



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Grã-parentalidade e apoio ao aleitamento materno: vivências das avós de recém-nascidos pré-termo

Adriana Gonçalves Borges

Coimbra, Julho de 2012



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Grã-parentalidade e apoio ao aleitamento materno: vivências das avós de recém-nascidos pré-termo

Adriana Gonçalves Borges

Orientadora: Professora Doutora, Isabel Margarida M.M.D. Mendes,

Professora-Coordenadora, ESENC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Professora Doutora Isabel Margarida Mendes, orientadora desta dissertação, o meu mais profundo reconhecimento pelo apoio científico e humano, pelo incentivo inicial, pelo seu interesse e optimismo ao longo de todo este percurso.

Às avós, participantes nesta investigação, pela disponibilidade e confiança evidenciada na partilha de emoções e sentimentos de partes da sua história de vida, partilha essa fundamental para a concretização deste estudo.

Às suas filhas, noras e netos, os quais directa ou indirectamente cuidei e que me permitiram, ainda que por uma curta etapa integrar a sua vivência da maternidade e do nascimento.

À minha família pelo apoio inestimável, pela tolerância, pela ajuda constante e gratuita durante esta caminhada.

Aos Hospitais da Universidade de Coimbra E.P.E., hoje Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E., pela disponibilidade para a realização deste estudo.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

BPN – Baixo peso ao nascer

EBPN – Extremo baixo peso ao nascer

LM – Leite Materno

MBPN – Muito baixo peso ao nascer

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UE – Unidade de Enumeração

UR – Unidades de Registo

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

Enquadramento: A grã-parentalidade, constitui uma das etapas desenvolvimentais do adulto, em que, concretamente a mulher-avó, vivência uma adaptação/ajustamento a uma nova identidade e a novos papéis, de entre os quais, o apoio aos novos pais no seu próprio autocuidado, no desenvolvimento de competências e nos cuidados ao filho, incluindo na prática do aleitamento materno, apoio esse, que assume especial importância perante o nascimento pré-termo de um neto.

Objectivos: Este estudo teve como objectivo geral, conhecer as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao aleitamento materno dos netos.

Métodos: Para a compreensão deste fenómeno, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, recorrendo-se a uma amostra intencional, constituída por sete avós de recém-nascidos pré-termo, de acordo com os critérios de inclusão definidos. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas semi-estruturadas, após consentimento informado das participantes e da autorização da Comissão de Ética da Instituição que acolheu o estudo. Os dados foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, seguindo as orientações de Bardin (2007).

Resultados: Três categorias principais emergiram dos relatos das avós participantes, correspondentes ao impacto com a realidade da prematuridade do(a) neto(a), ao apoio ao AM da díade e ao facto de ser avó de uma criança prematura.

Conclusão: Considerar a mulher-avó, como parceira que cuida, desde a gravidez até ao apoio domiciliário após a alta hospitalar, promovendo o seu *emponderamento* e a transição saudável para a grã-parentalidade é um dos desafios da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Palavras-chave: Aleitamento materno; grã-parentalidade; recém-nascido pré-termo.

ABSTRACT

Background: The grand-parenting, is one of the adult developmental stages, in which mainly the woman-grandmother, living an adaptation / adjustment to a new identity and new roles, among which, the support for new parents in their own self-care, in the development of skills and in the care of the child, including the practice of breastfeeding, is of particular importance to the preterm birth of a grandson.

Objectives: The overall objective of this study was to know the experiences of the grandparents of newborn preterm infants in the transition to the grand-parenting and in the support to breastfeeding of their grandchildren.

Methods: In order to understand this phenomenon, it was developed an exploratory study, of qualitative nature, by using an intentional sample consisting of seven grandparents of pre-term newborn, according to defined inclusion criteria. The data was gathered through semi-structured interviews, after informed consent from participants and approval of the Ethics Committee of the Institution that welcomed the study. Afterwards, data were analyzed by using the technique of analysis of thematic and frequency content, following the guidelines of Bardin (2007).

Results: Three main categories emerged from the grandmother participants' reports, corresponding to the impact of the premature reality of the grandson, to the support to breastfeeding of the dyad and to the fact of being a grandmother of a premature baby.

Conclusion: To consider the woman-grandmother as a partnership in caring, from pregnancy to home care after hospital discharge, promoting their *empowerment* and healthy transition to the grand-parenting is one of the challenges of Maternal Health Nursing and Obstetrics.

Keywords: Breastfeeding; grand-parenting; pre-term newborn.

ÍNDICE DE ESQUEMAS

	Pág.
Esquema 1 - Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, relativo ao impacto com a realidade da prematuridade do(a) neto(a) -----	50
Esquema 2 – Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, respeitante ao apoio ao AM da díade -	62
Esquema 3 – Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, referente ao facto de ser avó de uma criança prematura -----	75
Esquema 4 – Representação esquemática global do fenómeno -----	96

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 - Resumo dos principais estudos desenvolvidos sobre o papel das avós na prática do aleitamento materno -----	33
QUADRO 2 – Caracterização das participantes -----	42
QUADRO 3 - Implicações/sugestões do estudo para a prática dos cuidados -----	102

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO -----	12
 PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO -----	16
1.1- CARACTERÍSTICAS SENSORIOMOTORAS E FUNCIONAIS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO -----	18
1.2- NECESSIDADES E CUIDADOS NUTRICIONAIS DO RECÉM- NASCIDO PRÉ-TERMO -----	20
1.3 – ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO -	22
 2 – PARENTALIDADE E GRÃ-PARENTALIDADE EM RECÉM- NASCIDOS PRÉ-TERMO E ALEITAMENTO MATERNO -----	27
2.1- TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE DE PAIS DE RECÉM- NASCIDO PRÉ-TERMO E ALEITAMENTO MATERNO -----	27
2.2 – TORNAR-SE AVÓ: TRANSIÇÃO PARA A GRÃ-PARENTALIDADE --	30
2.3- O PAPEL DAS AVÓS NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO --	31
 PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	
3 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO -----	39
3.1 - QUESTÕES DE PARTIDA -----	39
3.2 – OPÇÃO METODOLÓGICA -----	39
3.3 – OBJECTIVOS -----	40

