudo. Realizámos uma primeira consulta individual a cada família, onde se procedeu à explicação pormenorizada da estrutura e dos objectivos do programa. 8 famílias disponibilizaram-se a participar (1 pai e 7 mães). Das 8 famílias que se comprometeram a participar, apenas 4 compareceram a 50%, ou mais, das sessões realizadas. Será neste grupo que centraremos a nossa análise.

Instrumentos

Com vista a uma caracterização privilegiada de cada família e a uma análise dos efeitos, a curto prazo, do programa, foram utilizados diversos instrumentos:

1. Entrevista de Caracterização da Criança e da Família
2. Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths
3. Questionário da Percepção Parental de Competência
4. Escala de Auto-estima Materna
5. Questionário de Avaliação da Satisfação Parental

A aplicação destes instrumentos ocorreu em contexto de consulta individual (para cada família separadamente), sendo acompanhada de uma entrevista não directiva com vista à obtenção de dados qualitativos, caracterizadores das famílias.

Entrevista de Caracterização da Criança e da Família (Anexo 1)

O guião da primeira entrevista foi elaborado por nós, com vista à obtenção de dados caracterizadores do bebé, da sua família e de todo o seu percurso educativo e médico, desde a gravidez até ao momento actual. Foi recolhida informação sobre:

- O bebé;
- A gravidez e o parto;
- A mãe e o pai (idade, estado civil, nacionalidade, habilitações académicas, e profissão);
- As principais necessidades e preocupações da família.

Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths (Anexo 2)

Trata-se de um instrumento criado por Ruth Griffiths (1986) bastante utilizado em Portugal na avaliação de crianças com alterações de desenvolvimento ou em risco, como é o caso dos bebés prematuros.

Apresenta a vantagem de poder ser aplicado desde os 0 anos de idade (até aos 8) e de conter diversas sub-escalas tradutoras de um abrangente domínio comportamental: Motora, Pessoal e Social, Audição e Fala, Coordenação olho-mão e Realização. Permite chegar não só a um quociente de desenvolvimento global como a quocientes de desenvolvimento para cada uma das áreas.

Utilizámos este instrumento no nosso estudo com vista à caracterização do desenvolvimento psicomotor de cada um dos bebés, no intuito de conhecer quais teriam eventuais necessidades de uma intervenção mais especificada.

Questionário da Percepção Parental de Competência (Anexo 3)

O questionário por nós utilizado é uma tradução realizada por Coutinho e Flores (1997) do Questionnaire d'auto-evaluation de La Competence Educative Parentele de Terrisse e Trudelle (1988). Este último é uma adaptação do original "Parenting Sense of Competence Scale" de Gibaud-Wallston (1977).

O instrumento pretende avaliar as percepções parentais de eficácia, satisfação e de competência, relacionadas especificamente com a função parental. É constituído por um conjunto de afirmações relativamente às quais as mães e os pais tiveram que indicar em que medida estavam ou não de acordo, posicionando-se numa escala de 6 pontos.

De acordo com Coutinho (1999) o instrumento mede as percepções dos pais sobre:

- A sua própria experiência no cumprimento da função parental;
- Capacidade para desempenhar a função parental;
- Interesse no desempenho da função parental;
- Tensão e ansiedade no desempenho da função parental;
- Percepção do seu grau de controlo de situações relacionadas com a criança;

- Identificação dos desejos da criança;
- Confronto das expectativas idealizadas com a situação real.

As afirmações encontram-se agrupadas em duas sub-escalas: A Percepção Parental de Eficácia, constituída pelo somatório das ponderações dos itens 1, 6, 7, 10, 11, 13 e 15 e a Percepção Parental de Satisfação, formada pelas ponderações dos itens 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14 e 16. O somatório dos valores obtidos concede-nos um “score” global para a Percepção Parental de Competência.

Escala de Auto-estima Materna (Anexo 4)

Esta escala foi traduzida e adaptada por Pimentel (1997) a partir do “Maternal Self-Report Inventory” de Shea e Tronick (1988). Segundo Pimentel (1997) trata-se de um instrumento que não só apresenta uma boa validade interna como se encontra correlacionado significativamente com outros instrumentos semelhantes.

Tem como objectivo avaliar os sentimentos da mãe relativamente aos cuidados a prestar ao seu bebé, a própria confiança e preparação para assumir a função materna, a aceitação do bebé real, a relação que a mãe espera ter com o seu bebé e os sentimentos experimentados durante a gravidez.

A adaptação elaborada por Pimentel (1997) é composta por um conjunto de 32 itens, sob a forma de afirmações anteriormente feitas por mães de bebés de termo e de bebés prematuros. Pede-se às mães dos bebés prematuros que se posicionem, numa escala de 1 a 5 - “concordo completamente” a “discordo completamente” - relativamente a essas afirmações.

Sub-escalas	Nº de itens
Capacidade para tratar do bebé	9 itens
Capacidade e preparação geral para a função materna	7 itens
Aceitação do bebé	6 itens
Relação esperada com o bebé	4 itens
Sentimentos respeitantes à gravidez	6 itens

TOTAL**32 itens**

Para uma melhor compreensão dos factores em jogo, Pimentel (1997) sintetizou os aspectos medidos em cada uma das sub-escalas:

A - Capacidade para tratar do bebé

Sub-escala que analisa a percepção de cada mãe em relação à respectiva capacidade para lidar com o seu bebé, as suas necessidades quer nos aspectos práticos quer nos aspectos emocionais e os seus sentimentos de competência e adequação como mãe.

B – Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna

Dimensão que avalia os sentimentos de prazer/desprazer da mãe causados pelos cuidados com o bebé.

C – Aceitação do bebé

Dimensão avaliativa da adaptação da mãe ao seu bebé real, em confronto com as fantasias e expectativas que sobre ele primeiramente fizera durante a gravidez.

D – Relação esperada com o bebé

Sub-escala que analisa a percepção da mãe sobre a relação que terá com o seu bebé.

E – Sentimentos respeitantes à gravidez

Dimensão que analisa os sentimentos da mãe durante a gravidez, nomeadamente a sua aceitação.

Questionário e Entrevista de Avaliação da Satisfação Parental (anexo 5)

O questionário por nós utilizado é uma adaptação do Questionário de Avaliação da Satisfação Parental da autoria de Coutinho e Flores (1997). O questionário, devidamente adaptado ao formato do nosso programa, pretendeu analisar a satisfação global dos pais relativamente ao programa, assim como a percepção dos ganhos obtidos e da sua importância.

A par do preenchimento do questionário, foi realizada uma entrevista a cada um dos pais, com vista à obtenção de dados mais significativos e a uma melhor e mais pormenorizada caracterização da avaliação dos pais em relação ao programa.

Ambos os métodos pretenderam não só validar socialmente o programa, como conhecer os benefícios específicos obtidos por cada uma das famílias que participaram.

Procedimentos

Num primeiro momento, procedeu-se ao pedido de autorização para a realização do estudo à Coordenação da Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria, que se prontificou a apoiar o projecto.

Entre os meses de Janeiro e Março de 2008 foram contactadas 25 famílias de bebés prematuros nascidos entre Maio e Dezembro de 2007. Este primeiro contacto foi realizado de duas formas: 10 famílias foram abordados após a consulta de pediatria do desenvolvimento e 15 famílias foram contactados via telefone. Neste primeiro contacto foi explicado o funcionamento geral do programa, a sua estrutura e os principais objectivos.

Com os pais que se mostraram interessados em participar (15 famílias no total), foi marcada uma primeira consulta. Realizou-se, neste momento, a primeira entrevista, tendo sido explicado o funcionamento e os propósitos do programa de forma pormenorizada. Ambos os pais (pai e mãe) foram convidados a participar. Procedeu-se igualmente à recolha das características de cada família e respectivas necessidades e preocupações relativas aos seus bebés e a todo o processo educativo. As mães preencheram a Escala de Auto-estima Materna e o Questionário da Percepção Parental de Competência. Este último foi igualmente preenchido por todos os pais que se encontravam presentes. Todos estes bebés foram avaliados ao nível do desenvolvimento psicomotor pela aplicação da Escala de Desenvolvimento Psicomotor de Ruth Griffiths.

Nas semanas que antecederam o programa, estas 15 famílias foram novamente contactadas com o intuito de confirmarmos a sua participação, sendo que 8 se comprometeram a participar. A estas 8 famílias foi enviada uma carta com a data de início do programa.

A partir das necessidades e preocupações identificadas por cada família aquando da primeira entrevista, foi sendo elaborado o Programa de Promoção de Competências Parentais que se iniciou no dia 11 de Abril de 2008.

O programa, que seguidamente descreveremos de forma pormenorizada, teve a duração aproximada de 2 meses, finalizando no dia 6 de Junho.

Após a conclusão de todas as sessões, foi marcada uma última entrevista individual com cada uma das 4 mães que participaram em 50%, ou mais, das sessões realizadas. Nesta

entrevista final, as mães preencheram a Escala de Auto-estima Materna e o Questionário da Percepção Parental de Competência, assim como o Questionário de Avaliação da Satisfação Parental, relativa ao programa. Foi também entregue o relatório da avaliação do desenvolvimento psicomotor dos seus bebês, realizada na primeira entrevista. Dois dos bebês (a Inês e a Ana) apresentavam atrasos significativos no desenvolvimento pelo que foi pedido apoio domiciliário que será iniciado no próximo mês de Setembro.

Aos pais que participaram no programa mas que não compareceram em mais de metade das sessões realizadas (1 pai e 3 mães), foi igualmente pedido que comparecessem a uma entrevista final. O convite foi aceite por um pai e uma mãe que explicaram, em entrevistas individuais, os motivos que comprometeram a sua participação.

O programa

Participantes

Participaram no programa duas psicólogas estagiárias de psicologia educacional e a psicóloga educacional da Unidade de Desenvolvimento do HSM.

Na sessão cuja temática incidiu na relação de vinculação entre os pais e o bebé prematuro, foi convidada a participar uma psicóloga clínica, cujo trabalho incide no apoio aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria.

Na sessão relativa aos recursos educativos existentes na comunidade, foi convidada a comparecer a educadora da Unidade de Desenvolvimento que desempenha igualmente a função de coordenadora das educadoras de infância do HSM.

A mãe da Matilde, menina prematura de 5 anos, nascida no HSM e seguida na Unidade de Desenvolvimento, foi também convidada a dar o seu testemunho aos pais participantes.

O grupo de pais foi composto por 7 mães e 1 pai de bebês prematuros com idades (no início do programa) compreendidas entre os 4 meses e os 12 meses.

Estrutura

O Programa de Promoção de Competências Parentais teve a duração de 2 meses, decorrendo entre o dia 11 de Abril e o dia 6 de Junho. No total tiveram lugar 8 sessões de carácter semanal, realizadas às sextas-feiras das 9h00 às 10h30.

Objectivos

O Programa de Promoção de Competências Parentais teve como principal objectivo apoiar os pais de bebés prematuros nas dificuldades subjacentes a todo o processo educativo e promover as suas competências parentais.

Assim, o Programa de Promoção de Competências Parentais foi estruturado com o intuito de:

- Promover as competências parentais;
- Providenciar a oportunidade para os pais partilharem as suas experiências num ambiente de suporte;
- Potencializar a partilha de sentimentos e emoções experimentadas pelos pais durante a gravidez da mãe, o parto e o internamento do bebé na UCIN;
- Conhecer as necessidades e dificuldades experimentadas pelos pais desde o momento em que levaram o seu bebé prematuro para casa, com o intuito de ajudar na obtenção de soluções adequadas;
- Conhecer as forças das famílias no intuito de promover a utilização dos seus recursos informais;
- Dar a conhecer aos pais os recursos formais disponíveis na comunidade;
- Aumentar e melhorar as informações dos pais relativamente ao desenvolvimento e características dos bebés pré-termo, tendo como ponto de partida as suas necessidades;
- Facultar aos pais estratégias e técnicas que promovam um desenvolvimento harmonioso do bebé;
- Apoiar os pais no sentido de melhorar a qualidade das interacções com os seus bebés;
- Transmitir aos pais estratégias de resolução de problemas que possam surgir;
- Etc.

Estes e outros objectivos pretenderam, em última instância, melhorar a qualidade de vida destas famílias, apostando na prevenção de eventuais problemas futuros decorrentes da prematuridade.

O processo de avaliação

De forma a enriquecer a caracterização das famílias intervenientes e analisar os efeitos do programa, a curto prazo, procedeu-se à avaliação das seguintes variáveis:

- Percepção Parental de Competência;
- Auto-estima Materna;
- Grau de satisfação dos pais com o programa.

As duas primeiras variáveis foram avaliadas em situação de pré-teste (antes do início do programa) e de pós-teste (alguns dias após o final do programa). O grau de satisfação dos pais com o programa foi igualmente avaliado neste segundo momento.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1º Eixo de análise – Concepção e aplicação do programa e caracterização das famílias

Como referido anteriormente, o nosso primeiro eixo de análise incidiu na concepção e na aplicação do Programa de Promoção de Competências Parentais, assim como na descrição pormenorizada dos intervenientes. Começaremos por caracterizar as 4 mães que participaram em 50%, ou mais, das sessões realizadas, os seus contextos familiares e os respectivos bebés. Posteriormente faremos uma descrição pormenorizada de cada sessão do programa.

	Sessão N°1	Sessão n°2	Sessão n°3	Sessão n°4	Sessão n°5	Sessão n°6	Sessão n°7	Sessão n°8	TOTAL
Mãe da Rita	X		X	X	X	X		X	6
Mãe do Filipe		X					X		2
Mãe da Inês	X		X			X	X		4
Mãe do Miguel		X	X			X		X	4
Mãe da Ana	X	X		X	X	X		X	6
Pai da Carolina	X	X			X				3
Mãe do Estêvão				X	X				2
Mãe do Tomás		X							1

Tabela 1 – Registo da participação dos pais nas sessões do Programa de Promoção de Competências Parentais

Antes de procedermos à caracterização dos participantes, passaremos à descrição dos motivos que conduziram à desistência dos pais que inicialmente se comprometeram a participar. Como é possível constatar na tabela 1, dos 8 pais (7 mães e 1 pai) que se comprometeram a participar, apenas 4 (mães) compareceram em 50%, ou mais, das sessões realizadas.

A mãe do Tomás esteve presente apenas na segunda sessão. Através de um contacto telefónico, explicou à equipa que, por questões de natureza profissional, foi viver para o estrangeiro pelo que seria impossível continuar a comparecer. Não foi possível contactar a mãe do Estêvão para conhecer os motivos da sua desistência. Os contactos telefónicos fornecidos pela mãe encontravam-se fora de serviço.

Ao pai da Carolina e à mãe do Filipe foi realizada uma entrevista alguns dias após o programa, no intuito de conhecer as razões que levaram ao não comparecimento de um

número significativo de sessões. O pai da Carolina contou que, após a 5ª sessão, mudou de turno no emprego, sem qualquer hipótese de alterar o horário que lhe foi imposto, pelo que não pode comparecer posteriormente a esta data. A mãe do Filipe refere razões semelhantes, não tendo sido possível faltar ao emprego uma vez que a colega que a ajudava entrou de baixa, pelo que ficou sem ter quem a substituísse, tal como tinha combinado inicialmente para poder participar no programa.

Caracterização dos participantes

Antes do início do programa, a todas as famílias que mostraram interesse em participar foi realizada uma entrevista de caracterização, a partir da qual obtivemos os dados que nos propomos a descrever. No entanto, dado que apenas 4 mães compareceram em 50%, ou mais, das sessões realizadas, a nossa análise incidirá apenas nestas 4 famílias.

Caracterização dos bebés

Bebé	Sexo	Raça	DN	Sit. Educativa	Agregado Familiar
Rita	Fem.	Branca	04-05-2007	Com a mãe	mãe (grávida) e pai
Inês	Fem.	Negra	18-05-2007	Na Ama	mãe, pai e irmão
Miguel	Masc.	Branca	25-08-2007	Na Creche	mãe, pai e irmã
Ana	Fem.	Negra	29-08-2007	Com a mãe	mãe e pai

Tabela 2 – Caracterização dos bebés: sexo, raça, data de nascimento, situação educativa e agregado familiar

Bebé	Gravidez planeada?	Gravidez desejada?	Gravidez seguida?
Rita	Sim	Sim	Sim
Inês	Não	Sim	Sim
Miguel	Sim	Sim	Sim
Ana	Não	Não	Não

Tabela 3 - Caracterização da gravidez

Bebé	Tipo de parto	Duração da Gestação	Peso ao nascer	Apgar 1ºmin	Apgar 5ºmin	Internamento UCIN
Rita	Provocado - cesariana	34 s.	1390 g.	9	10	31 dias
Inês	Espontâneo - eutócito	24 s.	685 g.	6	9	77 dias
Miguel	Espontâneo - eutócito	28 s.	1200 g.	8	9	47 dias

Ana	Provocado - cesariana	25 s.	550 g.	1	4	92 dias
-----	-----------------------	-------	--------	---	---	---------

Tabela 4 – Caracterização dos bebés: nascimento e internamento

Posteriormente à entrevista de caracterização inicial, realizámos uma avaliação a todos estes bebés, recorrendo à Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths. O quadro que se segue descreve os resultados obtidos.

Bebé	Idade	QG	Locomoção	Pessoal -Social	Audição e Linguagem	Coordenação olho-mão	Realização
	Cronológica (meses)						
Rita	8,2	114,8	122,1	122,1	85,5	109,9	134,3
Inês	8,1	75,1	73,9	80	67,7	80	73,9
Miguel	3,8	124,76	155,9	104	130	117	117
Ana	4,0	77,91	88	75,4	88	100	37,7

Tabela 5 – Valores obtidos pelos bebés na Escala de Desenvolvimento de Griffiths

Caracterização dos pais

Bebé	Idade		Nº filhos		Estado Civil		Nacionalidade	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai
Rita	35	43	1	1	Casados		Brasileira	Português
Inês	41	46	2	4	Vivem c/companheiro(a)		Cabo-verdiana	Cabo-verdiano
Miguel	36	40	2	3	Vivem c/companheiro(a)		Portuguesa	Português
Ana	20	29	0	0	Vivem c/companheiro(a)		Angolana	São-tomense

Tabela 6 – Caracterização dos pais: idade, nº filhos, estado civil e nacionalidade

Bebé	Habilitações Académicas		Profissão	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai
Rita	Licenciatura	Licenciatura	Engenheira Agrónoma	Militar
Inês	6ª ano	4º ano	Empregada Doméstica	Pedreiro
Miguel	Licenciatura	12º ano	Directora de Marketing	Vendedor
Ana	10º ano	11º ano	Empregada de Limpeza	Pedreiro

Tabela 7 – Nível socioeconómico: habilitações académicas e profissão

Caracterização pormenorizada de cada família

Rita

Fruto de uma gravidez muito desejada e planeada, a Rita nasceu no dia 4 de Maio de 2007. Às 29 semanas de gravidez, a mãe da Rita teve uma pré-eclâmpsia, tendo que ficar internada. Às 34 semanas o parto acabou por ser provocado, devido à tensão alta da mãe. A Rita pesava 1390 gramas e o APGAR¹ ao 1º minuto foi 9 e ao 5º minuto 10.

Esteve 31 dias internada na UCIN, sem complicações adicionais à sua condição de prematura com MBPN. A mãe retrata com alguma angústia este período. Refere que criou um grande vínculo com a Rita logo que a viu pela primeira vez, tendo sido extremamente difícil deixar o hospital sem a sua filha. Conta que teve dias bastante difíceis e só descansou quando finalmente pôde levar a Rita para casa. Fala do companheirismo entre as mães na UCIN, aspecto que a ajudou bastante a ultrapassar as dificuldades vividas.

A Rita é filha única, mas em breve terá uma irmã. Vive com os pais. A mãe, de 35 anos, é brasileira e licenciada em engenharia agrónoma. Neste momento não está empregada para poder ficar com a Rita. O pai, português, tem 43 anos e apesar de ser licenciado em História, seguiu a carreira militar.

Neste momento, a maior contrariedade verbalizada pela mãe, é a dificuldade que tem tido em impor limites à Rita que faz muitas birras e mostra uma grande ansiedade quando se separa de si. A mãe conta que sempre protegeu a filha em demasia pelo facto de ter nascido prematura. Até completar o primeiro ano, a Rita nunca se separou da mãe, chora logo que esta sai do seu campo de visão e pede constantemente para estar ao seu colo. Na presença da mãe não brinca ou interage com mais ninguém, nem mesmo como pai. Tem dificuldade em entreter-se sozinha, mesmo por curtos períodos.

A mãe explica que receia voltar a ficar internada no final desta segunda gravidez e teme as repercussões que esta situação poderá ter na Rita.

¹ O Índice de Apgar é um sistema de avaliação criado pela Dra. Virgínia Apgar, que avalia 5 sinais objectivos do recém-nascido no primeiro e no quinto minutos após o nascimento: a frequência cardíaca, a respiração, o tónus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele.

Apesar de se sentir muito feliz e realizada com a sua filha, a mãe não esconde que sente necessidade de ter mais tempo para si e para o seu marido. Não voltou a sair desde que a Rita nasceu. Receia deixá-la com alguém, mesmo com um familiar.

Inês

A Inês nasceu no dia 18 de Maio de 2007 de parto espontâneo, com 24 semanas, altura em que a sua mãe foi internada por início de trabalho de parto. A mãe, diabética, repetiu a experiência da prematuridade. Tem um filho de 5 anos que nasceu às 30 semanas de gestação.