3.4 – PARTICIPANTES NO ESTUDO -----	41
3.4.1 – Caracterização das participantes -----	42
3.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS -----	43
3.6 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS -----	44
3.7 – CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO -----	47
3.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS -----	47
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	49
4.1- IMPACTO COM A REALIDADE DA PREMATURIDADE DO(A) NETO(A) -----	49
4.1.1 – Sentimentos -----	50
4.1.2– Vínculos -----	59
4.1.3 – Expectativa da alta hospitalar -----	60
4.2 - APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DA DÍADE -----	61
4.2.1 – Experiencias relativas ao AM -----	63
4.2.2 – Importância atribuída ao AM -----	69
4.3 - SER AVÓ DE UMA CRIANÇA PREMATURA -----	74
4.3.1 – Sentimentos -----	75
4.3.2 – Apoio familiar/outro -----	79
4.3.3 – Aconselhamento -----	87
4.3.4 – Importância das avós e do cuidar -----	90

CONCLUSÃO----- 97

BIBLIOGRAFIA ----- 104

ANEXOS

ANEXO I – Guião de Entrevista

ANEXO II – Autorização deferida para a realização do estudo do Conselho de Administração, da Comissão de Ética e da Unidade de Inovação e Desenvolvimento dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICES

APÊNDICE I – Resumo da análise de conteúdo

INTRODUÇÃO

A promoção e o estabelecimento do aleitamento materno (AM) em recém-nascidos pré-termo constituem um desafio para as equipas prestadoras de cuidados e para os pais, concretamente, para a mãe. Sabendo que o leite da própria mãe é o ideal para fornecer uma nutrição adequada, assim como a melhor protecção contra doenças e infecções, diminuindo as taxas de morbilidade e de mortalidade infantil e neonatal, o nascimento pré-termo apresenta um conjunto único de obstáculos que dificultam o alcançar de uma nutrição perfeita a curto prazo, um crescimento e desenvolvimento físico/cognitivo ideal a longo prazo. Factores como: o correcto equilíbrio entre o fornecimento de nutrientes adequados, sem no entanto causar *stress* desnecessário ao recém-nascido prematuro; a morbilidade materna; factores socioeconómicos, educacionais e culturais dos pais; a idade gestacional, o peso e a morbilidade do recém-nascido (RN); obstáculos hospitalares (humanos e técnicos) e as próprias alterações emocionais maternas, inerente à situação de prematuridade que envolve muitas vezes um resultado incerto, influenciam o êxito deste comportamento de cuidados.

O apoio e uma gestão adequada no estabelecimento e na manutenção da lactação são essenciais para um resultado de sucesso, enquanto o RN ainda não apresenta uma adequada coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração, capazes de assegurar uma amamentação eficaz. Amamentar recém-nascidos pré-termo requer elevados níveis de compromisso de tempo e de energia por parte da mãe, bem como o apoio, o conhecimento e as práticas das equipas prestadoras de cuidados e, de modo muito especial, a ajuda e o suporte prestados pela família mais próxima (Serra e Scochi, 2004; Javorski *et al.*, 2004; Nascimento e Issler, 2004; Silva e Silva, 2009).

Especial papel de destaque é assumido pelas avós dos recém-nascidos que, ainda hoje prestam um importante apoio emocional, prático, social e cultural para esta prática, sustentado na sua experiência e vivência prévias como mães; no seu importante papel como cuidadoras informais e fonte principal de suporte/apoio da família ao longo do seu ciclo vital, concretamente nos acontecimentos de vida mais marcantes, como o nascimento e puerpério; na responsabilidade que assumem em repassar para a geração seguinte os conhecimentos acumulados ao longo dos anos e o cuidar na sua génese, no

qual se inclui o AM.

A mulher-avó, através do apoio e da transmissão dos seus conhecimentos, sentimentos, crenças, atitudes e valores associados ao AM, influencia de forma muito significativa esta prática, quer positiva, quer negativamente, ao longo do seu estabelecimento e manutenção, conforme demonstram os diversos estudos (Primo e Caetano, 1999; Susin, Giugliani e Kummer, 2005; Sharma e Kanani, 2006; Teixeira *et al.*, 2006; Grassley e Eschiti, 2008; Zanin e Schacker, 2010; Teixeira, Nitschke e Silva, 2011).

Porém, este importante papel de apoio/ajuda aos pais e concretamente às filhas e noras, no cuidado aos seus filhos, cruza-se com uma nova etapa de transição no seu próprio desenvolvimento - o ser avó, acontecimento que implica também crise e mudança pessoal nas definições, reflexões, modificações e desempenho de papéis. Especificamente, perante um nascimento pré-termo do(a) neto(a), a avó, à semelhança da restante rede familiar, sofre o impacto da criança real não idealizada, com todos os sentimentos e vivências que acarreta e tenta adaptar-se a essa nova realidade. Paralelamente, ela desempenha um precioso papel de suporte afectivo aos pais, e mais precisamente à mãe, ajudando-os a reelaborarem e a reestruturarem a realidade de um filho prematuro, processo muitas vezes dificultado pela separação física imposta pelo internamento do(a) neto(a) na Unidade de Cuidados Intensivos, pelas rotinas hospitalares, pela distância geográfica com os pais, pela especificidade e pelo próprio intensivismo dos cuidados que a criança necessita.

Por todas estas considerações, pela escassez de estudos neste domínio, pelo contacto diário com a realidade do nascimento pré-termo e pela experiência profissional na prestação de cuidados a estas famílias, como Enfermeira de um Serviço de Puerpério de uma Maternidade Central, surgiu o desafio de estudar este fenómeno e estas participantes, no sentido de fazer emergir mais conhecimento, contribuindo para a crescente melhoria da qualidade dos cuidados na área da Saúde Materna, através da sistematização de algumas intervenções/implicações que contribuam para o desenvolvimento das potencialidades das mulheres-avós como cuidadoras das filhas, noras e dos netos em situação de prematuridade.

Tendo por base a questão de partida “Quais as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao aleitamento materno dos

netos?”, e no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, segundo as orientações de Bardin (2007). O objectivo geral deste estudo que pretendeu conhecer as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao aleitamento materno dos netos foi o mote para os seguintes objectivos específicos:

- Descrever o significado pessoal do processo de transição para a grã-parentalidade, das avós de netos pré-termo;
- Descrever os sentimentos/dificuldades vividos pelas avós no apoio ao aleitamento materno dos netos, ao longo do internamento e após a alta hospitalar.

Partindo desta base, o presente estudo encontra-se estruturado em três partes: a primeira parte corresponde ao enquadramento contextual, com revisão da literatura relevante dos aspectos principais do fenómeno, concretamente, no que concerne às características sensoriomotoras e funcionais do recém-nascido pré-termo (RNPT), à prática do AM dos mesmos, com as vantagens e dificuldades que implica e ao papel fundamental das avós no apoio a esta prática, elas próprias também a vivenciarem uma experiência de transição e de ajustamento à grã-parentalidade. A segunda parte, diz respeito ao estudo empírico e inclui os pressupostos metodológicos desta investigação, que serviram de suporte ao estudo, descrita e explicitada. Na terceira parte, são apresentados os resultados que advieram das entrevistas realizadas, tendo por base o método de análise utilizado, paralelamente com a discussão e a síntese das áreas temáticas emergentes, representativas dos significados e das vivências das avós estudadas e que permitiram compreender o fenómeno em análise.