Com 685 gramas, a Inês apresentou bastantes dificuldades nas primeiras semanas de vida, tendo sido sujeita a diversos tratamentos evasivos. O seu APGAR ao 1º minuto foi 6 e ao 5º minuto 9.

Apesar de não ter sido uma gravidez planeada, foi desejada desde o início pelo pai e pela mãe. Passando pela experiência pela segunda vez, a mãe da Inês refere que todos os medos e angústias se repetiram e intensificaram pela facto da Inês ser ainda mais pequena que o seu primeiro filho e ter estado bastante tempo em situação de perigo de vida. Refere que sente necessidade de falar sobre estes sentimentos difíceis de esquecer.

Quando a Inês teve alta, após 77 dias de internamento, a mãe conta que sentiu grandes dificuldades em tratar do seu pequeno e frágil bebé.

A Inês vive com ambos os pais e com o seu irmão de 5 anos. Tem ainda duas irmãs (com 13 e 14 anos), filhas de um casamento anterior do pai. A mãe, de 41 anos, estudou até ao 6º ano e é empregada doméstica. O pai, pedreiro de profissão, tem 47 anos e a instrução primária completa. São ambos oriundos de Cabo Verde.

Neste momento a Inês passa o seu dia com uma ama, tal como aconteceu com o seu irmão que agora já se encontra no jardim-de-infância. A mãe não escondeu que tem algumas dificuldades económicas, não tendo quaisquer ajudas, já que a sua família vive longe. A sua rede de suporte informal é muito reduzida, verbalizou que não tem tempo para estar com amigos. Há anos que não sai sozinha com o marido, leva sempre os seus filhos consigo.

Neste momento, põe os filhos à frente de tudo e o que mais a preocupa é o futuro da sua filha. Receia que possa ter complicações ao nível de saúde e do desenvolvimento, por ter nascido tão pequenina.

Miguel

O Miguel nasceu no dia 25 de Agosto de 2007, às 28 semanas de gestação, com um peso de 1200 gramas. O APGAR ao 1º minuto foi 8 e ao 5º minuto 9. Esteve 47 dias internado na UCIN, sendo a sua situação relativamente estável durante este tempo.

A gravidez foi desejada e planeada por ambos pais e seguida com regularidade. Apesar da mãe ter tido contracções precoces e ter ficado de baixa mais cedo, nunca pensou na hipótese do seu filho nascer antes do tempo previsto. Lamenta não ter tido mais cuidados nas etapas finais da gravidez, continuando a realizar os trabalhos domésticos e a cuidar da sua filha mais velha sem grandes cuidados adicionais. Às 28 semanas ficou internada iniciando o trabalho de parto precocemente. Dois dias depois o Miguel nasceu.

Durante o internamento do Miguel a mãe refere que tentou permanecer calma e que a vontade de levar o Miguel para casa prevaleceu sobre tudo o resto. Confessou que o visitava todos os dias mas não permanecia no hospital ao longo do dia como os outros pais, pois manteve as responsabilidades habituais, tratando da casa e da sua filha mais velha, sempre esperando pela alta do Miguel. Afirmou que durante o internamento optou por não interagir demasiadamente com o seu bebé, considerando que a UCIN já era extremamente atribulada. Quando levou o seu bebé para casa foi muito satisfatório para si porque pode finalmente “tratar do Miguel à sua maneira”.

A mãe descreve-se como uma pessoa muito optimista. Fala da prematuridade com naturalidade, verbalizando que cuida do Miguel como se de um bebé de termo se tratasse. Já tinha bastante prática com a sua filha mais velha, pelo que não tem tido grandes dificuldades.

Apesar de ser o primeiro filho do casal, o Miguel tem duas irmãs do primeiro casamento do pai e uma terceira, com quem vive, da parte da mãe. Está numa creche particular desde que a mãe regressou ao emprego após o seu nascimento (6 meses).

A mãe tem 36 anos, tirou uma licenciatura em Marketing e é directora da secção de Marketing de uma empresa. O pai, com 40 anos, estudou até ao 12º ano e é vendedor. São ambos portugueses. Vivem na zona centro de Lisboa e pertencem a um nível socioeconómico elevado.

Ana

“Um verdadeiro milagre” é como a mãe da Ana descreve a sua filha. Às 16 semanas descobriu que estava grávida e às 25 semanas a Ana nasceu. Não planeou esta gravidez, não a aceitou e não teve tempo para se preparar. Agora é muito feliz com a sua filha e verbaliza que nada a faria voltar atrás nas difíceis decisões que tomou.

Com apenas 19 anos a mãe da Ana descobriu a sua gravidez. Não esconde os sentimentos de medo e desespero que a levaram a querer evitar o nascimento do bebé. A reacção da sua mãe e do namorado fizeram-na mudar de ideias. Ficaram ambos muito contentes com a notícia, desejando de imediato o bebé que vinha a caminho. Às 25 semanas foi internada, estando com a tensão demasiado alta. Disseram-lhe que o bebé era muito pequeno e não iria sobreviver, caso sobrevivesse teria deficiências graves para o resto da vida. Sentiu-se perdida. A Ana acabou por nascer com 550 gramas e um APGAR ao 1º minuto de 1 e ao 5º minuto de 4, tendo sido reanimada.

A insegurança relativa à sobrevivência da Ana durou tempo suficiente para não ser esquecida na UCIN. Esteve 92 dias internada, sujeita a tratamentos constantes que pretenderam, em primeira instância, garantir a sua sobrevivência. A mãe relembra o primeiro contacto “assustador” com a sua filha, “não parecia um bebé, era como um ratinho”.

Quando levou a Ana para casa, a mãe menciona que teve muito apoio e suporte da sua família e só assim foi capaz de cuidar da sua filha. Foi viver com o namorado e a sua mãe era presença constante em sua casa. Lembra com alegria os telefonemas constantes dos avós, primos e tias que, de toda a parte do mundo, queriam saber quantas gramas a Ana tinha ganho naquele dia.

De momento, a Ana está com a mãe durante o dia. Esta frequentava o 11º ano e trabalhava como empregada de limpeza até ao momento do nascimento. No próximo ano lectivo a mãe irá regressar aos estudos e voltará a trabalhar, pelo que a Ana ficará com a avó materna. A

mãe, actualmente com 20 anos, é natural de Angola. O pai, natural de São Tomé e Príncipe, tem 29 anos e é pedreiro de profissão. Estudou até ao 11º ano.

Apesar de estar mais tranquila com as informações que os médicos lhe têm transmitido, a mãe refere que tem algumas dúvidas nos cuidados que deverá ter com a Ana. Diz que a sua filha é muito pequena e gostaria de saber como agir no futuro para que a Ana se desenvolva bem.

O Programa de Promoção de Competências Parentais

1ª SESSÃO (11 Abril)

Apresentação do programa e conhecimento das famílias

Conteúdos:

- Apresentação da estrutura e conteúdos do programa;
- Apresentação das famílias;
- Expectativas dos pais em relação ao programa.

Objectivo 1 – Descontrair os pais “quebrando o gelo” inicial;

Objectivo 2 – Promover o conhecimento dos pais entre si e dos seus bebés;

Objectivo 3 – Conhecer as expectativas dos pais em relação ao programa.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p><u>Jogo de apresentação</u></p> <p>Estando os pais sentados em roda, foi-lhes pedido que retirassem, um da cada vez, um papel de um saco que continha o nome de outro pai, até que ficaram todos agrupados em pares. Cada pai apresentou a sua história ao respectivo par e verbalizou as expectativas que tinha relativamente ao programa.</p> <p>Terminadas as apresentações, cada pai/mãe teve que contar ao resto do grupo a história do respectivo par, dar a conhecer o seu bebé e as suas expectativas em relação ao programa. A actividade terminou quando todos os pais fizeram a apresentação do respectivo par.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Saco; – Pedacos de papel; – Canetas. 	50 min.

Objectivo 4 – Dar a conhecer aos pais a estrutura geral e o funcionamento do programa.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
Foram distribuídos folhetos informativos pelos pais, com o calendário e horário das sessões e principais objectivos do programa. Procedeu-se à explicação da estrutura geral do programa, assim como do que se esperou dos pais no decorrer das sessões. Foi dado um período de tempo para os pais colocarem questões.	– Folhetos informativos (anexo 7).	20 min.

Objectivo 5 – Apelar à responsabilização dos pais relativamente à sua participação no programa.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
Foi distribuído pelos pais um contrato de participação. Após a sua leitura, pedimos que assinassem. Todos os técnicos presentes também o fizeram. Transmitimos aos pais a importância da pontualidade e assiduidade para o bom funcionamento e êxito do programa.	– Contratos de participação (anexo 9).	10 min.

Objectivo 6 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da primeira sessão: O que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.	– Questionários (anexo 10); – Canetas.	10 min.

2ª SESSÃO (18 Abril)

Sentimentos e preocupações dos pais desde o nascimento do bebé prematuro até ao momento actual

Conteúdos:

- Sentimentos experimentados pelas mães e pelos pais desde o nascimento do bebé até à actualidade;

- Apresentação dos novos pais.

Objectivo 1 – Apresentação dos pais que não estiveram presentes na primeira sessão.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
Disponibilizámos alguns minutos aos pais que não estiveram presentes na primeira sessão para que se apresentassem, contassem as histórias dos seus bebés ao grupo e referissem as expectativas que têm em relação ao programa. Entregámos os folhetos informativos e os contratos de participação a estes pais.	<ul style="list-style-type: none"> – Folhetos informativos; – Contratos de participação. 	20 min.

Objectivo 2 – Conhecer os diversos sentimentos que as mães e os pais têm enfrentado nas diferentes etapas desde o nascimento do bebé prematuro: parto, internamento do bebé, regresso a casa e momento actual.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p>Foram previamente colocados na parede um conjunto de sentimentos positivos e negativos, que têm vindo a ser falados na literatura, como muitas vezes experimentados pelos pais de bebés prematuros.</p> <p>Aos pais, pedimos que retirassem três sentimentos da parede que melhor caracterizassem as suas experiências desde o nascimento do bebé prematuro até à actualidade.</p> <p><u>Partilha em Grupo</u></p> <p>Quando todos os pais retiraram os 3 sentimentos, foi lhes pedido que enquadrassem cada um deles na sua história e experiência enquanto pais de bebés prematuros. Todos os pais falaram sobre os respectivos sentimentos enquanto os outros pais intervinham, fazendo a ligação com a sua própria experiência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pedacos de papel com sentimentos escritos (Ex. medo, culpa, ansiedade, alegria, amor, felicidade, etc.). 	60 min.

Objectivo 3 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: O que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/Recursos	Duração
--------	-------------------	---------

Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.	– Questionários; – Canetas.	10 min.
---	--------------------------------	---------

3ª SESSÃO (2 Maio)

O papel dos pais no desenvolvimento pessoal e social do bebé prematuro

Conteúdos:

- As aquisições fundamentais do bebé no âmbito da autonomia e das competências pessoais e sociais;
- Super-proteger o bebé prematuro;
- Estratégias promotoras da autonomia e das competências sociais do bebé.

Objectivo 1 – Dar a conhecer aos pais as diversas aquisições dos bebés de termo nas áreas da socialização e autonomia, do nascimento até aos 2 anos de idade;

Objectivo 2 – Conhecer o desenvolvimento pessoal e social dos bebés das famílias presentes;

Objectivo 3 – Esclarecer as dúvidas dos pais relativamente ao desenvolvimento dos seus bebés nesta área;

Objectivo 4 – Dar a conhecer aos pais diversas estratégias promotoras da autonomia e das competências sociais do bebé.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p><u>Apresentação teórica e partilha em grupo</u></p> <p>Foi realizada por parte dos técnicos uma pequena apresentação teórica em PowerPoint sobre o desenvolvimento “normal” da autonomia e socialização do bebé de termo, com referência ao período óptimo de aquisição das diferentes competências.</p> <p>Os pais foram colocando dúvidas e fazendo a ponte para o desenvolvimento dos seus próprios bebés, falando sobre o que já adquiriram, o que está emergente e o que ainda não são capazes de fazer.</p> <p><u>Apresentação de estratégias</u></p> <p>A partir das dúvidas colocadas, fomos facultando estratégias promotoras do desenvolvimento de cada um dos bebés, nas competências referenciadas pelos pais. Os pais comprometeram-se a utilizar as estratégias no decorrer da semana e contar os resultados que obtiveram na sessão seguinte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação em PowerPoint; – Cartões personalizados com estratégias; – <i>Currículo Carolina;</i> – Caderno com as diversas aquisições do bebé na área da socialização e autonomia (0 aos 2 anos). 	80 min.

Foi entregue a cada pai/mãe, um caderno com as diferentes aquisições dos bebês nas áreas referenciadas (0-2 anos).		
--	--	--

Objectivo 5 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: O que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/Recursos	Duração
Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.	– Questionários; – Canetas.	10 min.

4ª SESSÃO (9 Maio)

A interacção pais-bebé prematuro: a importância da vinculação

Conteúdos:

- Experiência dos pais na utilização das estratégias facultadas na sessão anterior;
- Características do processo de vinculação pais-bebé prematuro;
- As dificuldades experimentadas pelos pais na interacção com os seus bebês prematuros;
- Estratégias facilitadoras da relação pais-bebé.

Objectivo 1 – Conhecer o modo como os pais utilizaram as estratégias transmitidas na sessão anterior e os resultados obtidos.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<u>Partilha em grupo</u> Cada um dos pais contou ao grupo como correu a aplicação da estratégia que levou na sessão anterior, quais as dificuldades que teve e quais os possíveis benefícios observados.		15 min.

Objectivo 2 – Caracterizar o processo de vinculação pais-bebé;

Objectivo 3 – Informar os pais sobre a importância de uma vinculação segura para os relacionamentos futuros do bebé prematuro, enquanto criança e futuro adulto;

Objectivo 4 – Conhecer a forma de interacção e as dificuldades experimentadas pelos pais e pelas mães, no estabelecimento de uma relação de vinculação com os seus bebês

prematturos, nas diferentes fases: gravidez, primeiro contacto, internamento do bebé (condicionamento dos obstáculos da UCIN), regresso com o bebé a casa, etc;

Objectivo 5 – Dar a conhecer aos pais diversas estratégias harmonizadoras da relação com o bebé prematturo.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
<p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Partilha das dificuldades experimentadas pelos pais no estabelecimento de uma relação de vinculação segura com os seus bebés. A cada um dos pais foi pedido que retratassem o desenvolvimento da sua relação com os seus bebés, desde o momento da gravidez até à actualidade, quais os obstáculos e quais as dificuldades sentidas. A partir das dificuldades que os pais foram retratando, fomos dotando os pais de estratégias harmonizadoras da relação com o bebé.</p>	<p>– Psicóloga clínica cujo trabalho incide no apoio às famílias de bebés internados na UCIN.</p>	65 min.

Objectivo 6 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: O que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/ Recursos	Duração
<p>Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.</p>	<p>– Questionários;</p> <p>– Canetas.</p>	10 min.

5ª SESSÃO (16 Maio)

O desenvolvimento *normal* do bebé nas diversas áreas

Conteúdos:

- As diversas aquisições do bebé ao nível da cognição, comunicação e linguagem, motricidade grosseira e motricidade fina;
- Estratégias promotoras do desenvolvimento nas diferentes áreas do desenvolvimento psicomotor.

Objectivo 1 – Dar a conhecer aos pais as variadas aquisições ao nível da comunicação e linguagem, da cognição e da motricidade por parte do bebé, desde o nascimento até ao primeiro ano de idade;

Objectivo 2 – Conhecer as dúvidas por parte dos pais relativamente ao desenvolvimento dos seus bebés nas diferentes áreas;

Objectivo 3 – Dar a conhecer aos pais diversas estratégias promotoras do desenvolvimento do bebé.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p><u>Apresentação teórica e partilha em grupo</u></p> <p>Foi realizada por parte dos técnicos uma pequena apresentação teórica em PowerPoint sobre o desenvolvimento “normal” do bebé, nas diferentes áreas do desenvolvimento psicomotor, com referência ao período óptimo de aquisição das diferentes competências.</p> <p>Os pais foram colocando dúvidas e fazendo a ponte para o desenvolvimento dos seus próprios bebés, falando sobre o que já adquiriram, o que está emergente e o que ainda não são capazes de fazer.</p> <p><u>Apresentação de estratégias</u></p> <p>A partir das dúvidas colocadas, fomos facultando estratégias promotoras do desenvolvimento de cada um dos bebés, nas competências referenciadas pelos pais. Os pais comprometeram-se a utilizar as estratégias no decorrer da semana e contar os resultados que obtiveram na sessão seguinte.</p> <p>Foi entregue aos pais/mães, um caderno com as diferentes aquisições dos bebés em todas as áreas do desenvolvimento psicomotor (0 – 1 ano).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação em PowerPoint; – Cartões personalizados com estratégias; – <i>Currículo Carolina;</i> – Caderno com as diversas aquisições do bebé ao nível das diferentes áreas do desenvolvimento psicomotor (0 - 1 ano) (anexo 8). 	80 min.

Objectivo 4 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: o que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/Recursos	Duração
Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.	<ul style="list-style-type: none"> – Questionários; – Canetas. 	10 min.

6ª SESSÃO (23 Maio)

Recursos formais e informais

Conteúdos:

- Experiência dos pais na utilização das estratégias facultadas na sessão anterior;
- Necessidades das famílias;

- Recursos e forças utilizadas pelas famílias para responder às suas necessidades;
- Novos recursos formais e informais aos quais podem recorrer.

Objectivo 1 - Conhecer o modo como os pais utilizaram as estratégias transmitidas na sessão anterior e os resultados obtidos.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
<p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Cada um dos pais contou ao grupo como correu a aplicação da estratégia que levou na sessão anterior, quais as dificuldades que teve e quais os possíveis benefícios observados. Falámos da importância da estimulação e da adequação das brincadeiras às diferentes etapas do desenvolvimento do bebé.</p>		15 min.

Objectivo 2 - Conhecer as necessidades de cada família e os problemas que experimentam.

Acções/Método	Material/ Recursos	Duração
<p>Antes do início da sessão, foram desenhadas três colunas num quadro de papel, com 3 diferentes títulos: Necessidades; Recursos Informais; Recursos Formais.</p> <p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Cada pai/mãe falou sobre as suas principais necessidades. À medida que os pais foram assinalando as respectivas necessidades, fomos apontando no quadro na respectiva coluna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro; - Marcador preto. 	20 min.

Objectivo 3 - Conhecer as forças das famílias, os recursos formais e informais por si utilizados e as ajudas que dispõem;

Objectivo 4 - Dar a conhecer aos pais diferentes recursos que se adequem às suas necessidades e que poderão funcionar como facilitadores e promotores da sua qualidade de vida.

Acções/Método:	Material/Recursos	Duração
<p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Cada um dos pais presentes foi fazendo referência às forças utilizadas e aos recursos formais e informais aos quais recorrem. Fomos escrevendo no quadro os recursos e as forças utilizadas por cada família, nas respectivas colunas.</p> <p>Após os pais terem referenciado todos os recursos que utilizavam, fomos verificar quais as necessidades anteriormente apontadas que não eram satisfeitas pelos recursos mencionados. A partir daqui, com a ajuda de todos os pais, procuraram-se diferentes soluções</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Quadro; – Marcador preto. 	45 min.

Objectivo 5 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: O que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/Recursos	Duração
Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.	<ul style="list-style-type: none"> – Questionários; – Canetas. 	10 min.

7ª SESSÃO (30 Maio)

A parentalidade de um bebé prematuro

Conteúdos:

- A educação e a relação dos pais com o seu bebé prematuro;
- A história da Matilde: obstáculos, medos e sentimentos negativos experimentados.
Estratégias utilizadas pela mãe na ultrapassagem de todas estas dificuldades.

Objectivo 1 – Apoiar os pais e valorizar o seu difícil papel enquanto educadores de uma criança prematura, através do testemunho de alguém que passou pelas mesmas dificuldades;

Objectivo 2 – Dar a conhecer aos pais a história da mãe da Matilde: as complicações durante a gravidez, o parto prematuro da Matilde, o internamento na UCIN, o regresso a casa e o desenvolvimento da Matilde até aos 5 anos;

Objectivo 3 – Possibilitar que os pais coloquem questões à mãe da Matilde, no sentido de conhecerem as estratégias que foi utilizando para resolver os obstáculos inerentes à prematuridade da filha.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p>A mãe da Matilde contou aos pais presentes a sua história enquanto mãe de uma criança prematura, desde a gravidez até ao momento actual. Falou dos sentimentos experimentados, dos obstáculos que encontrou e da forma como conseguiu ultrapassar todas as dificuldades.</p> <p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Os pais e mães presentes foram questionando a mãe da Matilde e falando das suas próprias experiências e dificuldades.</p>	<p>– Mãe da Matilde (criança de 5 anos nascida prematura).</p>	80 min.

Objectivo 4 – Conhecer a opinião dos pais relativamente ao desenrolar da sessão: o que mais gostaram? O que poderia ter corrido melhor? Ideias para melhorar.

Acções	Material/Recursos	Duração
<p>Preenchimento por parte dos pais e das mães de um pequeno questionário sobre a avaliação da sessão.</p>	<p>– Questionários; – Canetas.</p>	10 min.

8ª SESSÃO (6 Junho)

Finalização do Programa: os recursos educativos da comunidade. Avaliação dos pais

Conteúdos:

- Os recursos educativos da comunidade;
- Avaliação da satisfação dos pais relativamente ao programa: confronto com as expectativas iniciais.

Objectivo 1 – Responder às questões dos pais relativamente aos recursos educativos existentes na comunidade que poderão usufruir.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p>Os pais foram colocando à educadora Rosário, as questões que têm vindo a apresentar durante o programa, sobre os recursos e apoios educativos que poderão usufruir (IPSS, creches, apoios domiciliários, etc.).</p> <p>A educadora Rosário foi esclarecendo as questões específicas de cada família e dando sugestões a partir das necessidades que apresentavam.</p>	<p>– Educadora da Unidade de Desenvolvimento do HSM.</p>	<p>40 min.</p>

Objectivo 2 - Conhecer o impacto do programa nos pais e nos seus bebés: aspectos que mais gostaram, que tipo de efeitos terá tido o programa nas suas vidas e quais os aspectos menos positivos a assinalar;

Objectivo 3 - Conhecer a avaliação dos pais da própria participação no programa.

Acções/Método	Material/Recursos	Duração
<p><u>Partilha em grupo</u></p> <p>Cada um dos pais partilhou os benefícios que o programa trouxe para si, avaliou a própria participação no programa e assinalou os principais aspectos a melhorar.</p>		<p>50 min.</p>

2º Eixo de análise – Avaliação dos resultados do programa

Como referido anteriormente, foram analisadas duas variáveis com vista ao enriquecimento da caracterização das famílias participantes e à verificação dos efeitos do Programa de Promoção de Competências Parentais a curto prazo: a Auto-estima Materna e a Percepção Parental de Competência.

Para a validação social do programa, avaliámos a satisfação dos pais em relação ao mesmo.

Apresentaremos de seguida os resultados do pré-teste e do pós-teste, nas duas primeiras variáveis, obtidos pelas quatro mães que participaram em 50%, ou mais, das sessões realizadas.

Auto-estima Materna

Para avaliar esta variável foi utilizada a Escala de Auto-estima Materna, já referenciada. Esta escala é constituída por 5 sub-escalas cujo somatório dos valores representa os valores de Auto-estima Materna (visíveis na primeira coluna de cada gráfico).

No sentido de tornar os resultados obtidos equiparáveis entre si, fizemos uma média dos valores brutos de cada sub-escala, que demonstrará o posicionamento destas mães na escala tipo Likert de 5 níveis. Os valores irão consequentemente variar entre 1 e 5.

Pré-teste:

	AutoEstima Materna		Capacidade para tratar do bebé		Preparação para a função materna		Aceitação do bebé		Relação esperada com o bebé		Sentimentos respeitantes à gravidez	
	Pontos		Pontos		Pontos		Pontos		Pontos		Pontos	
Mãe da Rita	134	4,19	39	4,33	28	4,00	26	4,33	16	4,00	25	4,17
Mãe da Inês ^x	99	3,10	31	3,44	19	2,71	16	2,67	12	3,00	21	3,50
Mãe do Miguel	153	4,78	43	4,78	35	5,00	28	4,67	20	5,00	27	4,50
Mãe da Ana	117	3,66	39	4,33	31	4,43	17	2,83	16	4,00	18	3,00
		3,93		4,22		4,04		3,63		4,00		3,79

Tabela 8 – Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pré-teste)

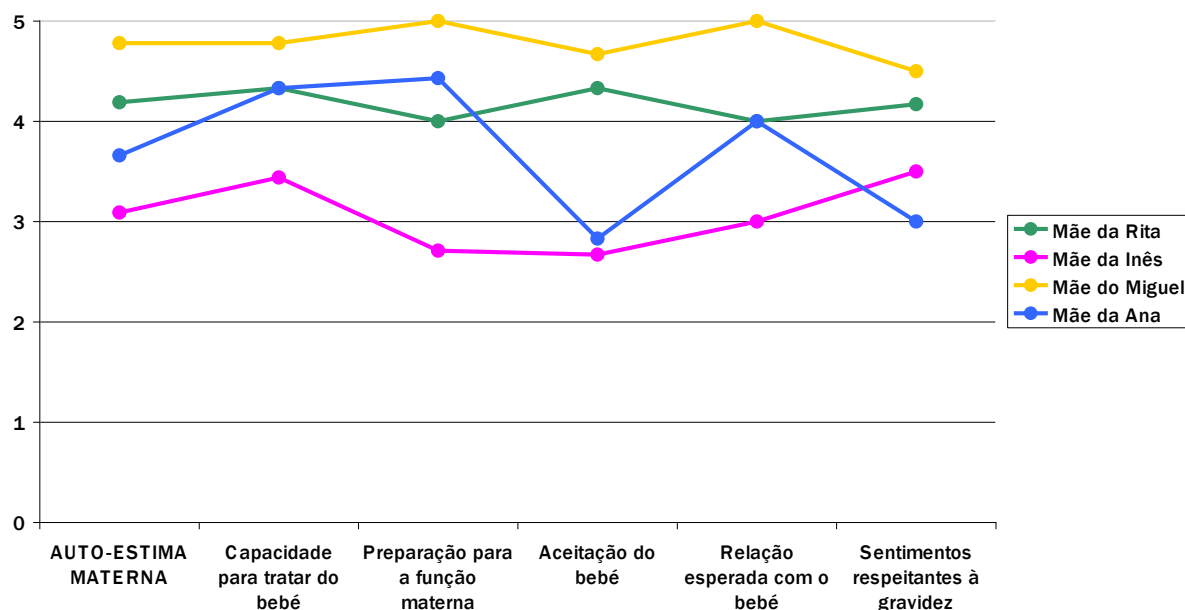


Gráfico 1 – Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pré-teste)

Como é possível verificar pela tabela 8 e de forma mais elucidativa no gráfico 1, os resultados obtidos pelo grupo de 4 mães na Escala de Auto-estima Materna são bastante heterogêneos. Principiando pelos valores globais de Auto-estima Materna, a mãe do Miguel obteve a média mais elevada (4,78), seguida da mãe da Rita (4,19). Com valores médios inferiores a 4,00 encontra-se a mãe da Ana (3,66). É a mãe da Inês que apresenta os valores de auto-estima mais baixos (3,09). Em todas as sub-escalas a mãe do Miguel é a que apresenta resultados mais altos. A mãe da Inês, por sua vez, demonstra os resultados mais baixos em todas as sub-escalas, excepto na que se refere aos “sentimentos respeitantes à gravidez”, na qual a mãe da Ana apresenta resultados inferiores.

A mãe da Rita apresenta valores homogêneos (sem grande variação) nas diferentes sub-escalas. As sub-escalas com valores mais altos (4,33) são as que se referem à “capacidade para tratar do bebê” e à “aceitação do bebê”. Os seus resultados mais baixos verificam-se na sub-escala “preparação para a função materna” e “relação esperada com o bebê” (4,00).

Os resultados médios obtidos pela mãe da Inês variam entre 3,50 na sub-escala “sentimentos respeitantes à gravidez” e 2,67 na sub-escala “aceitação do bebê” (valor médio mais baixo de todas as mães).

A mãe do Miguel apresenta valores máximos nas sub-escalas “preparação para a função materna” e “relação esperada com o bebê”. Todos os resultados obtidos são elevados, sendo a média mais baixa de 4,50 na sub-escala “sentimentos respeitantes à gravidez”.

A mãe da Ana, por sua vez, demonstra uma variação considerável entre as médias dos resultados obtidos nas diferentes sub-escalas. Encontramos os valores mais altos na sub-escala “preparação para a função materna (4,43). Por sua vez os resultados mais baixos incidem na sub-escala “aceitação do bebê” (2,83).

Visualizando os resultados do grupo das 4 mães, temos a sub-escala “capacidade para tratar do bebê” com a média mais elevada (4,22) e a sub-escala “aceitação do bebê” com os valores mais baixos (3,63).

Pós-teste:

	AutoEstima Materna		Capacidade para tratar do bebê		Preparação para a função materna		Aceitação do bebê		Relação esperada com o bebê		Sentimentos respeitantes à gravidez	
	Pontos		Pontos		Pontos		Pontos		Pontos		Pontos	
Mãe da Rita	127	3,97	36	4,00	28	4,00	23	3,83	18	4,50	22	3,67
Mãe da Inês \bar{x}	109	3,40	35	3,89	22	3,14	21	3,50	14	3,50	19	3,17
Mãe do Miguel	153	4,78	44	4,89	35	5,00	27	4,50	20	5,00	27	4,50
Mãe da Ana	123	3,84	38	4,22	31	4,43	19	3,17	15	3,75	20	3,33
		4,00		4,25		4,14		3,75		4,19		3,67

Tabela 9 – Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pós-teste)

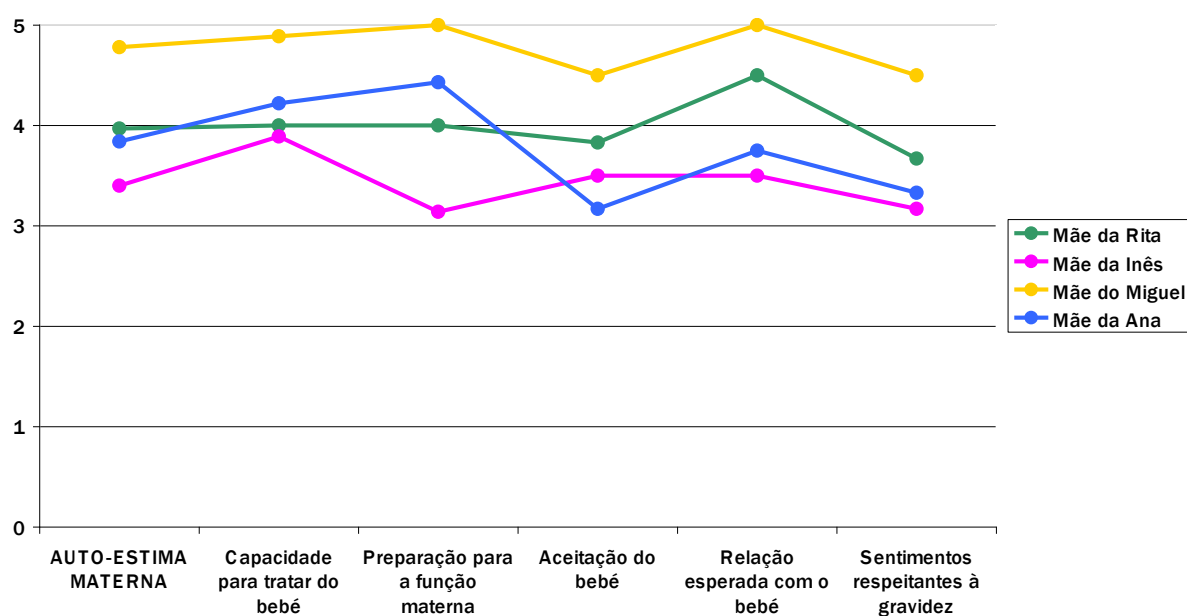


Gráfico 2 – Valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna (pós-teste)

Também os valores do pós-teste, como se pode verificar de forma mais clara no gráfico 2, mantiveram-se heterogéneos tal como se havia verificado no pré-teste. Podemos também observar que os valores, no grupo, são globalmente superiores aos valores do pré-teste em todas as sub-escalas excepto na referente aos “sentimentos respeitantes à gravidez”.

Pré-teste vs. Pós-teste:

		Auto estima Materna		Capacidade para tratar do bebé		Preparação para a função materna		Aceitação do bebé		Relação esperada com o bebé		Sentimentos respeitantes à gravidez	
		Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}
Mãe da Rita	Pré-teste	134	4,19	39	4,33	28	4,00	26	4,33	16	4,00	25	4,17
	Pós-teste	127	3,97	36	4,00	28	4,00	23	3,83	18	4,50	22	3,67
Mãe da Inês	Pré-teste	99	3,09	31	3,44	19	2,71	16	2,67	12	3,00	21	3,50
	Pós-teste	109	3,40	35	3,89	22	3,14	21	3,50	14	3,50	19	3,17
Mãe do Miguel	Pré-teste	153	4,78	43	4,78	35	5,00	28	4,67	20	5,00	27	4,50
	Pós-teste	153	4,78	44	4,89	35	5,00	27	4,50	20	5,00	27	4,50
Mãe da Ana	Pré-teste	117	3,66	39	4,33	31	4,43	17	2,83	16	4,00	18	3,00
	Pós-teste	123	3,84	38	4,22	31	4,43	19	3,17	15	3,75	20	3,33

Tabela 10 – Comparação entre os valores obtidos pelas mães na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste

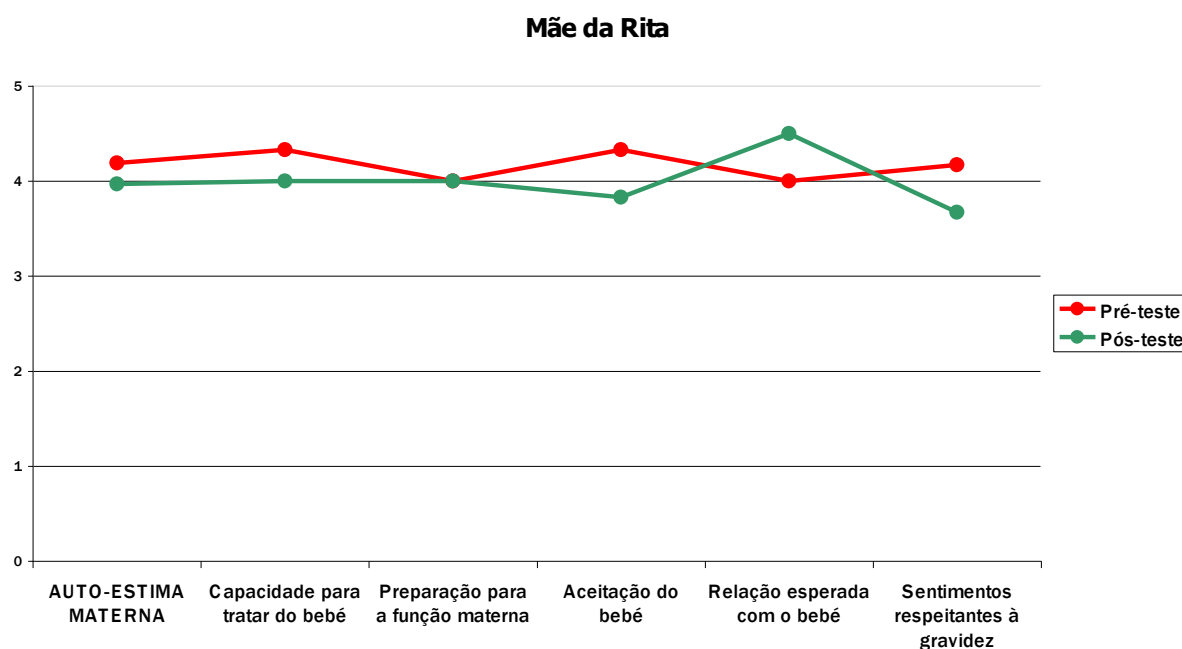


Gráfico 3 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Rita na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste

A mãe da Rita apresentou valores médios globais de Auto-estima Materna inferiores no pós-teste (3,97), comparativamente aos resultados do pré-teste (4,19). O mesmo se passou nas sub-escalas “capacidade para tratar do bebé”, “aceitação do bebé” e “sentimentos respeitantes à gravidez” onde os resultados foram inferiores no pós-teste. Pelo contrário, na sub-escala “relação esperada com o bebé” a mãe obteve resultados superiores no pós-teste (4,50) relativamente aos valores do pré-teste (4,00). Na sub-escala “preparação para a função materna” os resultados foram idênticos nos dois momentos avaliativos (4,00).

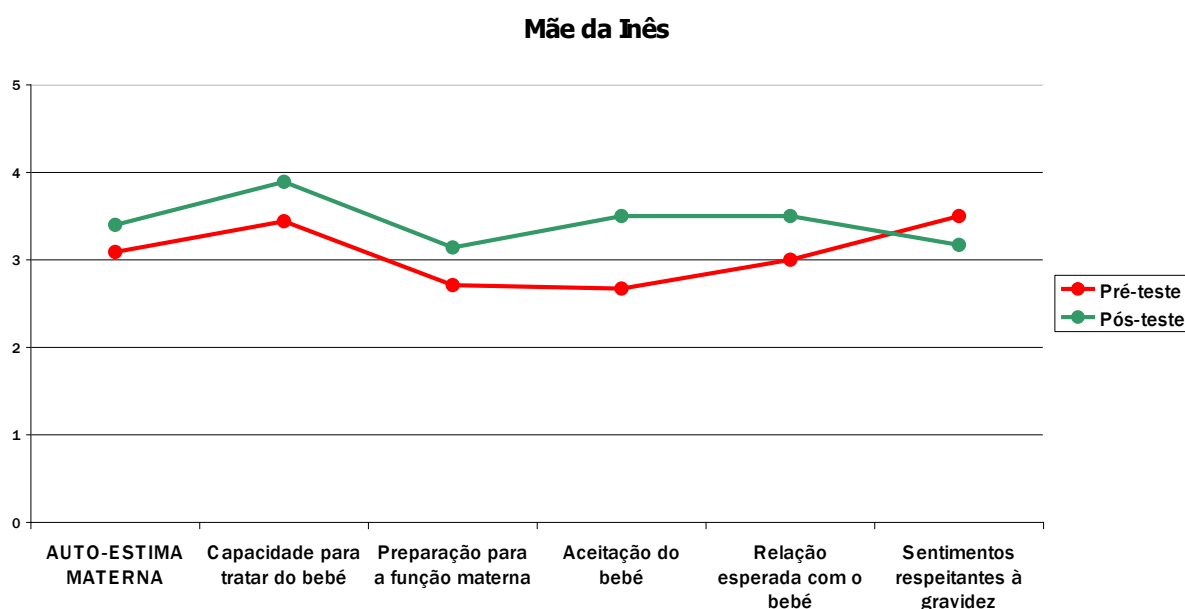


Gráfico 4 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Inês na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste

A mãe da Inês obteve resultados no pós-teste superiores aos valores do pré-teste em todas as sub-escalas, excepto na sub-escala “sentimentos respeitantes à gravidez”, onde os valores do pré-teste são superiores (3,50 no pré-teste e 3,17 no pós-teste). Em termos de valores globais da Auto-estima Materna, houve um aumento dos valores médios iniciais obtidos no pré-teste (3,09) para 3,40 valores no pós-teste.

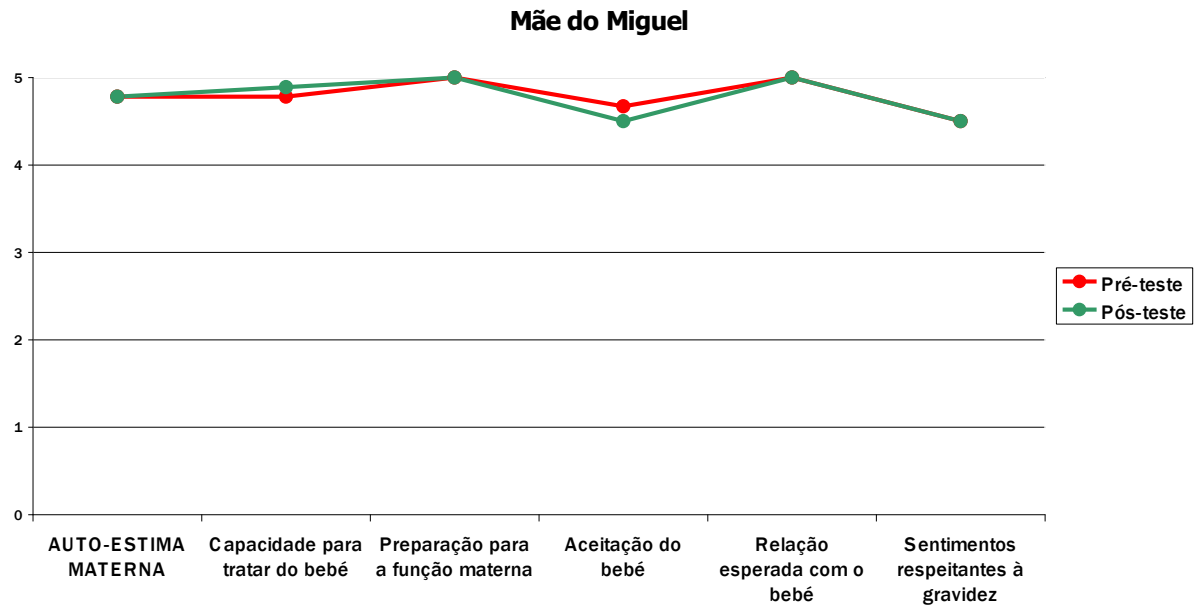


Gráfico 5 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe do Miguel na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste

A mãe do Miguel manteve os mesmos valores globais de Auto-estima Materna no pré-teste e pós-teste (4,78). As sub-escalas “preparação para a função materna”, “relação esperada com o bebê” e “sentimentos respeitantes à gravidez” têm também valores iguais nos dois momentos avaliativos. As restantes sub-escalas apresentam valores muito semelhantes: na sub-escala “capacidade para tratar do bebê” a mãe do Miguel obteve um valor médio de 4,78 no pré-teste e 4,89 no pós-teste; na sub-escala “aceitação do bebê” obteve 4,67 valores no pré-teste e 4,50 no pós-teste.