Na conclusão são realçados os aspectos mais relevantes que resultaram deste estudo, as suas principais implicações para a prática de cuidados e as limitações encontradas ao longo do seu desenvolvimento. São ainda apontadas sugestões consideradas importantes e pertinentes para estudos futuros nesta área, assim como alguns desafios a seguir, rumo a intervenções futuras, que promovam de forma crescente o sucesso do AM nestes recém-nascidos, bem como a saúde dos restantes membros da família, factor essencial para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança nascida prematuramente.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Até 1961, a OMS (Organização Mundial da Saúde), definia como prematuro⁽¹⁾ todo o RN vivo com peso inferior a 2.500gr. A partir desse ano, o conceito de prematuridade passou a basear-se nas semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual e em concordância com a ecografia realizada até às 12 semanas (Bittar, Pereira e Liao, 2008), considerando-se prematuro, todo o RN com mais de 20/22 semanas completas e com menos de 37 semanas de gestação, independentemente do peso ao nascer. Dentro desta nomenclatura (Lumley, 2003), os recém-nascidos podem ser: prematuros extremos (20 a 27 semanas); prematuros moderados (28 a 31 semanas) e prematuros leves (32 a 36 semanas).

Outro parâmetro fundamental no RNPT é o peso ao nascer, adotando-se, actualmente, como método correcto a classificação baseada em ambos os critérios (idade gestacional e peso) e não apenas num, isoladamente (Alden, 2008; Tamez e Silva, 2009). Neste âmbito, surgem os conceitos de: BPN (baixo peso ao nascer), para recém-nascidos com peso igual ou inferior a 2500 gramas, independentemente da idade gestacional; MBPN (muito baixo peso ao nascer), para recém-nascidos com peso inferior a 1500gr; e EBPN (extremo baixo peso ao nascer), para recém-nascidos cujo peso é inferior a 1000gr (Perry, 2006).

Os avanços tecnológicos e uma adequada rede de cuidados materno-infantis têm permitido aumentar a taxa de sobrevivência destes recém-nascidos; no entanto, o nascimento pré-termo continua a ser a principal causa de morte peri e neonatal, nas sociedades ocidentais. Relativamente ao limite inferior, a OMS considera que antes das 22 semanas a sobrevivência destes recém-nascidos é escassa ou nula, traduzindo-se numa taxa de mortalidade de 100%. A partir das 24 semanas, a taxa de sobrevivência neonatal é de cerca 50%, atingindo os 97% após as 32 semanas, em Centros com Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Salienta-se que os vários autores são unânimes em considerar as 32 semanas de gestação como o limite a partir do qual, as

⁽¹⁾ Os termos: RN prematuro, RN pré-termo, filho prematuro, criança prematura, têm igual significado e a sua referência ao longo do estudo foi adequada à revisão da literatura e ao contexto do discurso das participantes.

taxas de mortalidade e de morbilidade a curto, médio e a longo prazo, diminuem significativamente (Graça, 2005; Bittar, Pereira e Liao, 2008; Tamez e Silva, 2009).

Dados mundiais da OMS (2010), referem que nascem por ano cerca de 20 milhões de recém-nascidos pré-termo com BPN, constituindo uma das principais causas de morte até ao ano de vida. Em Portugal Continental, e segundo o Alto Comissariado da Saúde (2010), a taxa de nascimentos pré-termo entre 2001 e 2009, sofreu um aumento relativo de 5,7 em 2001 por 100 nados vivos, para 8,8 em 2009, afastando-se consideravelmente da meta estabelecida para 2010 (4,9 nados vivos pré-termo por 100 nados vivos). No período compreendido entre 2004-2009, o valor mais elevado registou-se em 2007 (9,1 por 100 nados vivos), tendo diminuído ligeiramente a partir desse ano. Por regiões do país, a taxa registada em 2009 foi superior à do ano de 2004 em todas elas, destacando-se as Regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, que apresentaram os valores regionais mais elevados em 2009 (8,9 nados vivos pré-termo por 100 nados vivos). O aumento populacional, o número de imigrantes e mais recentemente os focos de pobreza crescente nestas regiões do país, podem ser a explicação para estes dados, já que a incidência de nascimentos pré-termo afecta preferencialmente os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, pela carência ou mesmo ausência de cuidados pré-natais.

Graça (2005) refere que, no total de nascimentos pré-termo, cerca de 50% ocorrem após o início do trabalho de parto espontâneo, sendo a sua etiologia desconhecida, enquanto os restantes estão relacionados com rotura espontânea de membranas pré-termo ou por decisões clínicas devido a situações patológicas maternas e/ou fetais. Entre os principais factores de risco para a ocorrência destes nascimentos incluem-se: a infecção materna; a hipertensão arterial; a pré-eclâmpsia e o síndrome de HELLP; a gravidez gemelar; a idade materna avançada; a má nutrição materna e a diabetes; o uso abusivo de álcool, drogas ou tabaco; as anomalias uterinas, da placenta e do cordão; as patologias do feto, entre outras (Graça, 2005; Perry, 2006; Ricci, 2008).

Embora o conhecimento actual e os cuidados neonatais permitam a sobrevivência destes recém-nascidos com idades gestacionais cada vez mais precoces, o nascimento pré-termo tem forte impacto na família; na economia global, devido aos custos económicos e, principalmente, na própria criança que, pela sua imaturidade orgânica tem grandes dificuldades em se adaptar ao ambiente extra-uterino, o que a torna muito susceptível ao

desenvolvimento de complicações e sequelas durante a infância e até na idade adulta. Estas complicações aumentam quanto menor for o peso e a idade gestacional ao nascer, daí que o conhecimento geral das características e das competências destes recém-nascidos, descritas de seguida, ajudem no planeamento e na implementação de intervenções/cuidados adequados à especificidade de cada um.