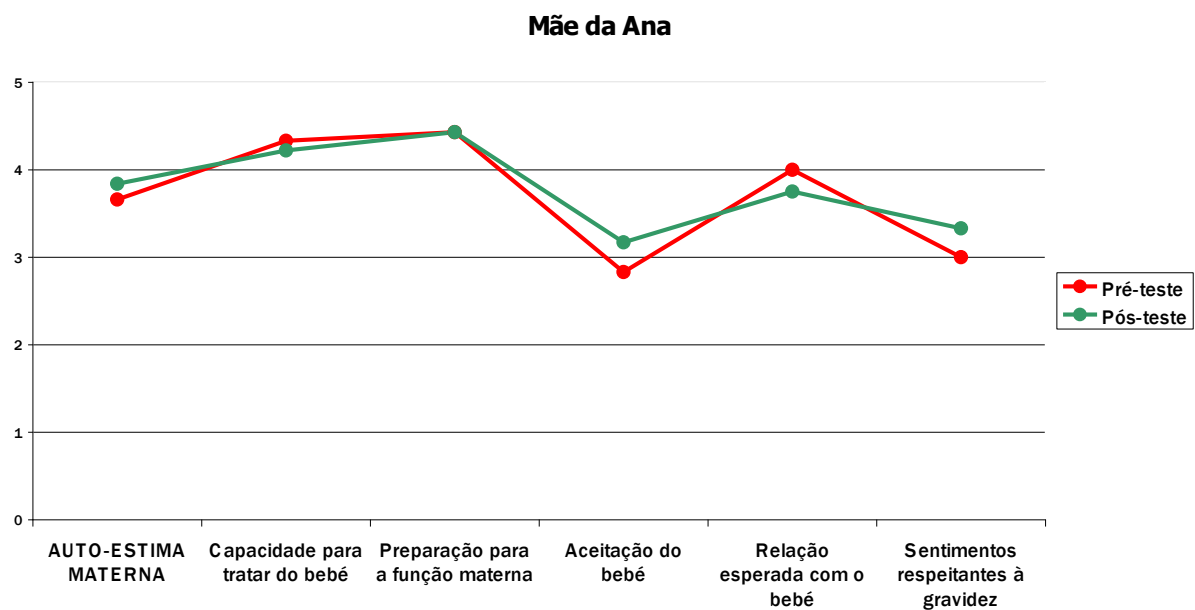


Gráfico 6 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Ana na Escala de Auto-estima Materna no pré-teste com os valores do pós-teste

A mãe da Ana obteve valores superiores no pós-teste nas sub-escalas “aceitação do bebê” (2,83 no pré-teste vs. 3,17 no pós-teste) e “sentimentos respeitantes à gravidez” (3,00 no pré-teste e 3,33 no pós-teste). Os resultados foram superiores no pré-teste nas sub-escalas “capacidade para tratar do bebê” (4,33 no pré-teste vs. 4,22 no pós-teste) e “relação esperada com o bebê” (4,00 no pré-teste e 3,75 no pós-teste). Os valores médios da sub-escala “preparação para a função materna” mantiveram-se em ambos os momentos avaliativos (4,43). Relativamente aos valores globais de Auto-estima Materna, houve um aumento no pós-teste (3,84) em relação ao pré-teste (3,66).

Percepção Parental de Competência

O Questionário da Percepção Parental de Competência, já caracterizado, é composto por um total de 17 itens sobre os quais as mães se posicionaram numa escala de 6 níveis. Mais uma vez optámos por transformar os valores brutos em médias, que traduzirão o posicionamento das mães na escala. Os valores poderão variar entre 1 e 6.

Este questionário é constituído por 2 sub-escalas (percepção parental de eficácia e percepção parental de satisfação) e o somatório dos valores de cada uma representa os valores globais da Percepção Parental de Competência (visíveis na primeira coluna de cada gráfico).

Pré-teste:

	Percepção Parental de Competência		Percepção parental de eficácia		Percepção parental de satisfação	
	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}
Mãe da Rita	76	4,75	32	4,57	44	4,89
Mãe da Inês	69	4,31	38	5,43	31	3,44
Mãe do Miguel	83	5,19	32	4,57	51	5,67
Mãe da Ana	77	4,81	35	5,00	42	4,67
\bar{x}		4,77		4,89		4,67

Tabela 11 – Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pré-teste)

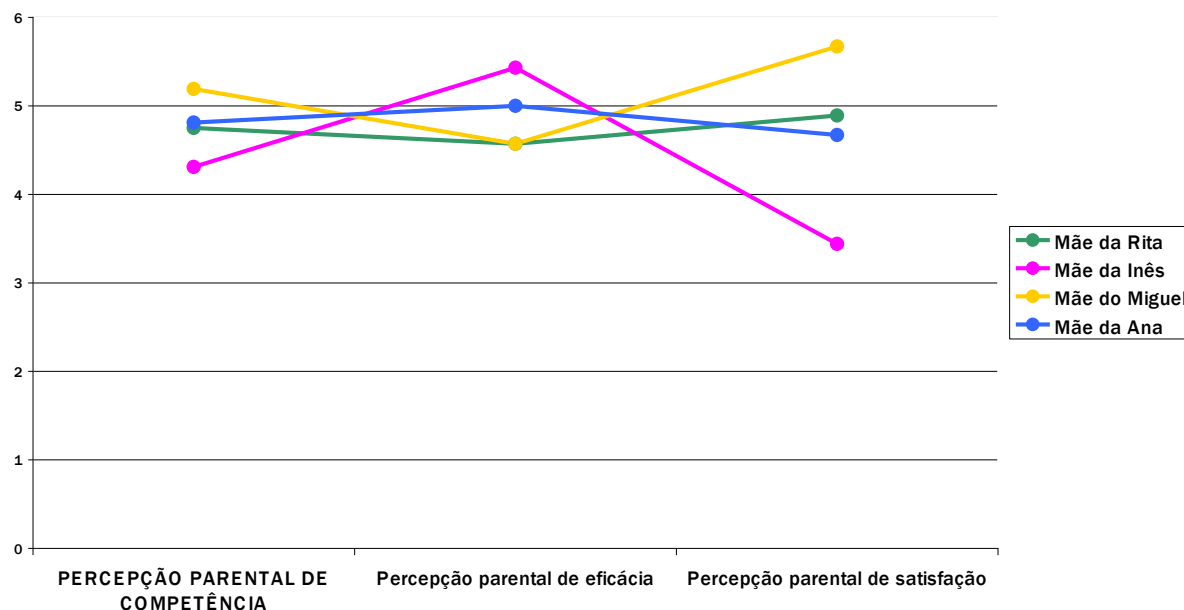


Gráfico 7 – Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pré-teste)

Tal como é possível constatar na tabela 11 e de forma mais evidente no gráfico 7, os resultados obtidos pelas 4 mães no Questionário da Percepção Parental de Competência são bastante diversos.

Os resultados que traduzem a Percepção Parental de Competência variam, no grupo de mães, entre os valores médios obtidos pela mãe do Miguel (5,19) e os valores da mãe da Inês (4,31). A mãe da Ana obteve 4,81 valores de média e a mãe da Rita resultados um pouco mais baixos (4,75).

A mãe da Rita apresenta valores próximos nas duas sub-escalas. Na sub-escala “percepção parental de satisfação” apresenta valores mais elevados (4,89), do que na sub-escala “percepção parental de eficácia”, onde obteve resultados médios de 4,57.

A mãe da Inês apresenta uma diferença significativa entre as duas sub-escalas. Em relação à “percepção parental de eficácia” os seus valores médios são de 5,43. Já na sub-escala “percepção parental de satisfação” apresenta uma média de 3,44 valores.

Também a mãe do Miguel apresenta resultados bastante dispares entre as duas sub-escalas. Contudo, esta diferença é contrária à mãe da Inês: os valores mais altos verificam-

se na sub-escala “percepção parental de satisfação” (5,67). Na sub-escala “percepção parental de eficácia” apresenta valores médios de 4,57.

Finalmente, a mãe da Ana apresenta resultados mais positivos na sub-escala “percepção parental de eficácia” (5,00) do que na sub-escala “percepção parental de satisfação” (4,67).

No conjunto das 4 mães temos a “percepção parental de eficácia” com valores médios mais elevados (4,89) do que a “percepção parental de satisfação” (4,67).

Pós-teste:

	Percepção Parental de Competência		Percepção parental de eficácia		Percepção parental de satisfação	
	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}
Mãe da Rita	73	4,56	28	4,00	45	5,00
Mãe da Inês	67	4,19	32	4,57	35	3,89
Mãe do Miguel	84	5,25	33	4,71	51	5,67
Mãe da Ana	79	4,94	39	5,57	40	4,44
\bar{x}		4,74		4,71		4,75

Tabela 12 – Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pós-teste)

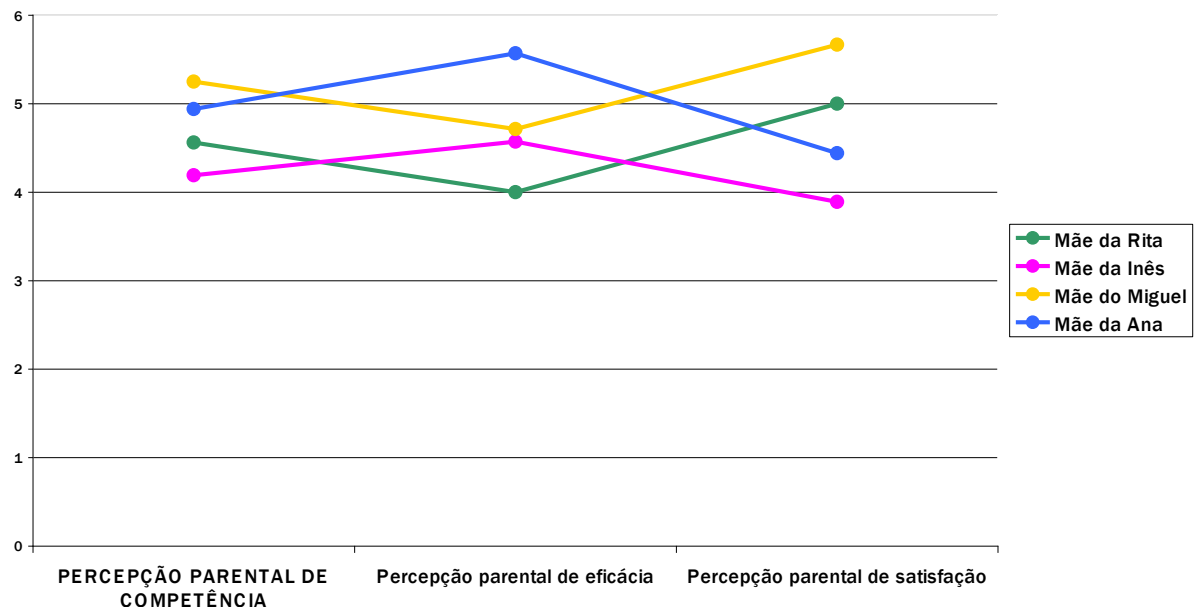


Gráfico 8 – Valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência (pós-teste)

Tal como se verificou no pré-teste, também no pós-teste a tabela 12 e o gráfico 8 demonstram grande variabilidade entre os valores obtidos pelas mães. Olhando para os resultados globais do grupo podemos verificar que os resultados médios do pós-teste diminuíram na sub-escala “percepção parental de eficácia” e aumentaram na sub-escala “percepção parental de satisfação”.

Pré-teste vs. Pós-teste:

		Percepção Parental de Competência		Percepção parental de eficácia		Percepção parental de satisfação	
		Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}	Pontos	\bar{x}
Mãe da Rita	Pré-teste	76	4,75	32	4,57	44	4,89
	Pós-teste	73	4,56	28	4,00	45	5,00
Mãe da Inês	Pré-teste	69	4,31	38	5,43	31	3,44
	Pós-teste	67	4,19	32	4,57	35	3,89
Mãe do Miguel	Pré-teste	83	5,19	32	4,57	51	5,67
	Pós-teste	84	5,25	33	4,71	51	5,67
Mãe da Ana	Pré-teste	77	4,81	35	5,00	42	4,67
	Pós-teste	79	4,94	39	5,57	40	4,44

Tabela 13 – Comparação entre os valores obtidos pelas mães no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste

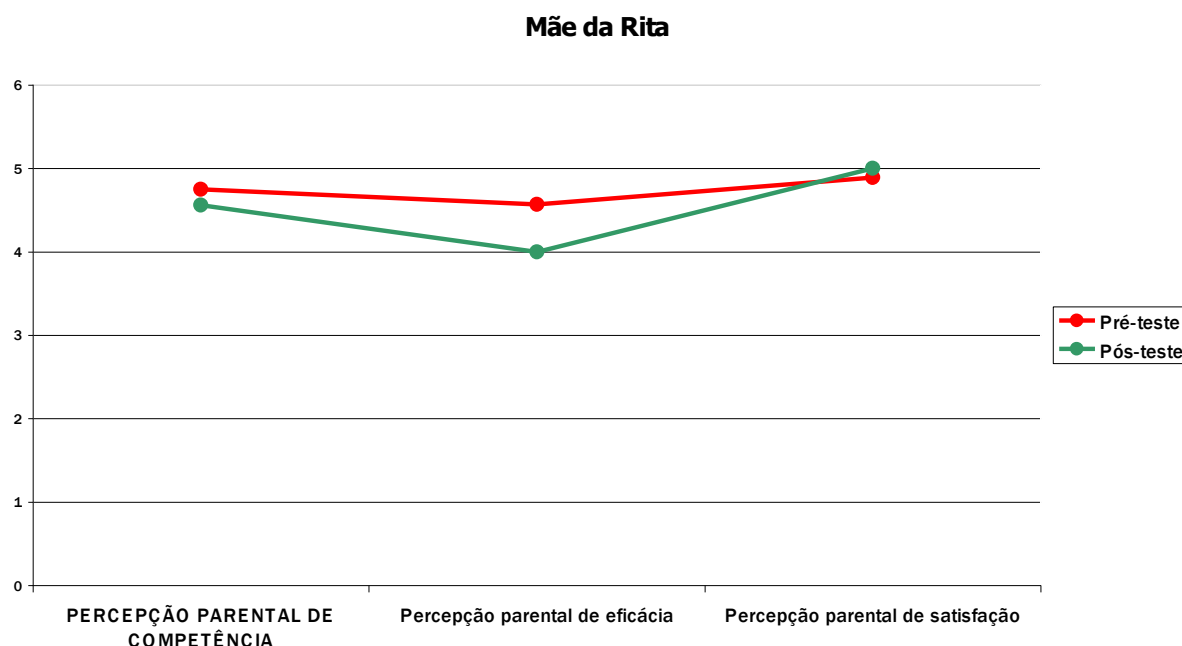


Gráfico 9 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Rita no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste

Tal como o gráfico 9 indica, a mãe da Rita obteve resultados inferiores no pós-teste, ao nível dos valores globais da Percepção Parental de Competência (4,56) e da sub-escala “percepção parental de eficácia” (4,00), relativamente aos resultados demonstrados no pré-

teste (4,75 e 4,57, respectivamente). Pelo contrário, apresentou valores superiores no pós-teste na sub-escala “percepção parental de satisfação” (5,00) relativamente aos valores iniciais do pré-teste (4,89).

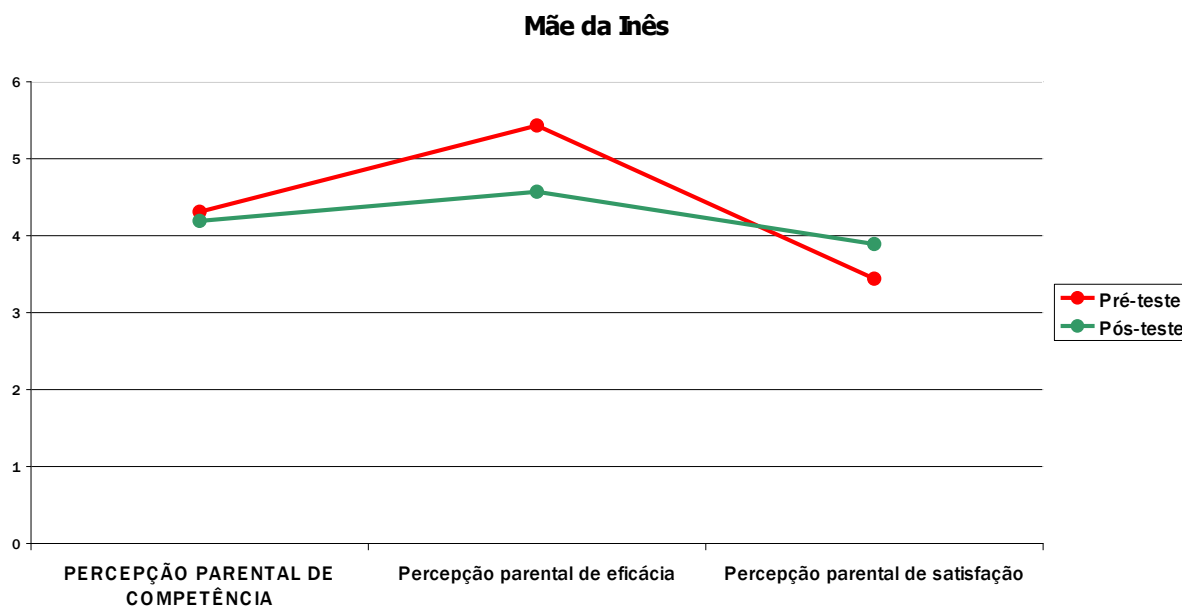


Gráfico 10 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Inês no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste

No que respeita aos valores gerais da Percepção Parental de Competência, a mãe da Inês obteve resultados ligeiramente inferiores no pós-teste (4,19) em relação aos resultados apresentados no pré-teste (4,31). O mesmo se verificou na sub-escala “percepção parental de eficácia” onde os valores do pré-teste (5,43) foram superiores aos resultados obtidos no pós-teste (4,57). Na sub-escala “percepção parental de satisfação” os resultados médios obtidos foram superiores no pós-teste (3,89) em comparação com os valores iniciais do pré-teste (3,44).

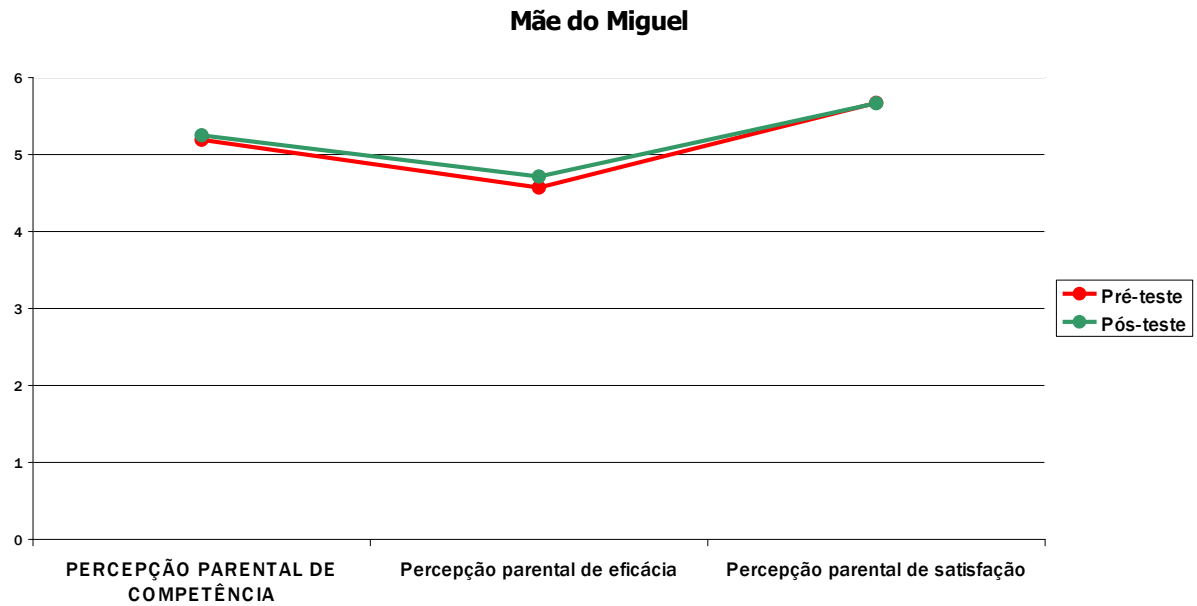


Gráfico 11 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe do Miguel no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste

Os resultados obtidos pela mãe do Miguel foram quase idênticos em ambos os momentos avaliativos. Ao nível dos resultados globais da Percepção Parental de Competência, os valores de 5,19 do pré-teste são semelhantes aos valores médios de 5,25 no pós-teste. Na sub-escala “percepção parental de eficácia” a mãe do Miguel obteve 4,57 no pré-teste e 4,71 no pós-teste. Os resultados da sub-escala “percepção parental de satisfação” foram semelhantes nos dois momentos (5,67).

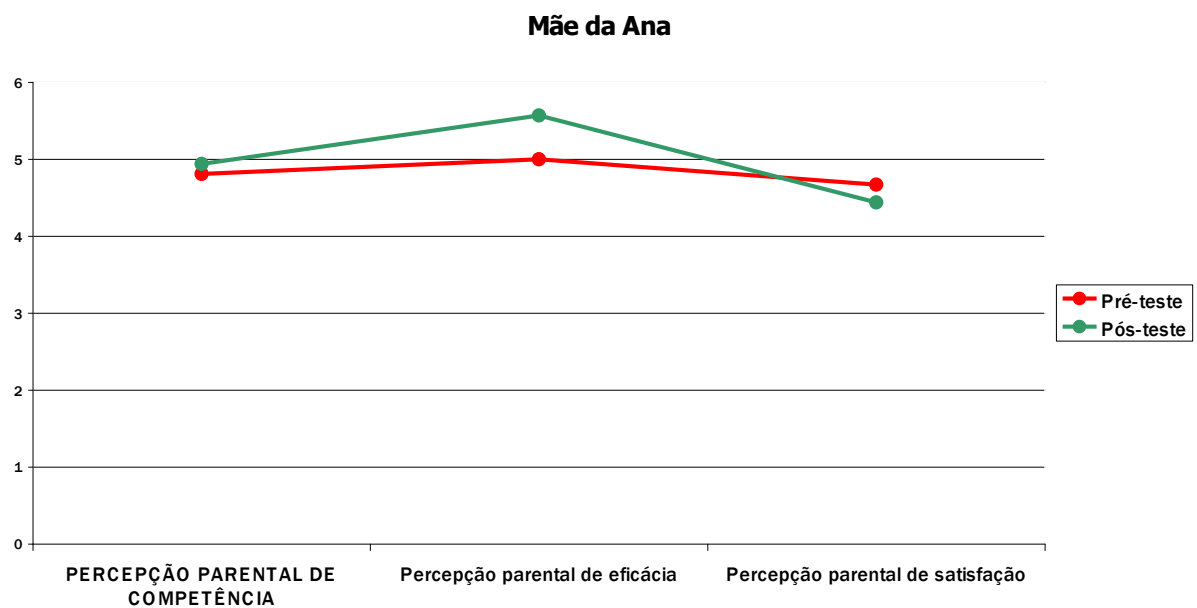


Gráfico 12 – Comparação entre os valores obtidos pela mãe da Ana no Questionário da Percepção Parental de Competência no pré-teste com os valores do pós-teste

A mãe da Ana apresentou valores superiores no pós-teste ao nível dos valores gerais da Percepção Parental de Competência (4,94) e da sub-escala “percepção parental de eficácia” (5,57), comparativamente aos resultados obtidos no pré-teste (4,81 e 5,00 respectivamente). Na sub-escala “percepção parental de satisfação” os valores do pré-teste (4,67) foram superiores aos resultados do pós-teste (4,44).

Estudo da validação social

No intuito de conhecer o nível de satisfação das mães em relação ao programa, adaptámos o Questionário de Avaliação da Satisfação Parental da autoria de Coutinho e Flores (1997). Realizámos igualmente uma entrevista junto de cada mãe.

Apresentamos seguidamente uma tabela com as respostas às questões do instrumento utilizado.

	Mãe da Rita	Mãe da Inês	Mãe do Miguel	Mãe da Ana
Como se sente em relação ao Programa?				
Nada satisfeito				
Pouco satisfeito				
Relativamente satisfeito				
Satisfeito	X	X	X	
Muito satisfeito				X
Recomendaria este Programa a outros pais?				
Nada recomendável				
Pouco recomendável				
Relativamente recomendável				
Recomendável	X	X	X	
Muito recomendável				X
O Programa adequou-se às expectativas iniciais?				
Muito abaixo das expectativas				
Abaixo das expectativas				
Relativamente adequado às expectativas				
Adequado às expectativas	X	X	X	
Perfeitamente adequado às expectativas				X

Tabela 14 – Respostas das mães ao Questionário da Satisfação em relação ao Programa

Como é possível verificar na tabela 14, todas as mães ficaram satisfeitas com o programa, recomendariam o programa a outros pais e consideram que foi adequado às expectativas

iniciais. A mãe da Ana sente-se muito satisfeita com o programa, considera que é muito recomendável e que se encontra perfeitamente adequado às expectativas que tinha.

A par do questionário, foi realizada uma entrevista a cada mãe, individualmente, onde colocámos um conjunto de 5 questões, de resposta aberta. A tabela seguinte demonstra as questões colocadas e as principais respostas verbalizadas pelas mães.

Quais os maiores benefícios que o Programa trouxe para si e para o seu bebé?	Frequência
Aquisição de novos conhecimentos relativos a estratégias promotoras do desenvolvimento do bebé prematuro.	1
Aquisição de novos conhecimentos em relação ao desenvolvimento normal do bebé.	3
Aquisição de conhecimentos mais técnicos e rigorosos sobre a educação da criança prematura	1
Apoio e compreensão por parte de mães que passaram pela experiência da prematuridade.	4
Ajuda no superar dos medos subjacentes à prematuridade.	1

Relativamente aos benefícios que o programa trouxe para cada família, todas as 4 mães participantes referiram-se ao apoio e compreensão entre mães que passaram pela experiência da prematuridade. Três das quatro mães referiram também a aquisição de novos conhecimentos sobre o desenvolvimento do bebé. Podemos ainda encontrar vários outros benefícios apontados por cada uma das mães tais como a aquisição de conhecimentos sobre estratégias promotoras do desenvolvimento do bebé e de conhecimentos mais técnicos sobre a educação da criança prematura. Uma mãe fez ainda referência à ajuda no superar dos medos inerentes à prematuridade.

Em termos gerais o que mais lhe agradou no programa?	Frequência
O ouvir a história da mãe da Matilde e conhecer a forma como conseguiu ultrapassar todas as contrariedades.	1
As sessões sobre o desenvolvimento do bebé e o material distribuído que irão ajudar na compreensão do desenvolvimento do bebé e na constatação de possíveis atrasos em alguma área do desenvolvimento.	3
A sessão em que as mães apontaram as suas necessidades e em grupo se encontrou os melhores apoios formais e informais.	2

Três das quatro mães apontam as sessões sobre o desenvolvimento do bebé como um dos aspectos mais interessantes do programa. Duas mães fazem referência à sessão onde se procurou responder às necessidades das famílias pelo uso das suas forças e de recursos

formais existentes na comunidade. Uma mãe apontou a sessão onde tivemos como convidada a mãe de uma menina prematura de 5 anos que partilhou a sua experiência.

Quais os aspectos menos positivos que têm a apontar, relativamente ao programa?	Frequência
O número reduzido de pais.	4
O número significativo de faltas de pais que se comprometeram inicialmente a participar.	3
A dificuldade de estacionamento	1

Em relação aos aspectos menos positivos do programa, todas as mães chamaram a atenção para o número reduzido de pais, lamentando as faltas cometidas por muitos pais que se comprometeram a participar. Uma mãe fez ainda referência às dificuldades de estacionamento.

O que sugere em programas futuros?	Frequência
Que o programa decorra durante o internamento dos bebés na UCIN.	3
Que as sessões durem mais tempo.	1
Alargar o grupo de famílias prematuras para famílias de bebés de termo.	1
Que se fale sobre jogos e brincadeiras didácticas que promovam as aprendizagens do bebé.	1

No que concerne a sugestões para próximos programas, as respostas são variadas. Três mães sugerem a realização do programa durante a estadia dos bebés na UCIN. Uma mãe vê benefícios no aumento da duração de cada sessão e outra mãe refere que as mães de bebés de termo poderiam fazer igualmente parte do programa. Finalmente, é referido que em programas futuros seria interessante dedicar uma sessão aos jogos e brincadeiras que os pais poderão fazer com os seus bebés no sentido de estimular as suas aprendizagens.

Qual a avaliação que faz da sua própria participação no programa?
A mãe da Rita refere que faltou duas vezes. Na primeira por motivo de doença da Rita e na segunda porque esteve internada devido a complicações na sua gravidez. Avalia de forma positiva a sua participação.
A mãe da Inês refere que faltou duas vezes por motivo de doença do seu filho mais velho e outras duas vezes porque teve consultas no horário do programa. Lamenta não ter conseguido vir mais. Refere ainda que apesar de intervir pouco aprendeu muito e tomou muita atenção ao que foi dito pelas outras mães.
A mãe do Miguel refere que lamenta ter faltado 4 vezes ao programa. Contou que por duas vezes foi ao hospital e por não conseguir parar o carro, desistiu. As outras duas faltas foram devido a impossibilidade de faltar ao emprego. Contudo, a mãe sublinhou que nas reuniões em que esteve presente participou bastante.
A mãe da Ana refere que faltou duas vezes porque a Ana estava doente. Caso contrário teria

vindo a todas as sessões. Conta que sente que foi bastante participativa e que gostou de contar as suas experiências às outras mães.

Como é possível constatar, as mães referiram que, os principais motivos que impediram uma participação mais assídua no programa, foram questões de saúde e/ou de dificuldade de conciliação com o horário de emprego. A mãe do Miguel e a mãe da Ana consideram que participaram bastante nas sessões que estiveram presentes. A mãe da Rita avalia igualmente de forma positiva a sua participação. A mãe da Inês refere que não interveio muitas vezes uma vez que gosta mais de ouvir as experiências relatadas pelas outras mães.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Análise discussão dos resultados referentes ao 1º Eixo de análise – Concepção e aplicação do programa e caracterização das famílias

Não sendo possível referir toda a informação sobre a rica experiência que foi, para nós, a criação e realização do Programa de Promoção de Competências Parentais, tentaremos centrar a nossa atenção nos aspectos mais importantes. Falaremos inicialmente da formulação do programa e em linhas gerais do desenrolar do próprio programa, referindo-nos aos obstáculos e às mais valias do mesmo. Posteriormente faremos referência aos principais ganhos obtidos por cada uma das 4 mães.

Iniciando pela primeira parte do projecto que implicou a formulação do Programa de Promoção de Competências Parentais, podemos referir que, no início, foi para nós difícil encontrar a melhor forma de estruturar o programa e as respectivas sessões. Poucos têm sido os trabalhos que se propõem a descrever ao pormenor programas realizados, pelo que não tínhamos sólidos pontos de referência, apenas literatura com descrições muito gerais.

Relativamente aos conteúdos das sessões a tarefa tornou-se mais fácil. À medida que fomos questionando as famílias sobre as suas principais necessidades fomos nos apercebendo que a maioria dos pais fazia referência às mesmas preocupações. Não foi difícil seleccionar um conjunto de temáticas que fosse de encontro à quase totalidade das problemáticas apontadas.

No que respeita aos contactos que realizámos no sentido de convidar as famílias a participar no programa, não podemos deixar de fazer referência à dificuldade que tivemos em conseguir reunir um número suficiente de pais que se propusesse a participar. Como referimos anteriormente, contactamos 10 famílias após a consulta de pediatria do desenvolvimento e 15 famílias foram contactados via telefone. Deste total de 25 famílias, 15 quiseram obter mais informações e compareceram a uma primeira entrevista onde foi feita a caracterização das famílias e dos bebés e uma avaliação do desenvolvimento psicomotor a cada um dos bebés. Após segundo contacto, apenas 8 mantiveram o seu interesse em participar. A dificuldade em conciliar o programa com o horário de emprego foi o aspecto

mais referenciado por estes pais como impeditivo da sua participação. A maioria das mães tinha acabado a licença de maternidade há poucas semanas e muitas referiram que seria difícil faltar ao emprego logo no início. Também o facto dos bebés já estarem estáveis e de já terem ultrapassado a maioria das complicações iniciais, levou a que muitas famílias verbalizassem que neste momento a participação no programa não poderia ser considerada uma prioridade.

Relativamente à concretização do programa, poderemos dizer que no geral surgiram muito poucas contrariedades relativamente ao que inicialmente tinha sido planeado. O maior contratempo foi mesmo o número significativo de faltas dos 8 pais que inicialmente se comprometeram a participar no programa (tabela 1). Este facto comprometeu, em certa medida, o desejado sentimento de pertença a um grupo que poucas vezes foi o mesmo nas sessões que se foram realizando. Contudo, poderemos destacar que o número reduzido de participantes permitiu que todos os pais presentes tivessem oportunidade para falar, partilhar e colocar dúvidas. O mesmo não teria acontecido se o número de pais por sessão tivesse sido muito superior, devido ao limite de tempo existente (90 minutos/sessão).

Um dos aspectos mais positivos a salientar, foi certamente a dinâmica que se criava em cada sessão. Os pais que se encontravam presentes participavam com entusiasmo e partilhavam abertamente as suas experiências, colocavam questões e davam sugestões aos outros pais. Pensamos que, apesar das contradições, conseguimos que em todas as sessões se criasse o ambiente pretendido de partilha de experiências, escuta e apoio. Tais pressupostos foram possíveis de constatar não só pelo que as mães nos transmitiam verbalmente, como pelas avaliações que realizavam através do preenchimento de um pequeno questionário que entregávamos no final de cada sessão (Anexo 10). Entre os aspectos mais positivos que os pais foram escrevendo, destaca-se a “partilha de sentimentos e experiências”, o “suporte e apoio das outras mães” e as aprendizagens com os técnicos e com as experiências relatadas pelos outros pais.

Relativamente ao desenrolar das sessões e dos temas e acções que fomos preparando, poderemos constatar que houve uma grande semelhança entre o que foi estabelecido à *priori* e o que se realizou na prática. Abordámos todos os temas a que nos propusemos inicialmente, com pequenas mudanças no que respeita à sequência e ao tempo destinado a cada um.

De todas as mais valias do programa, destacamos, com convicção, os benefícios e os ganhos obtidos por cada uma das 4 mães que temos vindo a caracterizar.

Rita

Ao longo do programa, a mãe da Rita foi verbalizando as dificuldades que sentia em separar-se da sua filha. Foi visível, ao longo das sessões, a ansiedade que sentia na sua função de mãe, questionando constantemente os técnicos sobre a melhor forma de actuar, verbalizando que receava não estar a seguir o caminho correcto e que temia as consequências do nascimento da filha que vinha a caminho. O trabalho com a mãe da Rita consistiu maioritariamente em ajudar esta mãe a partilhar as suas funções com o marido, com a família e com os amigos mais próximos. A Rita, no início do programa, recusava o colo do pai e nunca tinha ficado, mesmo que por alguns minutos, numa divisão diferente da mãe (só quando dormia). Fomos insistindo para que a mãe deixasse a Rita com o pai no decorrer das sessões. A meio do programa a mãe seguiu o nosso conselho e deixou a Rita em casa. Foi a primeira vez, num ano de vida, que a Rita se separou da mãe. Tudo correu bem e foi sem dúvida uma das mais valias do programa para esta família. Terminado o programa a mãe já deixava a Rita em casa da avó. *“Antes quando o meu marido dizia para eu descansar e levava a Rita para lhe dar banho ou dar de jantar, eu não conseguia ficar um minuto sentada. Tinha medo que ele não fosse capaz. Agora até já deixo a Rita com a avó e estou muito mais descansada com o nascimento da minha próxima filha”*, verbalizou a mãe na última sessão do programa.

Inês

A mãe da Inês foi a que mais nos preocupou logo no início do programa. Apresentava evidentes dificuldades a nível económico e possuía uma rede de suporte informal tão reduzida que quando fizemos referência a esta temática chegou a afirmar *“Não tenho tempo para ter amigos. Não tenho família perto e fica muito caro telefonar. Passo muito tempo sem falar com ninguém da minha família. Há anos que não vou sair ou passear sem os meus filhos, não tenho com quem os deixar.”*. O nosso trabalho centrou-se na valorização do trabalho desta mãe e de todos os esforços que tem vindo a realizar para poder dar o melhor a ambos os filhos. A mãe sentia-se bastante isolada e sozinha e pensamos ter sido bastante positivo o contacto com as outras mães. A sessão eleita pela mãe como a mais benéfica para si, foi a sessão em que recebemos o testemunho da mãe da Matilde (uma menina de 5 anos nascida prematura) que veio partilhar a sua experiência da prematuridade. A mãe da Inês verbalizou que esta sessão lhe deu muita força e segurança por sentir que outras mães passaram pelos mesmos sentimentos e tiveram as mesmas revoltas que experimentou nos

momentos mais difíceis. As dificuldades apresentadas pela Inês a nível do desenvolvimento psicomotor alertaram-nos igualmente. Optámos por encaminhar esta família para uma educadora especializada em Intervenção Precoce que fará um trabalho de intervenção junto da Inês e da sua mãe, ensinando-a na realização de actividades benéficas para o desenvolvimento psicomotor da sua filha.

Miguel

A mãe do Miguel mostrou desde cedo o seu interesse em participar no programa. Bastante extrovertida e conversadora foi um bom elemento no nosso grupo, partilhando muitas experiências e dando conselhos às outras mães que maiores dificuldades enfrentavam. Contudo, logo na segunda sessão onde falámos sobre os sentimentos e emoções experimentadas pelas mães desde a gravidez ao internamento dos bebés, foi visível algum sentimento de culpa pela prematuridade do Miguel. A mãe contou, *“Não deixei de fazer as tarefas habituais por estar grávida, mesmo quando disseram que seria melhor ficar a descansar. Deixei de trabalhar mas continuei a cuidar da minha filha mais velha e a tratar da casa como habitualmente. Às vezes penso que poderia ter tido mais cuidado comigo.”*. Relativamente ao internamento do Miguel, a mãe apresentou-nos um discurso bastante diferente do das outras mães. Explicou-nos, *“Não fui como as outras mães, não passava o dia todo a olhar para o Miguel. Visitava-o todos os dias mas continuei a minha vida. Sabia que estava a ser muito bem tratado e achei melhor não lhe mexer muito, o ambiente da UCIN já era atribulado o suficiente. Não sei se fiz bem.”*. Pensamos que esta sessão terá sido especialmente importante para a mãe do Miguel, uma vez que pode partilhar, num ambiente de suporte, alguns sentimentos menos positivos que tem carregado consigo desde o momento da gravidez e que provavelmente tinha guardado para si até ao momento.

Ana

“Muito obrigada por tudo o que fizeram por mim e pela minha filha. Um dia mais tarde quando ela for crescida e estiver bem, vou-lhe dizer que tem que agradecer à mãe por ter participado no grupo e ter aprendido muito e ganho muitas ajudas.” Foram estas as palavras da mãe na entrevista final. Consideramos que a mãe da Ana obteve diversos e importantes ganhos com a sua participação no programa. Apesar da vasta experiência com crianças e bebés que tinha, a mãe da Ana colocou-nos inúmeras dúvidas e questões relativamente à melhor forma de poder dar à Ana todas as condições para que se desenvolvesse e

crecesse o mais harmoniosamente possível. Sempre muito atenta às histórias das outras mães e às informações transmitidas pelos técnicos, pensamos que a mãe aproveitou ao máximo tudo o que tínhamos para lhe dar. Na 5ª sessão falámos sobre o desenvolvimento do bebé e fomos transmitindo diversas estratégias aos pais, para que se fossem apercebendo que pequenas actividades e brincadeiras poderão ser extremamente benéficas e promover as áreas em que os seus bebés apresentem maiores dificuldades. Pensamos que a mãe da Ana terá tido especiais benefícios com esta sessão. Muito do que foi transmitido era, para esta mãe, totalmente desconhecido. A sua vontade de aprender e a forma como “absorvia” toda a informação transmitida, levam-nos a crer que melhorou as suas competências educativas e vai trabalhar para que a Ana se desenvolva o melhor possível. Tendo em consideração que os resultados da avaliação do desenvolvimento psicomotor da Ana se encontram abaixo do que seria esperado para a sua idade corrigida, encaminhámos esta família para uma educadora especializada em Intervenção Precoce. A mãe mostrou sempre muita vontade de continuar a aprender e irá certamente investir muito na sua filha e por em prática o que aprendeu.

Análise e discussão dos resultados referentes ao 2º Eixo de análise – Avaliação dos resultados do programa

De forma a completar a caracterização dos benefícios do programa para as 4 mães que participaram em 50%, ou mais, das sessões realizadas, faremos seguidamente referência aos resultados evidenciados pelos instrumentos que aplicámos antes e depois da realização do programa, que avaliaram a sua Auto-estima Materna e a Percepção Parental de Competência.

Tal como O'Brien (1997) refere, os bebés prematuros são caracterizados por uma frágil, débil e pouco apelativa aparência física. Brazelton (1992) revela ainda que se torna difícil, para os seus principais prestadores de cuidados, o confronto com todos os “defeitos” do bebé real. Estes factos foram comprovados pelos resultados do pré-teste obtidos pelas 4 mães na Escala de Auto-estima Materna: a sub-escala “aceitação do bebé” é a que apresenta os valores mais baixos. Foram ainda as mães cujos bebés nasceram mais pequenos, com maiores complicações após o parto e com um aspecto certamente menos apelativo (Inês e Ana) que obtiveram as pontuações mais baixas nesta sub-escala.

Por outro lado, a sub-escala da Auto-estima Materna com os valores mais elevados no pré-teste, foi a “capacidade para tratar do bebé”. Na entrevista inicial, todas as mães verbalizaram que, apesar das dificuldades sentidas, após o momento da sua alta desejavam a cada dia que passava levar o seu bebé para casa. A maioria das mães contou que após o “susto inicial” manteve uma atitude bastante optimista em relação ao desempenho dos cuidados diários do bebé.

No que respeita ao Questionário da Percepção Parental de Competência, os resultados do pré-teste demonstram que a sub-escala “percepção parental de eficácia” possui valores superiores, no grupo das 4 mães, relativamente à sub-escala “percepção parental de satisfação”. Estes resultados vão de encontro as conclusões obtidas na análise da Auto-estima Materna: as mães tendem a perceber-se como eficazes na sua função materna após a estabilização do bebé e o seu regresso a casa. Contudo, as características menos apelativas dos bebés prematuros resultaram em valores de “satisfação” mais baixos.