1.1 – CARACTERÍSTICAS SENSORIOMOTORAS E FUNCIONAIS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

No período compreendido entre a 24^a e a 44^a semanas após a fecundação, assiste-se a um pico máximo de crescimento e desenvolvimento dos diversos órgãos e sistemas humanos irrepitível em qualquer outro período do ciclo da vida (Braga e Figueira, 2004). No RNPT, esta fase de crescimento ocorre muitas vezes já em meio extra-uterino, o que implica uma cuidada atenção devido às suas particularidades anatómicas e funcionais, que influem a sobrevivência e qualidade de vida futuras. Embora o padrão de crescimento fetal não seja exactamente igual (factores como a hereditariedade ou doenças maternas influenciam significativamente), de um modo geral, os recém-nascidos pré-termo são pequenos, magros e normalmente, com peso inferior a 2500gr, hipotónicos, com a cabeça desproporcionalmente maior do que a circunferência do toráx, gordura subcutânea mínima e verniz caseoso abundante, pele transparente, fina e com vasos visíveis, ossos cranianos moles e esponjosos, com ausência ou diminuição de pregas palmares e plantares (Param, 1995; Ricci, 2008).

No domínio das capacidades sensoriais, Perry (2008), refere que às 24 semanas o feto já reage ao som, sendo particularmente sensível à voz da mãe; às 28 semanas, a retina fica completa e as pupilas capazes de reagir à luz. Os receptores do paladar desenvolvem-se entre as 28 e as 30 semanas (RNPT sugam com vigor perante o doce e fazem caretas quando recebem algo azedo/salgado/ácido) e entre a 6^a/8^a semana, se a mão ou o pé tocam acidentalmente no útero materno, os dedos curvam-se. Klaus e Klaus (2001), referem em relação ao tacto, que ecograficamente, entre a 14^a e a 36^a semana, as mãos do feto estão frequentemente perto do rosto e às 24 semanas, chupam o polegar. Por seu lado, o olfacto permite ao RN reconhecer o cheiro da mãe, logo após o nascimento.

Ainda segundo Barros (2006), estes recém-nascidos apresentam menor activação, com períodos curtos e menos frequentes de mobilidade e de estados de alerta; reactividade menos previsível e baseada em sinais comportamentais menos compreensíveis pelo cuidador; maior dificuldade em fixar o olhar, o que dificulta o contacto visual; menor vocalização e padrão de choro aversivo, competências que no seu conjunto podem dificultar, inicialmente, a qualidade da interacção com os pais.

Um dado importante a ter em conta é que, a idade de um RNPT deve ser corrigida pela adição da idade gestacional à idade pós-natal e até aos 2 anos e meio, sensivelmente, as etapas de desenvolvimento e crescimento são corrigidas para a idade gestacional (Perry, 2008), ou seja, numa criança nascida às 32 semanas de gestação, 4 meses após o nascimento o seu desenvolvimento motor e sensitivo será semelhante ao de uma criança de 2 meses.

Dentro da imaturidade orgânica dos vários sistemas/órgãos, o funcionamento do sistema nervoso central e a capacidade de oxigenação dos pulmões são as principais funções limitadoras à sobrevivência extra-uterina. Porém, as maiores dificuldades na transição do padrão circulatório fetal para o padrão circulatório neonatal: a instabilidade da temperatura corporal, a imaturidade da função renal e do sistema imunológico, o catabolismo e a perda excessiva de fluidos, em conjunto, comprometem a manutenção da homeostase destes recém-nascidos.

Relativamente às singularidades fisiológicas que dificultam um aporte nutricional adequado, o RNPT tem: imaturidade dos músculos abdominais e da parede intestinal, capacidade gástrica reduzida e esvaziamento gástrico retardado; reflexo do vômito pouco desenvolvido antes da 36 semana de gestação, coordenação dos reflexos de sucção/deglutição/respiração só em torno da 32^a – 34^a semana com sincronismo a partir da 36^a-37^a semana, o que aumenta o risco de aspiração antes desse período; padrão de sucção/deglutição lento, ineficaz e cansativo; secreção ácida gástrica deficiente nas primeiras semanas; válvula íleocecal incompetente, aumentando o risco de proliferação bacteriana; tônus do cárdia diminuído, com risco de regurgitação dos alimentos e risco de aspiração; motilidade intestinal e reflexo esfinteriano do recto diminuído, o que favorece a distensão abdominal e a obstipação; baixas reservas de energia, minerais e vitaminas; perda proteica e calórica através das fezes; função renal limitada, o que aumenta a intolerância a sobrecargas hídricas, proteicas e eletrólíticas; imaturidade

enzimática, com diminuição da lactase (necessária para a digestão do leite), dos sais biliares (necessários para a digestão das gorduras), da lipase pancreática e do hormônio gastrointestinal, importante na digestão dos nutrientes, no controle das secreções pancreáticas, na função hepática, no desenvolvimento e maturação da mucosa do trato gastrointestinal, fundamentais ao equilíbrio hidroeletrolítico do RN (Braga e Figueira, 2004; Tamez e Silva, 2009).

Ainda segundo os mesmos autores, nestes recém-nascidos a alimentação oral está, muitas vezes, comprometida ou impossibilitada de ser realizada pela: diminuição do tônus muscular e oromotor; ausência de flexão que promove a estabilidade no reflexo de sucção; tendência em posicionar a língua no palato superior, dificultando o mecanismo de sucção; aversão à estimulação oral devido aos procedimentos prévios capazes de gerar desconforto (aspiração, entubação); falta de estabilidade da mandíbula inferior, fundamental no mecanismo de sucção. Perante estas dificuldades, a alimentação é feita, frequentemente, por via parenteral, enteral ou ainda, por combinação das duas, até que o RN adquira competências para um padrão alimentar oral.

1.2 – NECESSIDADES E CUIDADOS NUTRICIONAIS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Apesar da imaturidade dos diversos órgãos/sistemas, o aporte nutricional no RNPT deve iniciar-se o mais precocemente possível, tendo em conta as características referidas anteriormente, prevenindo deste modo, a má-nutrição com todas as suas consequências.

Nestes recém-nascidos, a promoção e manutenção das necessidades nutricionais têm como principais objectivos manter as funções vitais dos diversos órgãos/sistemas, evitando a sobrecarga e reduzindo o catabolismo, bem como atingir uma taxa de crescimento/desenvolvimento físico e neurológico semelhante ao alcançável in-útero. Perante um nascimento pré-termo, o crescimento final e o armazenamento de cálcio, fósforo, gordura, vitaminas e oligoelementos característicos do último trimestre da gravidez é interrompido, podendo vir a causar lesões transitórias ou permanentes. Como tal, têm uma necessidade especial de nutrientes, onde se inclui uma exigência calórica

entre os 120-130 Kcal/Kg/dia, com um peso alvo próximo dos 15gr/dia; lípidos; proteínas; carboidratos; oligoelementos; vitaminas; sais minerais e água.