Em relação à comparação dos resultados obtidos no pré-teste, com os resultados obtidos no pós-teste por cada mãe, podemos tirar algumas conclusões fazendo a ponte com a respectiva história e caracterização familiar e com toda a informação obtida nas entrevistas.

Rita

Apesar de verbalizar algumas inseguranças relativamente à própria capacidade para exercer a função materna, a mãe da Rita conta com vários apoios de amigos e familiares do marido para o desempenho da sua função. Não apresenta igualmente dificuldades acentuadas a nível económico. Os valores em todas as sub-escalas da Auto-estima Materna no pré-teste, foram iguais ou superiores a 4,00. Nas sub-escalas da Percepção Parental de Competência os valores do pré-teste foram superiores a 4,50. Com resultados bastante positivos no pré-teste, a mãe da Rita viu os seus valores diminuírem após a sua participação no programa nas sub-escalas da Auto-estima Materna “capacidade para tratar do bebé”, “aceitação do bebé” e “sentimentos respeitantes à gravidez”. Os resultados diminuíram igualmente na sub-escala da variável Percepção Parental de Competência, referente à “percepção parental de eficácia”. Esta descida dos resultados poderá estar relacionada com as dificuldades que a mãe da Rita tem tido em controlar os diversos comportamentos de oposição e as birras constantes demonstradas pela Rita sempre que é contrariada. Apesar

das melhorias da Rita ao nível da ansiedade de separação, a mãe verbalizou diversas vezes na entrevista final que tem vindo a sentir uma grande dificuldade em contrariar as exigências da sua filha e em impor limites. Contudo, importa referir que na sub-escala de Auto-estima Materna “relação esperada com o bebé” a mãe da Rita obteve resultados superiores após a sua participação no programa. Este factor poderá advir do facto desta mãe ser agora capaz de partilhar as suas funções com o marido e com a avó da Rita, tendo mais tempo para si e para descansar, podendo usufruir de uma melhor forma o tempo que passa com a sua filha, diminuindo a super-protecção que tem com a Rita desde o momento do seu nascimento prematuro.

Inês

A mãe da Inês apresentou os valores médios mais baixos do grupo no pré-teste, nas duas variáveis (Auto-estima Materna e Percepção Parental de Competência). Apesar de ser o seu segundo filho e de repetir a experiência da prematuridade, o historial desta mãe mostra os vários obstáculos e dificuldades com que se foi deparando: gravidez não planeada, problemas de saúde, dificuldade em arranjar emprego, leque muito reduzido de apoios informais, dificuldades económicas, entre outras. Estes e outros factores estarão certamente relacionados com os reduzidos valores apresentados. Na sub-escala da Percepção Parental de Competência referente à “percepção parental de satisfação”, por exemplo, esta mãe apresenta os resultados mais baixos do grupo, com valores bastante inferiores aos das restantes mães. Tal como é possível verificar nos valores da Escala de Desenvolvimento de Griffiths realizada, a Inês apresenta dificuldades acentuadas em todas as áreas do desenvolvimento psicomotor. Este factor poderá ter contribuído para a constatação de dificuldades por parte da mãe, nomeadamente ao nível da socialização, que poderão ter diminuído o seu nível de satisfação com o bebé. Relativamente aos valores obtidos no pós-teste, verifica-se um aumento dos resultados nos valores globais das duas variáveis. Relativamente à Auto-estima Materna, este facto verificou-se em quatro sub-escalas desta prova (excepto na referente aos “sentimentos respeitantes à gravidez”). Poderá, assim, pôr-se em hipótese que a participação no programa poderá ter sido positiva para a melhoria da auto-estima desta mãe. Na sub-escala da Percepção Parental de Competência referente à “percepção parental de satisfação”, os seus valores foram também mais elevados após a sua participação no programa. Contudo, o mesmo já não se verifica na “percepção parental de eficácia”. Consideramos que esta mãe se sentiu apoiada e com vontade de dar o seu melhor pela sua filha, dando mais valor às brincadeiras e interacções com a Inês e tirando

mais proveito das mesmas. Contudo, talvez possa ter considerado estar em certa desvantagem relativamente às outras mães, nomeadamente ao nível de conhecimentos, apoios informais, factores económicos, etc. o que poderá ter conduzido à diminuição dos valores nesta última sub-escala referente à “eficácia”.

Miguel

A mãe do Miguel, proveniente de um elevado estatuto socioeconómico, com uma alargada rede de apoios informais, caracterizou-se como uma pessoa optimista no seu papel de mãe. Os elevados valores em todas as sub-escalas da Auto-estima Materna e nas sub-escalas da Percepção Parental de Competência (superiores a 4,50 em ambas as variáveis), demonstram isso mesmo. O facto do seu bebé ter nascido com 1200g (peso duas vezes superior ao da Inês e da Ana) e apresentar um desenvolvimento psicomotor adequado para a sua idade corrigida, poderá também ter tido influência nos resultados que demonstrou. No pós-teste os resultados foram praticamente idênticos.

Ana

Finalmente, a mãe da Ana é a mãe que apresenta valores mais heterogéneos ao longo das duas escalas, que se enquadram na sua história pessoal e familiar. Oriunda de uma família numerosa, a mãe verbalizou ter uma larga experiência com bebés e crianças desde a sua adolescência. Os elevados valores nas sub-escalas de Auto-estima Materna “capacidade para tratar do bebé” e “preparação para a função materna” e na sub-escala da Percepção Parental de Competência “percepção parental de eficácia”, demonstram isso mesmo. Por outro lado, a história da sua gravidez, não planeada e não desejada, explica os baixos valores na sub-escala “sentimentos respeitantes à gravidez”. Comparando os resultados do pré-teste com os valores obtidos no pós-teste, pode-se verificar que a mãe da Ana aumentou os valores nas sub-escalas de auto-estima onde tinha apresentado os resultados mais baixos no pré-teste (“aceitação do bebé” e “sentimentos respeitantes à gravidez”). Obteve resultados igualmente superiores na sub-escala da Percepção Parental de Competência relativa à “percepção parental de eficácia”. Poderá colocar-se a hipótese de que, para esta mãe, a sua participação no programa e a partilha dos sentimentos menos positivos por si experimentados, durante a gravidez e após o parto, terá sido bastante benéfica para si, uma vez que, após a participação no programa, aumentou os valores globais de Auto-estima Materna e de Percepção Parental de Competência.

Olhando globalmente para os resultados obtidos pelo grupo de 4 mães que participou em pelo menos metade das sessões realizadas, poderemos constatar que os valores obtidos na Escala de Auto-estima Materna e no Questionário da Percepção Parental de Competência, são bastante diferentes entre si, sobretudo entre as mães cujos bebés nasceram com características bastante diferentes.

As mães cujos bebés nasceram com menos de 700g (Ana e Inês), com mais complicações peri-natais (nomeadamente baixo índice de APGAR), que tiveram bastante mais tempo internados na UCIN e que apresentam actualmente um desenvolvimento psicomotor abaixo do esperado para a sua idade corrigida, apresentaram os valores de Auto-estima Materna e da sub-escala “percepção parental de satisfação” mais baixos do grupo. Foram também estas duas mães que viram os seus valores de auto-estima aumentar após a participação no programa. A mãe do Miguel e a mãe da Rita, cujos bebés pesavam mais de 1200g ao nascer, tiveram menos dias de internamento na UCIN, um índice de APGAR ao 1º e ao 5º minuto igual ou superior a 8 e apresentam actualmente um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade corrigida, apresentaram os valores de Auto-estima Materna e da sub-escala “percepção parental de satisfação” mais altos.

No que respeita à satisfação das mães relativamente ao programa, os resultados demonstram que todas as mães se sentem satisfeitas, recomendariam o programa a outras mães e consideram que o programa se adequou às expectativas que tinham inicialmente. Enumeram ainda um conjunto significativo de benefícios que obtiveram com a participação no programa: aquisição de novos conhecimentos, apoio e compreensão das outras mães, suporte na partilha de sentimentos, ajuda a superar os medos inerentes à prematuridade, entre outros. Contudo, estas mães lamentaram o número significativo de faltas dos pais que se comprometeram a participar, o que acabou por tornar o grupo bastante reduzido. No final, foi referido, entre outros aspectos, que seria mais benéfico e facilitador se o programa se realizasse durante o internamento dos bebés na UCIN.

Como é possível constatar, os resultados obtidos no Questionário da Percepção Parental de Competência e pela Escala de Auto-estima Materna, antes e depois da realização do programa, vão de encontro com a primeira e a segunda hipótese colocada. Verificaram-se diferenças nestas duas variáveis nas 4 mães que participaram em 50%, ou mais, das

sessões realizadas. Contudo, estas diferenças foram pouco significativas na mãe do Miguel que já no pré-teste apresentou resultados bastante elevados.

Os resultados obtidos no Questionário de Avaliação da Satisfação Parental e as respostas dadas pelas mães na entrevista final, vão igualmente de encontro com a última hipótese colocada: as mães que participaram no Programa de Promoção de Competências Parentais avaliam positivamente o mesmo.

CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS

O presente estudo foi concebido e desenvolvido com a ambição de caracterizar, descrever e avaliar um modelo de intervenção centrado na família: os programas de promoção de competências parentais. Tem sido incontável o número de teóricos e investigadores que têm dissertado sobre a importância da família como foco principal de todo o trabalho de Intervenção Precoce (Almeida, 2004; Bairrão & Almeida, 2002; Bruder, 2000; Cara-Linda, 2007; Coutinho, 1999, 2004; Dunst, 1997, 1998, 2000; Gallagher, Montagne, & Johnson, 1994, 1998; Marques, 2003; Pimentel, 2004a, 2004b; Relvas & Lourenço, 2001; Serrano & Correia, 1998; Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000;). Acreditando no sucesso desta modalidade de intervenção e respectivos pressupostos descritos pelos diversos autores mencionados, pretendemos com este trabalho dar o nosso contributo para a demonstração da eficácia do olhar focado na família.

Como referido, existe uma vasta literatura sobre a eficácia deste formato de intervenção. Contudo, foi para nós difícil encontrar em Portugal estudos que caracterizassem pormenorizadamente programas e métodos de intervenção destinados aos pais e à família, em detrimento de técnicas unicamente centradas na criança. A mesma dificuldade tinha sido referenciada por Coutinho em 1999, aquando da formulação de um Programa de Promoção de Competências Parentais destinado a mães de crianças com Síndrome de Down. Não temos conhecimento que outro trabalho, tão completo e pormenorizado, tenha sido publicado desde então, o que traduz a escassa investigação que tem vindo a ser desenvolvida nesta área no nosso país. Apesar da simplicidade do nosso estudo, acreditamos que investigadores futuros possam servir-se do nosso trabalho como ponto de partida para a realização, documentação e avaliação de novos e diferentes programas de promoção de competências parentais, no sentido de aumentar o número de investigações nesta área.

Ao longo do nosso estudo centrámo-nos na descrição e caracterização de cada família que participou no programa e de todos os passos que conduziram à concretização do mesmo. Descrevemos cada sessão realizada, os respectivos objectivos, as actividades realizadas, os materiais utilizados, os intervenientes, etc. No final avaliámos o nível de satisfação dos pais em relação ao programa, fundamental para a validação social do mesmo.

Como forma de enriquecer o nosso trabalho, aplicámos dois instrumentos psicométricos antes e depois do programa (Escala de Auto-estima Materna e Questionário da Percepção Parental de Competência), que pretenderam, fundamentalmente, completar a descrição e caracterização de cada família e dos benefícios que o programa trouxe para cada uma das mães. Contudo, importa referir que a brevidade do programa e o momento em que foram aplicados em pré-teste (quando os bebés já estavam em casa e já não corriam perigo de graves complicações), não permitiram a obtenção de conclusões significativas.

Uma vez que as circunstâncias levaram a uma fraca adesão por parte dos pais convidados a participar, tendo sido apenas quatro o número de mães que participaram em 50%, ou mais, das sessões realizadas, optámos por explorar os dados mais significativos de cada família e os benefícios verbalizados pelas mães ao longo do programa e nas entrevistas finais. Quatro mães, quatro bebés prematuros e quatro histórias diferentes resultaram em ganhos diversos com a experiência de participação num projecto diferente do habitual. A mãe da Rita diminuiu a ansiedade de se separar da sua filha e é agora capaz de recorrer à ajuda do marido nas tarefas educativas, a mãe da Inês aumentou a sua auto-estima no seu papel de mãe, aumentando também os seus níveis de satisfação com a sua bebé. A mãe do Miguel pode partilhar os sentimentos contraditórios experimentados durante os momentos finais da gravidez e o internamento do Miguel e a mãe da Ana aprendeu muito e vai sem dúvida mudar o rumo do crescimento e desenvolvimento da sua filha para que tudo corra melhor.

Parece-nos possível pensar que modificámos as atitudes destas 4 mães mostrando-lhes a importância das suas práticas parentais como forma de contornar as adversidades biológicas dos seus bebés, aumentámos o seu conhecimento ao nível das etapas do desenvolvimento do bebé e respectivas aquisições, transmitimos estratégias promotoras destas mesmas competências, informámos sobre os recursos educativos existentes na comunidade e, acima de tudo, desenvolvemos um forte ambiente de suporte que atenuou a culpabilidade, o medo e a insegurança vivenciadas pela maioria das mães. De diferentes formas, em diferentes aspectos e em diferentes proporções, pensamos ter atingido o nosso principal objectivo: melhorar a qualidade de vida de cada uma destas famílias e dos seus bebés.

Referindo-nos brevemente aos resultados obtidos pelos instrumentos psicométricos aplicados, destacamos as diferenças entre os valores de Auto-estima Materna apresentados pela mãe da Rita e do Miguel e os resultados obtidos pela mãe da Ana e a mãe da Inês, que vão de encontro às características destes dois pares de bebés. A Ana e a Inês apresentavam um EBPN (550g e 685g, respectivamente), um tempo de gestação de 25 semanas (Ana) e de 24 semanas (Inês) e um período de internamento de 92 dias (Ana) e 77 dias (Inês). A Rita e o Miguel, por sua vez, nasceram com 1390g e 1200g respectivamente, uma idade gestacional de 34 semanas (Rita) e 28 semanas (Miguel) e estiveram internados na UCIN 31 dias (Rita) e 47 dias (Miguel). Na avaliação do desenvolvimento psicomotor realizada antes do início do programa, também os resultados foram bastante diferentes nestes dois grupos de bebés. A Ana apresentou um QG de 77,91 e a Inês um QG de 75,1 (ambos abaixo da média esperada para as respectivas idades corrigidas). Por seu lado a Rita obteve valores de QG de 122,1 e o Miguel de 155,9 (acima do esperado para as suas idades corrigidas). A mãe da Ana e da Inês obtiveram os valores mais baixos de Auto-estima Materna comparativamente às outras duas mães. Após a participação no programa estas duas mães aumentaram os seus valores.

Tendo em conta que a mãe da Ana e a mãe da Inês pertencem a um baixo estatuto socioeconómico (contrariamente à mãe da Rita e do Miguel), podemos concluir que os nossos resultados vão de encontro às conclusões de Patteson e Barnard (1990) na sua revisão de 19 programas de intervenção realizados junto de famílias de bebés prematuros: as famílias que mais beneficiaram da intervenção foram as que provêm de baixos níveis socioeconómicos, com bebés com EBPN e múltiplas complicações perinatais.

Relativamente à avaliação realizada pelas mães na entrevista final, foi possível constatar que todas se consideravam satisfeitas com o programa e classificaram-no como benéfico para si e para o seu bebé. O que vai de encontro às conclusões obtidas por Coutinho (1999) no programa que realizou.

Para nós, técnicos que construíram e viveram o desenrolar do programa, poderemos destacar como principais ganhos, os benefícios obtidos por cada uma destas 4 mães e a forma positiva como correu cada uma das sessões, destacando-se as positivas dinâmicas criadas e o ambiente de suporte que se estabeleceu. Não podemos deixar de fazer referência à experiência única que foi utilizar o formato de grupo de promoção de competências parentais como método de intervenção e às diferenças inegáveis do tipo de

relação que estabelecemos com os pais. As consultas em gabinete, frente a frente com a secretária ao meio, deram lugar a um grupo de pessoas sentadas em cadeiras em roda onde técnicos e pais adoptavam diferentes funções, assumindo muitas vezes os pais o papel de “técnicos”.

Como principal limitação do estudo, destacamos o reduzido número de participantes. Foi para nós um difícil trabalho reunir um conjunto de pais que se disponibilizasse a participar. As razões enunciadas aquando da recusa do nosso convite prenderam-se, na grande maioria dos casos, por questões de impossibilidade de conciliar o horário do programa com o emprego. Muitas mães e pais contactados verbalizaram que teria sido mais fácil participar no programa se o mesmo tivesse tido lugar durante o internamento do bebé na UCIN. Sugerimos assim, que em programas futuros destinados a famílias de pais de bebés prematuros, se trabalhe com as mães e pais enquanto os bebés se encontram internados na UCIN ou nos primeiros tempos em que vão para casa. Tal como Blair e Ramey (1997) referem, a eficácia dos programas junto de famílias de bebés prematuros pressupõe que o *timing* seja o mais precoce possível. O ideal seria mesmo iniciar a intervenção durante a gravidez (no caso das gravidezes de risco), já que se tem vindo a comprovar a importância extrema das atitudes e sentimentos da mãe no período da gravidez, para o desenvolvimento futuro do bebé (Seabra, 1993).

Outra sugestão seria alargar o período de tempo de realização do programa e consequentemente, aumentar o número de sessões. Sentimos que estas mães têm uma enorme necessidade de falar e partilhar experiências e não foi possível abranger todos os temas que nos pediram inicialmente.

Uma última sugestão vai para um formato ideal de intervenção que associe os grupos de pais com a IP em contexto domiciliário junto das famílias e dos seus bebés. A Inês e a Ana foram encaminhadas para duas técnicas de Intervenção Precoce que, a partir de Setembro, irão realizar visitas domiciliárias semanalmente. O ideal teria sido que os técnicos que fizeram parte da equipa que constituiu o programa, que conheceram as mães, os seus bebés e as suas histórias, fizessem esta mesma intervenção. Seria também um contributo positivo na luta contra o desperdício de recursos humanos tão presente no seio da Intervenção Precoce do nosso país.

No âmbito das dificuldades experimentadas, destacamos também a atitude dos pais face ao formato de intervenção seleccionado. Inúmeras foram as mães e pais que nos questionaram se não seria mesmo necessário levar os seus bebés. Frases como *“se fosse para o meu bebé ainda tentaria fazer um esforço para ir mas sendo para os pais acho que não precisamos”* foram surgindo várias vezes aquando dos convites de participação. Foi evidente que, tal como Pimentel (2004b) mencionou, os pais tendem a atribuir todo o saber aos profissionais e torna-se difícil que se apercebam da importância de fazerem parte da equipa e serem o centro do trabalho de intervenção.

No que respeita ao trabalho que poderá ser realizado em futuras investigações, no âmbito de programas de promoção de competências parentais, sugerimos que se continue, e de forma tão rigorosa quando possível, a registar todos os passos desenvolvidos na criação e desenvolvimento dos programas e se faça uma avaliação, também o mais rigorosa possível, dos resultados obtidos. A fácil replicação de programas aumentará o seu número o que pensamos ser fundamental para a evolução das práticas em IP.

Relativamente aos benefícios que o nosso estudo poderá ter trazido para a prática do psicólogo educacional e de todos os técnicos que realizem Intervenção Precoce, destacamos três aspectos. Em primeiro lugar a visão, que tentámos manter ao longo do trabalho, da família como foco privilegiado de intervenção. Pensamos que o mais relevante foi não termos estagnado nas teorizações, mas termos trazido para a prática os principais pressupostos subjacentes à intervenção verdadeiramente centrada na família: partimos das necessidades e prioridades das famílias em questão para a formulação do programa; recorremos à situação de cada família, partindo das suas forças e dos recursos existentes a nível comunitário; mantivemos uma relação de parceria e cooperação com os pais abandonando totalmente o modelo do especialista (os próprios pais foram assumindo a função de especialista); trouxemos outros profissionais de outras áreas para a ajuda complementar ao nosso trabalho; avaliámos os efeitos do programa e validámo-lo socialmente pela avaliação da satisfação dos pais.

Em segundo lugar destacamos a descrição pormenorizada que nos propusemos a fazer do próprio programa, descrevendo os conteúdos de cada sessão, os objectivos propostos, as actividades realizadas, o material utilizado e o período de tempo de realização das tarefas. Será um factor facilitador para os próximos técnicos que queiram realizar este tipo de intervenção.

Finalmente, consideramos também que a caracterização, que fomos fazendo ao longo do trabalho, destas 4 famílias que participaram no programa, poderá ser bastante útil para os técnicos que incidam o seu trabalho com bebés prematuros e suas famílias, no sentido que melhor compreenderão as necessidades e dificuldades habituais destas mães, assim como os medos e as angústias que enfrentam.

Concluimos referindo que muito há ainda por fazer na área da Intervenção Precoce agora que a legislação portuguesa parece acompanhar as evidências teóricas e empíricas há muito faladas. Instrumentos por construir, programas por caracterizar, populações onde intervir, técnicas e métodos a adaptar. Colocamos a hipótese de, um dia mais tarde, partindo deste pequeno trabalho, vir a desenvolver um vasto e completo programa que possa ser aplicado e replicado junto de várias famílias e, quem sabe, facilitar a árdua tarefa dos técnicos que embarcaram na difícil aventura que é a Intervenção Precoce em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1990). Mothers, fathers, and the crises of newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal*, *1*(11), 12-25.
- Almeida I. (2004). Intervenção Precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade. *Análise Psicológica*, *1*(12), 65-72.
- Bailey, D., & Wolery, M. (2002). *FPG director testifies before presidential commission: Part 1 of 2*. Obtido em 15 de Maio de 2008 através de:
http://www.fpg.unc.edu/news/pr_detail.cfm?ID=258&go=archive
- Bailey, D., & Wolery, M. (2002). *FPG director testifies before presidential commission: Part 2 of 2*. Obtido em 15 de Maio de 2008 através de:
http://www.fpg.unc.edu/news/pr_detail.cfm?ID=259&go=archive
- Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In C. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto.
- Barrat, M. S., Roach, M. A., & Leavitt, L. A. (1996). The impact of low-risk prematurity on maternal behaviour and toddler outcomes. *International Journal of Behavioural Development*, *19*(3), 581-602.
- Beckman, P.J., Robinson, C.C., Rosenberg, S. & Filler, J. (1994). Family involvement in early intervention: The evolution of family-centered service. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, B. June, J. Gallagher, P. L. Hutinger, & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges* (pp. 13-31). Baltimore: Paul H. Brooks.

- Blair, C., & Ramey, C. (1997). Early intervention for low-birth-weight infants and the path to second-generation research. In M. Guralnick (Eds.), *Effectiveness of early intervention* (pp. 77-97). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Botelho, T. (1999). *Personalidade materna e prematuridade*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Brazelton (1992). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Bronfenbrenner (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruder, M. B.. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millenium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 105-115.
- Cara-Linda, M. (2007). *Abordagem centrada na família: avaliação de práticas num projecto de Intervenção Precoce*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Cole, J. (1995). Intervenção Precoce em bebé prematuro de alto risco. In J. G. Pedro (Eds.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 237-249). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Cornwell, J., & Kortland, C. (1997). Family as a system and a context for early intervention. In S. Thurman, J. Cornwell, & S. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: systems and settings* (pp. 93-109). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Coutinho, T. B. (1999). *Intervenção Precoce - Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com síndrome de Down*. Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.

- Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, *1(12)*, 55-64.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers of premature and full-term infants. *Child Development*, *54*, 209-217.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, *5*, 165-201.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family-centered practice. In R. Illback, C. Cobb, & H. J. Junior (Eds.), *Integrated services for children and families: opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington: Apa.
- Dunst, C. J. (1998). Apoiar e capacitar as famílias em Intervenção Precoce: o que aprendemos?. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (1999). Placing parent education in conceptual and empirical context. *Topics in Early Childhood Special Education*, *19(3)*, 141-147.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, *20(2)*, 95-104.
- Eckerman, C. O., Sturm, L. A., & Gross, S. J. (1985). Different developmental courses for very-low-birthweight infants differing in early head growth. *Developmental Psychology*, *21(5)*, 813-827.
- Erwin, E. J., Soodak, L. C., Winton, P. J., & Turnbull, A. (2001). I wish it wouldn't all depend on me. In M. Guralnick (Eds.), *Early childhood inclusion: focus on change* (pp. 127-158). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Gallagher, R. J., Montagne, M. J., & Johnson, J. (1994). Early intervention: the collaborative challenge. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, B. June,

J. Gallagher, P. L. Hutinger, & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges* (pp. 279-287). Baltimore: Paul H. Brooks.

Gallagher, R. J., Montagne, M. J., & Johnson, J. (1998). Intervenção Precoce: um desafio à colaboração. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.). *Envolvimento parental em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 66-76). Porto: Porto Editora.

Gil, I. (2005). *Nascimento antecipado: associação entre a sintomatologia somática, representações maternas, a interação mãe-filho e o nível de desenvolvimento do bebé, numa amostra de bebés pré-termo de muito baixo peso aos 4 meses de idade corrigida*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Goldberg, S., Brachfeld, S., & DiVitto, B. (1980). Feeding, fussing, and play: parent-infant interaction in the first year as a function of prematurity and perinatal medical problems. In T. M. Field, S. Golberg, D. Stern & A. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: adult and peer interactions* (pp. 133-153). New York: Academic Press.

Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In. M. Bornstein (Eds.), *Handbook of parenting. Vol 1 - children and parenting* (pp. 209-231). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Goldson, E. (1996). Prematurity: discussion. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 465-475.

Greenberg, M. T., Crnic, K. A. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.

Greene, M. (1999). A parent's perspective. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 149-151.

- Harris (2005). Critically ill babies in hospital – considering the experience of mothers. *Infant Observation*, 8 (3), 247-258.
- Justo, J. (1997). Os bebês prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2 (2), 307-332.
- Kaiser, A., Mahoney, G., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., & Spiker, D. (1999). Rejoinder: Toward a contemporary vision of parent education. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 173-176.
- Kelly, J., & Barnard, K. (1999). Parent education within a relationship-focused model. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 151-157.
- Kreling, K., Brito, A., & Matsuo, T. (2006). Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. *Pediatria São Paulo*, 28(2), 98-108.
- Lahood, M., & Bryant, C. (2007). Outpatient care of the premature infant. *American Academy of Family Physicians*, 76(8), 1159-1164.
- Lester, B. M., Hoffman, J., & Brazelton, T. B. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 15-27.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., & Spiker, D. (1999). Parent education in early intervention: A call for a renewed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 131-140.
- Martinez, C., Joaquim, R., Oliveira, E., Santos, I. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 73-81.
- Marques, J. (2003). *Um programa de Intervenção Precoce: um estudo de caso* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Educacional). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- McCullum, J. A. (1999). Parent education: what we mean and what that means. *Topics in Early Childhood Special Education, 19(3), 147-149.*
- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: current practice, problems, and future perspectives. *Topics in Early Childhood Special Education, 14(1), 26-49.*
- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: Using infant observation in interventions with traumatised mothers and their premature babies. *Infant Observation, 8(3), 195-208.*
- Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Munck, H. (1995). Intervenção hospitalar com pais de bebés prematuros. In J. G. Pedro (Eds.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 229-235). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- O'Brien, M., Soliday, E., & Maccluskey-Fawcett, K. (1997). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M. Roberts (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 463-478). New York: Guildford Press.
- Patteson, D. M., & Barnard, K. E. (1990). Parenting of low birth weight infants: a review of issues and interventions. *Infant Mental Health Journal, 11(1), 37-56.*
- Pedro, S. (2007). *Envolvimento parental numa UCIN: necessidades emergentes*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Pimentel, J. S. (1996). *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

- Pimentel, J.S. (2004a). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade - Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pimentel, J. S. (2004b). Avaliação de programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1(12), 43-54.
- Rauh, V. A., Achenbach, T. M., Nurcombe, B., Howell, C. T., & Teti, D. M. (1988). Minimizing adverse effects of low birthweight: four-year results of an early intervention. *Child Development*, 59, 544-553.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 105-132. Coimbra: Quarteto.
- Rosenblatt, D. (1997). Premature babies. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. Macmanus. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 565-568). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas inerentes à prematuridade. *Psychologica*, 10, 61-68.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (1998). Intervenção Precoce centrada na família: uma perspectiva ecológica de atendimento. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.). *Envolvimento parental em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 9-32). Porto: Porto Editora.
- Silva, L. (1999). *A prematuridade e o materno*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

- Silva, O. (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 15-24.
- Tegethof, M. I. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias de especialistas, dos profissionais e das famílias. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade do Porto. Porto.
- Turnbull, P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 630-650). Cambridge: Cambridge University Press.
- Turnbull, A. P., Blue-Banning, M., Turbiville, V., & Park, J. (1999). From parent education to partnership education: a call for a transformed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 141-147.
- Vidigal, V., Pires, A., & Matos, R. (2001). Prematuridade e comportamento maternal. In A. Pires (Eds.), *Crianças e pais em risco* (pp. 233-251). Lisboa: ISPA.
- Weiss, H., & Jacobs, F. (1988). Family support and education programs: challenges and opportunities. In H. Weiss & F. Jacobs (Eds.), *Evaluating family programs* (pp. XIX-XXIX). New York : Aldine De Gruyter.
- Winton, P. J., Sloop, S., & Rodriguez, P. (1999). Parent education: A term whose time is past. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19 (3), 157-161.
- Wood, N. S., Marlow, N., Costeloe, K., Chir, B., Gibson, A., & Wilkinson, A., (2000). Neurological and developmental disability after extremely preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 343(6), 378-384.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÃO DA ENTREVISTA DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

Entrevista de Caracterização: Pais e bebé

Data da entrevista: __/__/__

1. Identificação do bebé

1.1. Nome _____

1.2. Sexo: Feminino Masculino

1.3. Raça: _____.

1.4. Data Nascimento: __/__/__ DN Corrigida __/__/__

1.5. Idade no início do Programa: _____ Idade corrigida: _____

1.6. Morada _____

1.7. Contactos telefónicos _____

1.8. Situação Educativa actual

Em casa com a mãe	Com os avós	Na Ama	Na Creche	Outros

2. Composição do agregado familiar

2.1. Genograma (com idades)

2.2. Constituição do agregado familiar (familiares a viver em local comum):

3. Gravidez

3.1. Gravidez planeada? Sim Não

3.2. Gravidez desejada? Sim Não

3.3. Gravidez seguida? Sim Não

3.4. Com que regularidade?

3.5. Complicações durante a gravidez?

4. Parto**4.1. Tipo de parto:**

Espontâneo

Provocado

Eutócico

Fórceps

Cesariana

5. Recém-nascido

5.1. Duração da gestação: _____ semanas.

5.2. Peso à nascença: _____ gramas.

5.3. APGAR ao 1º minuto: _____/5º minuto: _____.

5.4. Necessitou de ir para a incubadora? Sim Não

5.5. Ficou internado na UCIN? Sim Não

5.6. Quanto tempo? _____ dias.

5.7. Dificuldades apresentadas pelo bebé à nascença

5.8. Intervenções terapêuticas

6. Caracterização dos pais

6.1. Nome

Mãe	Pai

6.2. Idade

Data de Nascimento	Mãe	Pai

6.3. Estado Civil

Estado Civil	Mãe	Pai
Solteiro(a)		
Casado (a)		
Separado(a) ou divorciado(a)		
Vive com companheiro(a)		
Viúvo(a)		

6.4. Habilitações académicas

Nível de instrução	Mãe	Pai
Instrução primária incompleta		
Instrução primária completa		
Escolaridade entre o 4º e o 9ºano		
9º ano de escolaridade completo		
12º ano de escolaridade completo		
Licenciatura/Mestrado/Doutoramento		

6.5. Nacionalidade (qual?)

Mãe	Pai

6.6. Profissão (qual?)

Mãe	Pai

--	--



Dos itens que se seguem indique (assinale com um X), os que na sua opinião correspondem às principais necessidades da sua família.

Pai

Mãe

	Gostaria de...	Assinale (X)	Observações
1	Conhecer melhor os cuidados que devo ter no dia a dia com o meu filho: dar banho, dormir, alimentar, etc.		
2	Saber mais informações sobre a maneira como o meu filho cresce e se desenvolve.		
3	Conhecer melhor as principais dificuldades e necessidades do meu filho.		
4	Conhecer melhor as capacidades do meu filho.		
5	Melhorar a minha relação com o meu bebé.		
6	Conhecer brincadeiras, jogos e brinquedos que possa usar com o meu filho para ele aprender e se desenvolver melhor.		
7	Ter alguém que possa responder às questões que tenho em relação ao meu filho.		
8	Conhecer os apoios aos quais posso recorrer (creches, terapeutas, transportes, alguém que possa por vezes ficar com o meu filho).		
9	Conhecer as experiências de outros pais de bebés prematuros.		
10	Ter alguém, algum amigo ou familiar, com o qual falar sobre as dificuldades que tenho sentido.		
11	Ter mais tempo para mim.		
12	Que o meu companheiro(a) compreendesse melhor as dificuldades do meu filho.		
13	Reduzir a ansiedade que tenho sentido e de me sentir mais seguro(a) a tratar do meu bebé.		

Observações

ANEXO 2

ESCALA DE DESENVOLVIMENTO DE RUTH GRIFFITHS

Nome do bebé _____

DN: ___ / ___ / ___ DN corrigida: ___ / ___ / ___ Data da avaliação: ___ / ___ / ___

Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 – 24 meses)

A		A		A				
Locomotora		Locomotora		Locomotora				
Empurra com os pés as mãos do examinador (decúbito dorsal)	1	1	Senta-se bem no chão - mantém o equilíbrio	17	9	Anda a passo rápido (corrida vacilante)	9	17
Levanta a cabeça em decúbito ventral	2		Aguenta-se de pé com apoio	18		Trepa para uma cadeira baixa e senta-se sem ajuda	10	
Mantém a cabeça erecta durante alguns segundos	3	2	Reacção de gatinhar - III Um pouco para a frente ou para trás	19	10	É capaz de dar passos para trás	11	18
Chuta vigorosamente (decúbito dorsal)	4		Senta-se bem numa cadeira	20		Anda puxando um brinquedo por um cordel	12	
Levanta a cabeça (decúbito dorsal)	5	3	Levanta-se sozinho e aguenta-se agarrado	21	11	Sobe e desce escadas a gatinhar	13	19
Costas direitas quando sentado	6		Reacção de gatinhar - IV Desloca-se com a ajuda das mãos e dos joelhos ou à urso	22		Corre bem	14	
Levanta a cabeça e o peito (decúbito ventral)	7	4	Dá passos de lado, agarrada à mobília	23	12	Salta no chão a pés juntos	15	20
Mantém a cabeça direita continuamente	8		É capaz de andar de pé apoiado por 1 ou 2 mãos	24		Trepa e fica de pé numa cadeira	16	
Levanta a cabeça e os ombros (decúbito dorsal)	9	5	Sobe uma pequena rampa ou degrau sem ajuda	1	13	Sobe escadas seguro pela mão de um adulto	17	21
Rola completamente de um lado para o outro	10		Aguenta-se de pé sozinho	2		Senta-se à mesa numa cadeira já colocada	18	
Reacção de gatinhar - I Dobra o joelho	11	6	Dá alguns passos sozinho	3	14	Sobe e desce as escadas de pé	19	22
Senta-se com ligeiro apoio	12		Ajoelha-se no chão ou na cadeira sem apoio das mãos	4		Dá um pontapé na bola	20	
É capaz de virar de decúbito dorsal para decúbito ventral	13	7	Sobe as escadas a gatinhar	5	15	Salta do último degrau das escadas a pés juntos	21	23
Reacção de gatinhar - II Tenta vigorosamente	14		Gosta de empurrar um carrinho de bebé, o cavalinho, etc.	6		Anda sozinho nas escadas: qualquer método	22	
Senta-se sozinho por pouco tempo	15	8	Anda bem sozinho	7	16	Atira a bola para o cesto	23	24
Reacção de andar: um pé em frente do outro	16		Baixa-se para apanhar um objecto (sem apoio)	8		Traz uma cadeira para a mesa e senta-se sem ajuda	24	

IANO: ____ Itens

IIANOS __ Itens

Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 – 24 meses)

B				B				B			
Pessoal – Social				Pessoal – Social				Pessoal – Social			
Acalma-se quando lhe pegam ao colo	1	1		Ajuda a segurar a chávena para beber	17	9		Maneja bem a chávena meia cheia, quase sem entornar	9	17	
Gosta do banho	2			Reage à imagem do espelho – sorri ou brinca	18			Descalça os sapatos e as meias	10		
Sorriso	3	2		Dá “carinhos” – retribui um abraço ou um beijo	19	10		Idem	11	18	
Reconhece a mãe com o olhar	4			Pega na comida com o polegar e o indicador	20			Usa bem uma colher sem se sujar	12		
Segue com os olhos as pessoas na sala	5	3		Abana a mão para dizer adeus	21	11		Conhece uma parte do corpo	13	19	
Retribui o olhar com o sorriso ou um som	6			Brinca com a chávena, colher e pires – põe a colher dentro da chávena ou esta no pires	22			Dá sinal de fazer “cocó”	14		
Responde alegremente às brincadeiras	7	4		Bate palminhas	23	12		Quase controla completamente o intestino	15	20	
Resiste quando o examinador tenta tirar-lhe a argola	8			O bedece a ordens simples “dá o copo”	24			Conhece 2 partes do corpo	16		
Faz movimentos antecipatórios quando se faz menção de lhe pegar	9	5		Põe e tira objectos de dentro da chávena	1	13		Tenta contar experiências	17	21	
Vira a cabeça para a pessoa que lhe fala ou canta	10			Tenta ajudar a vestir o casaco, etc.	2			Controla a bexiga de dia	18		
Estende os braços ao ser pegado	11	6		É capaz de beber por um copo sem ajuda	3	14		Identifica 3 partes do corpo da boneca	19	22	
Bebe por uma chávena (o adulto segura)	12			Idem	4			À mesa, pede 2 coisas pelo nome	20		
Manipula e brinca com a chávena e a colher	13	7		Usa a colher sozinho mas entorna um pouco	5	15		Identifica 4 partes do corpo da boneca	21	23	
Distingue estranhos de familiares	14			Mostra os sapatos quando se lhe pede	6			Abre sozinho a porta	22		
Reacções imediatas à situação proposta – mesa de teste	15	8		Tenta rodar a maçaneta de uma porta	7	16		Ajuda activamente a vestir-se e a despir-se	23	24	
Zanga-se quando lhe tiram um brinquedo	16			Gosta que o adulto lhe mostre um livro	8			Começa a cooperar nas brincadeiras com as outras crianças	24		

IANO: ___ Itens

IIANOS ___ Itens

Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 – 24 meses)

C		C		C				
Audição e Linguagem		Audição e Linguagem		Audição e Linguagem				
Assusta-se com os sons	1	1	Diz 1 palavra com significado (mamã ou papá)	17	9	Faz longos monólogos com algumas palavras claras	9	17
Outras vocalizações para além do choro	2		Escuta o relógio	18		Gosta de livros de imagens	10	
Escuta a campainha (tocada suavemente)	3	2	Toca a campainha	19	10	Diz 6 ou 7 palavras com significado	11	18
Procura o som com os olhos	4		Abana a cabeça para dizer não	20		Identifica 2 objectos da caixa	12	
Emite 2 ou mais sons diferentes – Ah... gue	5	3	Diz 2 palavras com significado	21	11	Diz mais de 9 palavras com significado	13	19
Dá atenção à música	6		Diz frases curtas a tagarelar: 6 ou mais sílabas	22		Identifica 4 objectos da caixa	14	
Procura o som movendo a cabeça	7	4	Monólogo a tagarelar quando está sozinho	23	12	Vocabulário de figuras (1)	15	20
Escuta o diapasão	8		Diz 3 palavras com significado	24		Diz mais de 12 palavras com significado	16	
Vira a cabeça na direcção da campainha	9	5	Olha para as figuras do livro, por segundos	1	13	Usa combinações de 2 palavras	17	21
Emite um som ou pára de chorar quando ouve música	10		Tenta cantar	2		Vocabulário de figuras (2)	18	
Tagarela para as pessoas	11	6	Reconhece o seu nome	3	14	Diz mais de 20 palavras com significado	19	22
Emite 4 sons diferentes: ah, er, gl, que, uu, guu, la	12		Gosta de canções infantis ou de rimas	4		Identifica 8 objectos da caixa	20	
Reage quando o chamam	13	7	Olha para as figuras do livro com interesse crescente	5	15	Escuta histórias por curtos períodos	21	23
Tagarela com 2 sílabas (lala, agu, ama, lulu)	14		Usa 4 palavras com significado	6		Nomeia 4 objectos da caixa	22	
Escuta, atentamente, as conversas	15	8	Identifica 1 objectos da caixa	7	16	Vocabulário de figuras (4)	23	24
Tagarela 4 ou mais sílabas: Mamama, bababa, lululu	16		Usa 5 palavras com significado	8		Usa frases de 4 ou mais sílabas com significado	24	

IANO: ___ Itens

IIANOS ___ Itens

Escala de Desenvolvimento de Griffiths (0 – 24 meses)

D		D		D				
Coordenação Olho- Mão		Coordenação Olho- Mão		Coordenação Olho- Mão				
Segue com os olhos o movimento de uma luz num ângulo de 45°	1	1	Preensão fina – Usa apenas o polegar e o indicador quando tenta agarrar objectos	17	9	Rabisca mais espontaneamente	9	17
Fixa, por momentos, a argola de guizos	2		Suspende a argola pelo cordel baloiçando-a	18		Brinca com caixas e outros materiais de forma simbólica ou construtiva	10	
Segue a argola de guizos quando esta se desloca na horizontal	3	2	Atira fora objectos	19	10	Idem	11	18
Segue a argola de guizos quando esta se desloca na vertical	4		Faz oposição completa do polegar	20		Constrói uma torre com 3 cubos	12	
Segue a argola de guizos quando esta faz movimentos circulares	5	3	Consegue apontar com o indicador	21	11	Consegue atirar uma bola	13	19
Desvia o olhar de um objecto para outro: argola – bola	6		Interessa-se pelo carrinho de brincar	22		Idem	14	
Olha para a argola puxada por um fio na superfície da mesa	7	4	É capaz de segurar no lápis como se fosse riscar o papel	23	12	Faz uma torre com 4 cubos	15	20
Explora visualmente um ambiente novo	8		Gosta de segurar pequenos brinquedos	24		Gosta de rabiscar com o lápis vigorosa e firmemente	16	
Estende a mão para a argola e agarra-a	9	5	Usa um pouco o lápis no papel deixando um risco	1	13	Deita água ou um cubo de uma chávena para outra	17	21
Segura a argola suspensa pelo cordel	10		Revela preferência por uma mão	2		Faz uma torre com 5 cubos	18	
Explora, com as mãos, a superfície da mesa	11	6	Brinca fazendo rolar uma bola	3	14	Faz rabiscos circulares por imitação	19	22
Brinca com a argola de guizos, sacudindo-a e batendo-a na mesa	12		Consegue segurar 4 cubos ao mesmo tempo – 2 em cada mão	4		Faz um comboio com 3 ou mais cubos	20	
Procura um brinquedo caído	13	7	Brinca, empurrando um carrinho	5	15	Idem	21	23
Bate com um objecto no outro	14		Coloca caixas, tampas ou os cubos, uns em cima dos outros	6		Faz andar um cubo ou um brinquedo em cima da mesa	22	
Esboço de preensão com o polegar e o indicador	15	8	Faz uma torre com 2 cubos por imitação	7	16	Faz uma torre com 6 ou 7 cubos	23	24
Alcança a argola por meio do cordel, na superfície da mesa	16		Puxa um papel ou um pano para alcançar um brinquedo	8		Copia uma linha perpendicular (por imitação)	24	

IANO: ____ Itens

IIANOS __ Itens

ANEXO 3**QUESTIONÁRIO DA PERCEPÇÃO PARENTAL DE
COMPETÊNCIA**

Nome do bebé _____

Data __ / __ / __

Este questionário apresenta uma série de afirmações que qualificam o modo como os pais se sentem no seu papel de pais. Indique o seu acordo ou desacordo relativamente a cada afirmação, do seguinte modo:

- Se está **completamente de acordo**, faça um círculo à volta do nº **1**
- Se está **de acordo**, faça um círculo à volta do nº **2**
- Se está **relativamente de acordo**, faça um círculo à volta do nº **3**
- Se está **relativamente em desacordo**, faça um círculo à volta do nº **4**
- Se está em **desacordo**, faça um círculo à volta do nº **5**
- Se está **completamente ou fortemente em desacordo**, faça um círculo à volta do nº **6**

No caso de pretender modificar a sua resposta, apague ou risque completamente a sua primeira escolha.