A quantidade, a forma de satisfação destas necessidades e a decisão quanto ao momento de início dependem do peso, da idade gestacional, da estabilidade clínica e metabólica de cada RN. Braga e Figueira (2004), referem que o início da dieta para recém-nascidos com peso superior a 1.500gr ou com 32 semanas de gestação, sem sinais de descompensação clínica, deve acontecer o mais precocemente possível, idealmente no primeiro dia de vida e, para recém-nascidos com peso inferior a 1.500gr, inicia-se logo que possível (segundo ou terceiro dia), em conjunto com o suporte nutricional parenteral, uma nutrição enteral mínima (dieta trófica com leite materno). Este tipo de nutrição deve ser manipulada não como alimentação, mas como estímulo trófico para o intestino, reduzindo deste modo as taxas de enterocolite necrosante e a intolerância alimentar, características destes recém-nascidos (Lucas *et al.*, *apud* Almeida, 2005).

Para recém-nascidos com mais de 34 semanas e com os reflexos de sucção/deglutição/respiração estabelecidos e sincronizados, deve iniciar-se alimentação oral à mama preferencialmente, ou quando não for possível, leite materno por copo ou por tetina. Em recém-nascidos com menos de 34 semanas ou sem condições clínicas para fazer sucção e/ou nos quais ainda não se estabeleceram os reflexos, a alimentação deve ser administrada por gavagem (sonda naso/orogástrica e transpilórica/jejuno). Neste método de alimentação, privilegia-se a gavagem intermitente à contínua, por estar mais próxima do ciclo de jejum/alimentação do RN normal e estimular de forma mais eficaz o funcionamento do sistema biliar, prevenindo, desta forma, situações de colestase (Braga e Figueira, 2004). O leite deve ser administrado por gravidade e nunca injectado, sendo o intervalo e o volume administrado ajustados às características de cada RN. Em qualquer das situações, é dado especial destaque ao leite materno, pelas suas propriedades, mesmo nas situações com necessidade de adição de suplementos ou fortificantes do leite humano, como é o caso dos RNPT com peso inferior a 1.500gr.

Com o estabilizar das condições clínicas, o aumento da tolerância, a maturidade e a coordenação dos reflexos e a progressiva reorganização dos estados de vigília em função dos ciclos de sono/fome, progride-se na alimentação do RN, de passiva (parenteral ou enteral) para activa (mama, tetina ou copo). Esta transição deve ser feita

de forma cautelosa e fraccionada, garantindo um aporte nutricional adequado nas diversas etapas, tendo em vista a nutrição ideal – o AM exclusivo.

E porque nesta área de prestação de cuidados, o significado de nutrir vai para além do fornecimento de nutrientes, a promoção do vínculo mãe-RN deve acontecer em todas as etapas referidas anteriormente. Xavier *apud* Delgado e Halpern (2005), refere que a alimentação, para além de fornecer nutrientes necessários ao crescimento, é também um processo biopsicosocial complexo, que inclui estados de alerta, cognição, desenvolvimento motor, maturação neurofisiológica e interação mãe-filho, organizando as primeiras relações. Paralelamente, Barros (2006, p.245), afirma que a estimulação e a interação com os pais “são preditores mais específicos do desenvolvimento do que a condição orgânica ou neurológica no período neonatal”, podendo uma estimulação adequada contrariar as consequências de perturbações neurológicas precoces.

Apesar de os primeiros dias/semanas do RNPT acontecerem muitas vezes em condições ambientais adversas, a esta interação positiva, devem ser promovidos e desenvolvidos cuidados para que tal aconteça. A presença e participação dos pais, nomeadamente da mãe, tem uma importância vital no âmbito dos cuidados nutricionais e no processo de transição alimentar. Neste domínio, destaca-se a prática do método Mãe – Canguru, promotor entre outros, do vínculo e apego mãe/RNPT, do desenvolvimento neuromotor e do aperfeiçoamento das funções primárias do prematuro, da estimulação tátil e auditiva, da autoestima e das competências maternas, do estabelecimento da lactação, da prevalência e duração do AM (Scochi *et al.*, 2003; Toma, 2005; Guimarães e Monticelli, 2007).

1.3 – ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

O AM, dos mais antigos comportamentos da história da humanidade, tem sido um dos principais responsáveis pela sobrevivência e pela continuidade da espécie humana, em constante adaptação. Segundo o Royal College of Midwives (2007), o homem conseguiu assegurar a sua existência durante milhões de anos sem qualquer substituto do LM (leite materno), o que traduz a sua importância. Também a OMS (2009), o

identifica como vital, referindo que, a lactação e o AM, fazem parte do processo reprodutivo de todos os mamíferos, reduzindo significativamente os perigos que ameaçam o RN na sua passagem e adaptação à vida extra-uterina. Actualmente, é também considerado um dos principais pilares da promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo, impedindo o aumento das taxas de mortalidade infantil e morbidade na criança e no adulto. Traduz-se também em benefícios económicos, higiénicos, imunológicos, cognitivos, psicossociais e de prevenção de doenças maternas.

Eleito como o melhor alimento para o início da vida, o LM é muito mais do que uma simples colecção de nutrientes, constituindo uma substância viva de grande complexidade biológica, activamente protectora e imunomoduladora, com componentes anti-inflamatórias, adequadas às necessidades nutritivas e de crescimento, com efeitos benéficos fundamentais ao desenvolvimento geral da criança a curto, médio e a longo prazo.

Também para o RNPT, o LM é fundamental, representando um importante factor imunológico, digestivo, no desenvolvimento neurológico e neurocomportamental (Almeida, 2005). Variando de acordo com a idade gestacional, o estágio da lactação e ao longo das 24 horas do dia, a composição do LM contém valores nutricionais ajustados às necessidades do RN, consoante o parto foi de termo ou pré-termo. Particularmente durante as primeiras duas semanas, o LM pré-termo apresenta menores quantidades de lactose, maior concentração de proteínas, ácidos graxos de cadeia média, sódio, cálcio, vitaminas A, D, e E, lípidos e uma concentração diferente de agentes anti-infecciosos, ajustados às necessidades específicas do RNPT. Estas diferenças mantêm-se sensivelmente até ao primeiro mês de lactação, altura em que o LM pré-termo assemelhar-se-á, na fórmula bioactiva, ao LM de termo (Serra e Scochi, 2004; Schanler, 2007; Auler e Delpino, 2008).

Para recém-nascidos com BPN, o LM favorece a maturação da retina através da sua composição única em ácidos graxos ómega 3, prevenindo a incidência da retinopatia da prematuridade (Hoffman, 2000). Diminui o risco de enteroclise necrosante (Oliveira e Miyoshi, 2005); protege de alergias, principalmente de eczema; estimula a maturação intestinal; tem maior concentração de agentes antimicrobianos/antivíricos, reforçando o sistema imunitário e reduzindo a incidência de infecções; proporciona um melhor

crescimento e melhor estabilidade fisiológica (temperatura corporal, função respiratória, cardiovascular e renal); melhora o desempenho neuro-cognitivo e motor e reduz a incidência de reinternamentos nestes recém-nascidos (Bier, 2002; Nascimento e Issler, 2004; Calvano, 2005; Almeida, 2005; Alden, 2008). Além de todas estas propriedades, o AM tem benefícios psicológicos para o binómio mãe-filho, contribuindo fortemente para o desenvolvimento do elo afectivo entre ambos. Mesmo RNPT que não estejam com AM exclusivo, conseguem obter todos estes benefícios.

Apesar das características únicas destes recém-nascidos, o objectivo final em relação ao AM é igual ao preconizado para recém-nascidos de termo, ou seja, a criação de condições que permitam às mães, famílias e pessoas responsáveis pela prestação de cuidados, tomarem decisões informadas acerca de uma alimentação óptima, definida como o AM exclusivo até aos seis meses de idade com posterior introdução de outros alimentos complementares seguros e adequados, continuando o AM até aos dois anos de idade ou mais (WHO, 2008). Neste contexto, importa referir que, em relação à definição de AM exclusivo, a OMS descreveu em 1991, como sendo o fornecimento unicamente de leite humano (da mãe ou de outra pessoa), através da sucção directa ou extraído, e nenhum outro tipo de líquido ou sólido, excepto suplementos vitamínicos ou fármacos. Por AM predominante, entende-se quando a criança recebe LM como fonte principal da alimentação, directamente da mama ou extraído dela, embora possa receber água, soluções aquosas (água adocicada, infusões, chás, sumos de fruta), soluções de rehidratação oral, suplementos vitamínicos, minerais, medicamentos e fluidos de forma continuada (em quantidades limitadas), com excepção de leite de fórmula. Quando a criança recebe LM e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano, entende-se que está a fazer AM complementado (OMS, 1991).

Tendo em conta as diversas etapas de progressão na alimentação do RNPT, já referidas anteriormente, a promoção e manutenção do AM nestes recém-nascidos, visa iniciar/manter a lactação da mãe e estabelecer progressivamente, se possível, o AM exclusivo. Estes constituem grandes desafios, dificultados pela separação física mãe/RN, pela ansiedade e *stress* maternos, pela hipogaláctia, pela insegurança materna sobre a qualidade do leite, pelo comportamento alimentar imaturo do RN e pelas rotinas hospitalares. O apoio à mãe torna-se fundamental, quer no incentivo, quer na própria

prestação de cuidados em si. Neste domínio, Almeida (2005), Tamez e Silva (2009), apontam como principais intervenções de Enfermagem:

- Existirem equipas treinadas e preparadas em AM, nas quais cada profissional envolvido deve estar treinado no apoio/ajuda à mãe que decide amamentar ou extrair leite;
- Estabelecerem-se rotinas e procedimentos que promovam e apoiem o AM, visando a consistência nas informações fornecidas, em todos os níveis profissionais que tenham contacto directo com o binómio mãe-filho;
- Orientar as mães que não têm condições de amamentar os filhos para que iniciem a extracção de leite (manual/extracção mecânica ou eléctrica) de modo a iniciar a estimulação da lactação nas primeiras 6-8 horas pós-parto, promovendo deste modo a secreção de prolactina, hormona fundamental para o estabelecimento do fornecimento de LM;
- Encorajar e orientar à extracção em intervalos regulares, pelo menos 6 a 8 vezes/24 horas, com intervalos não superiores a 6 horas, mesmo no período nocturno;
- Iniciar o LM por gavagem logo que o RN esteja estabilizado, já que o seu uso estimula o esforço materno em prover leite para o filho e transmite a sensação de que está a colaborar activamente no seu restabelecimento;
- Facilitar o contacto pele-a-pele sempre que possível, pois aumenta o vínculo afectivo, promove um aumento significativo do volume de leite produzido, aumenta a incidência e o sucesso do AM;
- Oferecer/promover, tão precocemente quanto possível, a oportunidade para amamentar directamente (mesmo que se mantenha a necessidade de suplementar a mamada com LM), o que aumenta as hipóteses de sucesso de todo o processo;
- Avaliar regularmente a quantidade de leite que mãe está a produzir, manter o diálogo e a ajuda, discutir problemas que interfiram com a produção de leite e sugerir possíveis intervenções antes do aparecimento de problemas;
- Iniciar a sucção não nutritiva a partir da 32ª semana, sensivelmente, orientando as mães para retirar o leite e após esvaziar a mama, colocar o RN à mama vazia para estimular a produção de leite, pega correcta e a sucção, preparando-o para a sucção nutritiva e para a manutenção das funções fisiológicas estáveis durante o processo;

- Fornecer informação escrita à mãe sobre a extracção e o armazenamento de leite, seguir as orientações apropriadas, visando diminuir o risco de contaminação e de destruição das propriedades do LM.

2 – PARENTALIDADE E GRÃ-PARENTALIDADE EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E ALEITAMENTO MATERNO

Este capítulo aborda a transição para a parentalidade na perspectiva dos pais de recém-nascidos pré-termo, evidenciando simultaneamente a sua importância como elementos vitais para o desenvolvimento e crescimento, que se esperam saudáveis, da criança nascida prematuramente. Salienta-se neste contexto a prática do aleitamento materno. Aborda-se ainda, a transição para a grã-parentalidade na vertente das avós e o seu papel de apoio/ajuda a este comportamento de cuidados.

2.1- TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E ALEITAMENTO MATERNO

Os pais do RNPT desempenham um papel fundamental durante o internamento, quer nos cuidados, quer no relacionamento e recuperação do filho. Porém, o nascimento pré-termo apresenta-se como um acontecimento de crise grave para os pais, mais precisamente para a mãe, normalmente associada a reacções emocionais intensas, caracterizadas por ansiedade, medo da perda, confusão, labilidade emocional, alterações do padrão alimentar e do sono, menor tolerância às frustrações, sentimentos de desespero, de auto-desvalorização e de culpa. Um filho que nasce antes do tempo esperado, não corresponde às expectativas dos pais, que deverão realizar além do luto pelo filho imaginário, o luto do bebé pré-termo real, que corre em muitos casos, risco de vida (Wirth *apud* Delgado e Halpern, 2005).