TODOS OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO CONFIDENCIAIS

À direita de cada pergunta aparece uma sequência de números (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Faça um círculo à volta daquele que corresponde à sua resposta.

Não faça mais do que um círculo à volta de um número.

Lembre-se: não há boas nem más respostas. Se responder espontaneamente a sua resposta será melhor!

Questionário para as Mães

Completamente de acordo	De acordo	Relativamente de acordo	Relativamente em desacordo	Em desacordo	Completamente em desacordo				
1	2	3	4	5	6				
1	Os problemas relacionados com a educação de uma criança são fáceis de resolver quando sabemos de que forma ela reage àquilo de fazemos.			1	2	3	4	5	6
2	Ser mãe pode ser gratificante, mas sinto-me um pouco decepcionada porque o meu filho ainda é demasiado pequeno.			1	2	3	4	5	6
3	Quando me deito à noite tenho a sensação de não ter feito grande coisa pelo meu filho(a).			1	2	3	4	5	6
4	Por vezes sinto-me incapaz de controlar situações com o meu filho(a), em que penso que deveria ser capaz de o fazer.			1	2	3	4	5	6
5	A minha mãe estava mais bem preparada do que eu para ser uma boa mãe.			1	2	3	4	5	6
6	Uma mãe com pouca experiência, poderia aprender a ser uma boa mãe, seguindo o meu exemplo.			1	2	3	4	5	6
7	Ser mãe é algo que se vai aprendendo, e a maior parte dos problemas de educação são fáceis de resolver.			1	2	3	4	5	6
8	É difícil para uma mãe saber se aquilo que faz com o seu filho é bom ou mau.			1	2	3	4	5	6
9	Às vezes, tenho a impressão de que não consigo realizar nada de positivo, enquanto mãe.			1	2	3	4	5	6
10	As competências que ganho ao cuidar do meu filho(a) correspondem às minhas aspirações pessoais.			1	2	3	4	5	6
11	Se existe alguém que pode perceber o que não está bem com o meu filho(a), esse alguém sou eu.			1	2	3	4	5	6
12	Não estou interessada na minha função de mãe porque as minhas capacidades e interesses têm a ver com outras coisas.			1	2	3	4	5	6
13	Apesar de ser mãe há pouco tempo, sinto-me bastante à vontade nesse papel.			1	2	3	4	5	6
14	Se ser mãe de um bebé fosse mais interessante, eu estaria mais motivada para desempenhar o meu papel de mãe.			1	2	3	4	5	6
15	Tenho a certeza que tenho todas as competências necessárias para ser uma boa mãe.			1	2	3	4	5	6
16	Ser mãe provoca-me tensão e ansiedade.			1	2	3	4	5	6
17	Ser uma boa mãe é em si mesmo gratificante.			1	2	3	4	5	6

Questionário para os pais

Completamente de acordo	De acordo	Relativamente de acordo	Relativamente em desacordo	Em desacordo	Completamente em desacordo					
1	2	3	4	5	6					
1	Os problemas relacionados com a educação de uma criança são fáceis de resolver quando sabemos de que forma ela reage àquilo de fazemos.				1	2	3	4	5	6
2	Ser pai pode ser gratificante, mas sinto-me um pouco decepcionada porque o meu filho ainda é demasiado pequeno.				1	2	3	4	5	6
3	Quando me deito à noite tenho a sensação de não ter feito grande coisa pelo meu filho(a).				1	2	3	4	5	6
4	Por vezes sinto-me incapaz de controlar situações com o meu filho(a), em que penso que deveria ser capaz de o fazer.				1	2	3	4	5	6
5	O meu pai estava mais bem preparado do que eu para ser um bom pai.				1	2	3	4	5	6
6	Um pai com pouca experiência, poderia aprender a ser um bom pai, seguindo o meu exemplo.				1	2	3	4	5	6
7	Ser pai é algo que se vai aprendendo, e a maior parte dos problemas de educação são fáceis de resolver.				1	2	3	4	5	6
8	É difícil para um pai saber se aquilo que faz com o seu filho é bom ou mau.				1	2	3	4	5	6
9	Às vezes tenho a impressão de que não consigo realizar nada de positivo, enquanto pai.				1	2	3	4	5	6
10	As competências que ganho ao cuidar do meu filho(a) correspondem às minhas aspirações pessoais.				1	2	3	4	5	6
11	Se existe alguém que pode perceber o que não está bem com o meu filho(a), esse alguém sou eu.				1	2	3	4	5	6
12	Não estou interessado na minha função de pai porque as minhas capacidades e interesses têm a ver com outras coisas.				1	2	3	4	5	6
13	Apesar de ser pai há pouco tempo, sinto-me bastante à vontade nesse papel.				1	2	3	4	5	6
14	Se ser pai de um bebé fosse mais interessante, eu estaria mais motivada para desempenhar o meu papel de pai.				1	2	3	4	5	6
15	Tenho a certeza que tenho todas as competências necessárias para ser um bom pai.				1	2	3	4	5	6
16	Ser pai provoca-me tensão e ansiedade.				1	2	3	4	5	6
17	Ser um bom pai é em si mesmo gratificante.				1	2	3	4	5	6

ANEXO 4

ESCALA DE AUTO-ESTIMA MATERNA

Nome do bebé _____

Data __ / __ / __

	Completa- mente falso	Quase sempre falso	Às vezes falso outras verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Completa- mente verdadeiro
1 - Vai ser bom tratar do meu bebé	1	2	3	4	5
2 - O meu bebé é muito frágil e estou preocupada se saberei tratar dele	5	4	3	2	1
3 - Acho que não vou ser capaz de dar ao meu bebé os carinhos e cuidados que ele precisa	5	4	3	2	1
4 - Tenho a certeza que terei uma óptima relação com o meu bebé	1	2	3	4	5
5 - Acho que não vou ser capaz de ensinar coisas novas ao meu bebé	5	4	3	2	1
6 - Vou-me sentir muito incomodada se o meu bebé não parar de chorar	5	4	3	2	1
7 - Fiquei contente quando vi o meu bebé pela primeira vez	1	2	3	4	5
8 - Tenho muitas dúvidas sobre se o meu bebé se vai desenvolver normalmente	5	4	3	2	1
9 - Sinto que vou ser capaz de tratar bem do meu bebé	1	2	3	4	5
10 - Penso muitas vezes que tratar do meu bebé vai ser um peso para mim	5	4	3	2	1
11 - Fiquei extremamente satisfeita quando soube que estava grávida	1	2	3	4	5
12 - Tive muita vontade de levar o meu bebé para casa	1	2	3	4	5

13 - É óptimo pensar que vou pegar e dar mimos ao meu bebé	1	2	3	4	5
14 - Quando soube que estava grávida tive sentimentos contraditórios por ir ter um bebé	5	4	3	2	1
15 - Sinto-me emocionalmente preparada para tratar bem do meu bebé	1	2	3	4	5
16 - Fiquei desapontada quando vi o meu bebé pela 1ª vez	5	4	3	2	1
17 - Acho que durante a gravidez fiz qualquer coisa que fez mal ao meu bebé	5	4	3	2	1
18 - Às vezes fico preocupada a pensar se vou ser capaz de perceber as necessidades do meu bebé	5	4	3	2	1
19 - Preciso de mais tempo para me habituar ao meu bebé	5	4	3	2	1
20 - Às vezes fico preocupada a pensar se o meu bebé se desenvolverá normalmente	5	4	3	2	1
21 - Acho que não vou ter muito jeito para acalmar o meu bebé	5	4	3	2	1
22 - Tive muito cuidado comigo durante a gravidez	1	2	3	4	5
23 - Estou entusiasmada com a ideia de ser responsável por tratar do meu bebé	1	2	3	4	5
24 - Vou ter dificuldades em perceber o que o meu bebé quer	5	4	3	2	1
25 - Penso que terei mais prazer com o meu bebé quando ele for mais crescido	5	4	3	2	1
26 - Sinto que tenho muito amor para dar ao meu filho	1	2	3	4	5
27 - Tenho a certeza que o meu bebé será forte e saudável	1	2	3	4	5

28 - Estou assustada com as responsabilidades do dia a dia para tratar do meu bebé	5	4	3	2	1
29 - Quando estava grávida tinha medo de vir a ter um bebé com problemas	5	4	3	2	1
30 - Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bebé	1	2	3	4	5
31 - Acho que vou ser capaz de ensinar ao meu bebé todas as coisas que ele terá de aprender	1	2	3	4	5
32 - Tenho sentimentos contraditórios sobre o facto de ser mãe	5	4	3	2	1

Observações significativas

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO E GUIÃO DA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

Questionário de Avaliação da Satisfação Parental

Nome do bebé _____

Data __ / __ / __

Quem preencheu o questionário

Mãe

Pai

Em termos gerais como se sente relativamente ao Programa de Promoção de Competências Parentais?

1	2	3	4	5
Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Relativamente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

Recomendaria este programa a outros pais?

1	2	3	4	5
Nada recomendável	Pouco recomendável	Relativamente recomendável	Recomendável	Muito recomendável

No que respeita à adequação do programa às suas expectativas iniciais, considera-o:

1	2	3	4	5
Muito abaixo das expectativas	Abaixo das expectativas	Relativamente adequado às expectativas	Adequado às expectativas	Perfeitamente adequado às expectativas

Entrevista sobre a satisfação dos pais em relação ao programa

1. Quais os maiores benefícios que o programa trouxe para si e para o seu bebé?
2. Em termos gerais o que mais lhe agradou no programa?
3. Quais os aspectos menos positivos que têm a apontar, relativamente ao programa?
4. Qual a avaliação que faz da sua própria participação no programa?
5. O que sugere em programas futuros?

ANEXO 6**CARTA DE CONFIRMAÇÃO DA DATA DE INÍCIO DO
PROGRAMA**



Caros pais de _____,

Vimos por este meio informar que o início do Programa de Promoção de Competências Parentais, relativamente ao qual, manifestaram interesse em participar, irá ter início no próximo dia **11 de Abril** (sexta-feira).

As sessões decorrerão semanalmente, às sextas-feiras das 9h00 às 10h30 (pedimos aos pais que compareçam 15 minutos antes e se dirijam ao balcão para efectivação da consulta). O Programa terá a duração de aproximadamente dois meses, sendo um total de 8 sessões.

Os conteúdos do programa incidirão em vários temas, seleccionados pela análise das entrevistas dos pais onde nomearam as áreas sobre as quais gostariam de obter mais informações: interação pais-bebé; autonomia e socialização do bebé; desenvolvimento do bebé; jogos e brincadeiras para estimular o bebé; recursos existentes na comunidade; etc.

Relembro que os pais do(a) _____ foram escolhidos para participar no programa e, tratando-se de um grupo pequeno, a sua participação é extremamente importante para um funcionamento positivo de todas as sessões.

Contamos com a sua presença na primeira sessão a realizar no dia **11 de Abril às 8h45 na Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria.**

Agradecemos, desde já, toda a vossa colaboração

Com os nossos melhores cumprimentos,

A Psicóloga do Desenvolvimento:

As Psicólogas Educacionais Estagiárias:

(Nélia Correia)

(Rita Faria Blanc)

(Ioana Sesifredo)

ANEXO 7

FOLHETO INFORMATIVO



Conversas com Pais de Bebés Prematuros

Horário: 9h00 – 10h30

Partilha de **experiências e sentimentos** pelas famílias

Calendário
8 sessões

- 11 Abril
- 18 Abril
- 2 Maio
- 9 Maio
- 16 Maio
- 23 Maio
- 30 Maio
- 6 Junho

Partilha de **informações por técnicos especializados**

Desenvolvimento
do bebé

Jogos

Recursos

Socialização

A sua assiduidade é muito importante! Sempre que tiver algum imprevisto e não possa comparecer contacte-nos – 217805000 (marque a tecla 9 para falar com um assistente e dê o número da nossa extensão: 53169).

ANEXO 8**CADERNO ENTREGUE AOS PAIS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ**

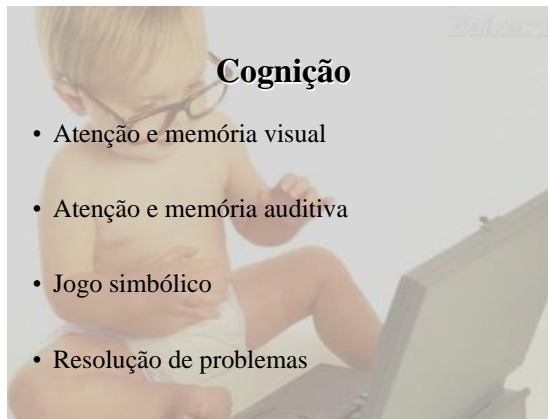
O Desenvolvimento do Bebê

0 – 24 meses



Cognição

- Atenção e memória visual
- Atenção e memória auditiva
- Jogo simbólico
- Resolução de problemas



Atenção e memória visual

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Segue com o olhar objectos em movimento • Antecipa acontecimentos que fazem parte da sua rotina diária.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Destapa objectos que ficaram debaixo de um pano;
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Antecipa acontecimentos frequentes em jogos que conhece; • Destapa totalmente objectos escondidos.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Lembra-se da localização de objectos deixados num determinado local por alguns minutos.

Atenção e memória auditiva

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Fica quieto quando ouve um barulho; • Procura o som com o olhar.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Olha ou tenta alcançar o objecto de onde provém o som;
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Antecipa acontecimentos frequentes em jogos que conhece, que envolvam sons.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Começa a procurar a fonte sonora que não está visível.

Jogo simbólico

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Leva a mão à boca; • Explora objectos com a boca.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca com os brinquedos que lhe põem na mão; • Começa a reagir de modo diferente aos objectos.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividades adequadas com brinquedos com propriedades claramente diferentes.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Põe os objectos nas posições correctas; • Manipula livros: olha, aponta, vira páginas.

Raciocínio

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Desvia a atenção de um objecto para o outro; • Repete actividades que produzem resultados interessantes.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Repete actividades que suscitam reacções interessantes nos outros.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Procura ou tenta alcançar objectos que caem; • Brinca com vários brinquedos para produzir diferentes efeitos.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Quando um brinquedo deixa de funcionar, tenta repetidamente fazer que funcione.

Comunicação

- Compreensão Verbal
- Conversação
- Imitação vocal



Compreensão verbal

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reage à voz da mãe/pai e a algumas expressões faciais.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Vira-se na direcção quando chamam o seu nome.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Diz "adeus" quando lhe pedem; • Pára o que está a fazer quando ouve a palavra "não".
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde à palavra "dá-me".

Conversa o

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Sorri para uma pessoa que fala consigo; Vocaliza 5 ou mais sons.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Repete vocaliza�o dos outros; Utiliza movimento corporais, contacto ocular e/ou vocaliza�es quando quer algum brinquedo; Chama a aten�o do adulto quando quer algo.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Transmite mensagens de "não quero mais" através de vocaliza�es; Utiliza o olhar para escolher a pessoa com quem quer comunicar.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Levanta os braços para que lhe peguem ao colo; Participa em jogos interactivos.

Imita o Vocal

Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Fica sossegado quando lhe falam; Olha para a pessoa que está a falar.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Imita o adulto quando este responde a uma vocaliza�o sua.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Tenta reproduzir novos sons.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Imita palavras com duas sílabas que conhece.

Motricidade Fina

- Imita o motora
- Preens o e manipula o
- Compet ncias bilaterais



Imita o Motora

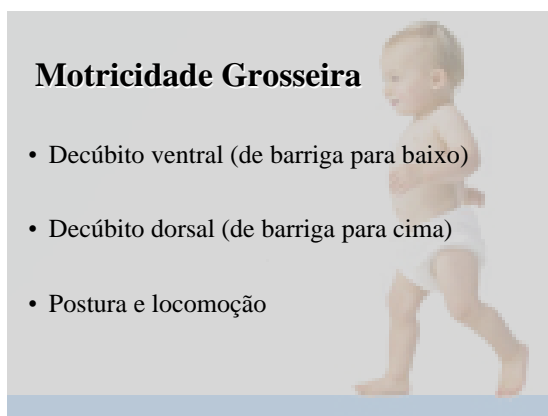
Idade aproximada de desenvolvimento	Competência
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Olha e faz movimentos faciais quando o adulto fala.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Continua a fazer um movimento se o adulto o imitar.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Imita movimentos novos.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Imita gestos naturais simples: acenar "adeus", "n�o".

Preens o e manipula o

Idade aproximada de desenvolvimento	Compet�ncia
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mexe activamente o bra�o depois de ver ou ouvir um objecto; Quando lhe colocam um brinquedo na m�o desloca-o para o seu campo de visão e olha para ele.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Agarra no objecto que lhe colocam na m�o; Estende o bra�o para alcançar e agarrar um brinquedo.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Manipula os objectos com as mãos e com os dedos; Larga um objecto para pegar noutro.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Utiliza a preens�o de pin�a fina.

Motricidade Grosseira

- Dec bito ventral (de barriga para baixo)
- Dec bito dorsal (de barriga para cima)
- Postura e locomo o



Dec bito ventral: barriga para baixo

Idade aproximada de desenvolvimento	Compet�ncia
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Levanta a cabeça até fazer um �ngulo de 45 graus.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Vira-se de barriga para baixo para barriga para cima; Tenta alcançar algo estendendo os braços.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Desliza para a frente; Coloca-se de gatas.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Gatinha apoiando-se nas mãos e nos joelhos; Levanta uma das mãos na posi�o de gatas.

Postura e locomo o

Idade aproximada de desenvolvimento	Compet�ncia
0-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mant�m a cabeça firme quando lhe pegam ao colo.
3-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mant�m o tronco firme quando o pegam ao colo.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mant�m-se sentado sem apoio.
9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Põe-se de p� sozinho agarrando-se a um suporte; D� passos agarrado a um suporte; Baixa-se para apanhar um brinquedo agarrando-se a um suporte; Mant�m-se de p� sozinho sem apoiar as mãos; D� passos sozinho.

ANEXO 9

CONTRATO DE PARTICIPAÇÃO



Contrato de Participação

Decidi fazer parte deste Grupo depois de ter conhecimento dos seus objectivos. Sei que nele poderei valorizar-me mais como Pai/Mãe e como pessoa mas sei, também, que tenho uma grande responsabilidade relativamente ao êxito do seu funcionamento e que quanto mais me empenhar no trabalho deste Grupo mais facilmente conseguirei atingir esses objectivos. Assim comprometo-me:

- A cumprir as Regras do Grupo;
- A participar activamente em todas as actividades do Grupo.

Os aplicadores, por sua vez, comprometem-se a organizar as actividades necessárias para atingir os objectivos deste Grupo e a responder a dificuldades que surjam na realização dessas actividades.

Data: __ / __ / __

Os Aplicadores

Os Pais

ANEXO 10**QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DOS PAIS DE CADA
SESSÃO**

Sessão nº ____

Tema da Sessão

O que mais gostei nesta sessão

Que benefícios trouxe para mim e/ou para o meu bebé a minha participação na sessão

Sugestões para melhorar