Colman e Colman (1994), referem que nas situações de nascimentos pré-termo, a tarefa de aceitar o RN como pessoa separada, torna-se extremamente difícil para os pais, que têm de aceitar a realidade da criança a que deram a vida e desistir da fantasia da criança que esperavam. Para Marcos (2004), este processo desenrola-se em quatro fases conducentes ao assumir da nova situação e à aceitação definitiva: fase de entorpecimento, fase de nostalgia e de procura da causa, fase de desorganização, fase de reorganização e de aceitação da perda como irrevogável. Porém este processo, difícil de ser realizado, pode prolongar no tempo sentimentos negativos, condicionando o

estabelecimento da interação e o crescimento de uma vinculação positiva, o desenvolvimento de competências parentais e a própria participação nos cuidados ao filho.

Comparativamente aos pais de recém-nascidos de termo, os pais de recém-nascidos pré-termo apresentam diferenças na iniciativa e na interação com o filho. As mães, privadas que foram do contacto com o filho durante o período materno sensitivo (Maldonado, 1991), tendem a ser menos interactivas do que as de recém-nascidos saudáveis e algumas podem mesmo mostrar-se apáticas e desinteressadas. Utilizam iniciativas de comunicação pouco sincronizadas com os sinais emitidos pelo filho, no entanto, quando interagem com o RN, fazem-no de forma mais activa e tomam mais iniciativas para provocar reacções na criança. Estas mães, precisam de estabelecer com o filho uma ligação afectiva que é diferente da idealizada. Para as menos preparadas, com menor apoio ou com maior perturbação emocional, o esforço de se adaptar a um RN frágil e diferente, pode ser suficiente para originar perturbações graves da interação, afectando quer o desenvolvimento do próprio RNPT, quer as tarefas desenvolvimentais parentais.

O nascimento prematuro de um filho provoca, assim, profundas alterações na dinâmica familiar. Mas, para os pais, o período de hospitalização da criança é o tempo crucial de ensaio de novas significações, de “construções” sobre o filho e sobre os seus novos papéis, de redefinição e de recuperação da relação entre ambos (Barros, 2006). Este papel, valioso e insubstituível, espelha-se no reconhecimento de que mãe e pai oferecerem elementos vitais nos cuidados ao filho, nos quais se inclui o AM.

Através do AM, as mães de RNPT sentem que estão a participar activamente na recuperação do filho, colaborando para o seu desenvolvimento, restabelecimento saudável e crescimento. Paralelamente, este cuidado único permite suavizar o impacto do nascimento precoce tornando a experiência mais tolerável, alivia o *stress* parental, fortalece o vínculo afectivo mãe-filho, contribui para a construção de novas significações e estratégias ajustadas à realidade de um filho prematuro, facilita o estabelecimento dos sentimentos de competência e de sensibilidade maternas (Scochi *et al.*, 2003; Nascimento e Issler, 2004; Alfaya e Schermann, 2005; Baldiniv e Krebs, 2011).

Porém, o AM de uma criança pré-termo pode ser percebido como uma prática difícil e desgastante. Mesmo desejando amamentar, as condições físicas e emocionais que envolvem um nascimento pré-termo dificultam o início e a manutenção de uma lactação adequada. Javorski *et al.*, (2004), referem que incentivar o AM em mães de prematuros que vivenciam muitas vezes a iminência do fracasso, requer uma abordagem que considere os aspectos multifactoriais desta prática, entre os quais se destacam os factores socioculturais, familiares e pessoais da vivência materna.

Além da rede formal de apoio (equipa de saúde), a mãe necessita do apoio e suporte familiar (Gaíva e Scochi, 2005; Buarque *et al.*, 2006; Júnior e Martinez, 2007). A família desempenha um papel de forte influência no AM de RNPT, devendo ser encarada pelos profissionais de saúde como parte integrante e fundamental na tomada de decisão consciente e informada, no suporte à díade mãe/filho e no desenvolvimento de estratégias únicas de apoio instrumental e emocional. Especial destaque é dado ao apoio intergeracional prestado pelas avós dos recém-nascidos, quer durante o internamento, quer após a alta hospitalar.

As avós, cuidadoras significativas no âmbito familiar, participam nos cuidados às filhas, noras e netos na fase puerperal e durante o período de AM, constituindo uma das grandes figuras de apoio materno. Partilham conhecimentos baseados na experiência, constituindo um modelo de desempenho, transmitem segurança às mães, e simultaneamente, tentam minimizar nas filhas o impacto do nascimento pré-termo. Delgado e Halpern (2004), referem que estes cuidados prestados pelas avós parecem ter impacto no equilíbrio emocional das mães, aumentando, por sua vez, o grau de atenção e de cuidados que conseguem oferecer ao filho prematuro. Esta rede de apoio, prestado sob a forma de “maternagem ampliada” (Braga *et al.*, *apud* Andreani, Custódio e Crepaldi, 2006), torna-se fundamental em situações de crise, como é o caso do nascimento pré-termo. Contribui para consolidar a interacção familiar (desde que prestado de forma voluntária e não geradora de triangulação perversa); serve de modelo de papéis; facilita o desenvolvimento dos laços afectivos mãe/RN e o reconhecimento por parte dos pais da subjectividade do RNPT; ajuda a redimensionar as competências maternas; aumenta a auto-estima e autoconfiança individuais e pode aliviar temporariamente o sub-sistema parental de algumas das suas responsabilidades, minimizando a exaustão própria deste acontecimento.

2.2 - TORNAR-SE AVÓ: TRANSIÇÃO PARA GRÃ-PARENTALIDADE

O apoio desempenhado pelas avós, no assumir de muitas tarefas/competências de mãe-avó, torna-se fundamental na ajuda aos pais, quer para o seu próprio autocuidado, quer para os cuidados ao filho e acontece paralelamente a uma nova etapa na vida destas mulheres – a grã-parentalidade, conceito abrangente e multidimensional, que segundo Coimbra de Matos *apud* Cunha e Mena (2010), se refere a todo o universo existente entre avós e netos e que se inicia ainda durante a gravidez, etapa que assinala um período de transição no ciclo de vida da família, com transformações das relações familiares. Para os futuros avós representa uma subida na escala geracional, podendo representar uma evidência do seu envelhecimento e simultaneamente, o activar da sua própria experiência enquanto pais. Concretamente nas mulheres, reacende memórias da juventude, do parto, dos cuidados e das primeiras interações com os filhos, das experiências de AM, vivências, que após o nascimento, facilitam o enquadramento do RN (neto) como elemento integrante da família. Corbett (2008 p.253), refere que “estes comportamentos permitem estabelecer laços, garantir a continuidade entre o passado e o presente para os pais e avós e provocar-lhes satisfação”.

Individualmente, a transição para o papel de avó, remete para uma mudança significativa nos papéis desempenhados social e familiarmente, resultante do nascimento do neto, de renovadas experiências e conhecimentos, susceptíveis de alterar comportamentos e conseqüentemente mudar a definição de si no contexto social (Meleis *apud* Abreu, 2011). Por vezes complexa e de difícil adaptação, esta vivência cruza-se com outras transições próprias da meia-idade, como a reforma e/ou o prolongar da idade activa para o trabalho, a menopausa, a doença crónica, a distância geográfica com os filhos, a dependência, a velhice e a morte dos seus próprios pais, tornando-a ainda mais complexa.

Em contexto familiar, esta transição transforma as relações entre os dois sub-sistemas (sistema conjugal/parental – sistema dos avós). Os avós têm que lidar muitas vezes com novas práticas, novas atitudes, novas formas de cuidar e de educar, com modelos de papéis que podem não ser exactamente iguais aos adoptados por si. Para Manning (2008), a forma como os avós aceitam e compreendem as práticas e os modelos actuais, pode influenciar a forma como os filhos adultos percebem o seu apoio. O grau de envolvimento e de participação nos cuidados ao RN depende, entre outros factores, da

proximidade entre as duas famílias, do desejo de se envolver, das expectativas étnicas e culturais face ao papel de avós. A avó materna, figura central deste apoio, pode ter em muitos casos, grandes expectativas em relação a si própria, tornando-se muito auto-crítica, mas também emocionalmente mais próximas dos netos e elemento principal (entre o sistema dos avós) de filiação.

No momento em que os seus filhos se tornam pais, as avós precisam de redefinir a nova posição que irão ocupar entre as gerações, remodelando a representação do (a) seu (a) filho/a e desenvolvendo novos vínculos com o neto, vínculos esses que podem levar a mulher a experienciar uma nova forma de ser mãe novamente, mas sem as responsabilidades que tinha quando foi mãe. Para Colarusso *apud* Kipper e Lopes (2006, p.30), a idealização e o investimento nos netos, funciona como “...uma chance mágica de reparar a sua própria vida, através da imortalidade genética, e como uma recusa às imperfeições do *self*, através de uma identificação selectiva com as qualidades dos netos”. Já para os netos, esta relação permite, entre outros, o desenvolvimento de um sentido de filiação essencial ao desenvolvimento individual de cada criança/individuo e, concretamente para o RNPT, permite a aproximação e a progressiva integração na família.

Como uma das tarefas desenvolvimentais centrais do adulto de meia -idade, a transição para a grã-parentalidade pode constituir, assim, um momento crítico, mas também uma grande oportunidade de aprendizagem e de mudança, requerendo individualmente e na própria família, mecanismos de adaptação e de *cooping* durante um período de adaptação/ajustamento a uma nova identidade de género e a novos papéis (Meleis *et al.*, 2000).

2.3 – O PAPEL DAS AVÓS NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Instintivo durante séculos, sabe-se actualmente que o AM é uma vivência biopsicosocial do ciclo sexual/reprodutivo da mulher. Para cada uma, a decisão de iniciar e a vivência bem sucedida ou frustrante desta prática depende não só das condições que envolvem a gravidez e o parto, das características do RN, das redes de apoio, mas também da sua

história pessoal de desenvolvimento afectivo/sexual e das suas relações familiares, especialmente da sua identificação com a própria mãe (Pamplona, 2005).

A mãe constitui assim, um modelo preponderante de referência familiar, mas também os outros elementos femininos mais próximos (mãe, avós, sogra, primas, irmãs). A influência de uma figura feminina que já tenha sido mãe, é percebida pela mulher de forma significativa, devido à experiência que ela possui em relação à maternidade e ao AM, tendo vivido as mesmas dificuldades, medos e anseios próprios desta fase. Kuschnir (2008), refere a este propósito, que durante a fase de projecto, aprendizagem e manutenção do AM, a mulher reavalia as suas relações familiares com as parentes femininas mais próximas, passando por uma reclassificação identitária vinculada a esta prática. Este processo é vivido por meio de percepções positivas e negativas, consoante as histórias e as experiências de vida da geração mais significativa e mais marcante no processo de construção da identidade do papel materno - a mãe e a sogra. Esta autora cita Barros, reiterando a importância dos avós como agentes socializadores das tarefas maternas/paternas, afirmando que com a chegada dos netos cabe aos avós “ensinar e auxiliar os pais de seus netos a desempenhar suas funções e prosseguir na mudança inaugurada pelo nascimento” (Barros *apud* Kuschnir, 2008, p.100).

Na ausência de estudos realizados com avós de recém-nascidos pré-termo, a revisão da literatura aponta para estudos realizados com avós de recém-nascidos de termo, onde se conclui que o comportamento materno face ao AM é fortemente influenciado pela figura da avó da criança, considerada uma das fontes empíricas mais importantes de informações sobre a lactação, facto que se torna ainda mais relevante quando consideramos que no período do pós-parto, início e manutenção do AM, as mães, nomeadamente as que tiveram partos pré-termo, encontram-se mais vulneráveis às influências e aos conselhos/orientações/ajuda de terceiros.

O Quadro 1 apresenta de forma cronológica, os estudos mais recentes, que reflectem o papel das avós no contexto do AM, incluindo o tipo de estudo, os objectivos e os principais resultados encontrados em cada um.

Quadro 1: Resumo dos principais estudos desenvolvidos sobre o papel das avós na prática do AM

Autor (es) /Ano	Tipo de estudo/Objectivo	Resultados
Primo e Caetano (1999)	<p style="text-align: center;"><i>Qualitativo/fenomenológico</i></p> <p>Conhecer e compreender a influência e a actuação da mãe da nutriz na decisão e/ou manutenção do AM das filhas</p>	<p>Para as mães das nutrizes, a decisão de amamentar e de manter o AM, está intrínseco ao papel de mãe. É uma experiência transmitida de mãe para filha através dos exemplos de vida e dos modelos aprendidos do papel materno, perpetuando-se de geração em geração. É também fortemente influenciado pelo apoio, incentivo e conselhos, principalmente nos momentos de maiores dificuldades.</p>
Ekstrom, Widstrom e Nissen (2003)	<p style="text-align: center;"><i>Quantitativo</i></p> <p>Descrever o apoio ao AM e os sentimentos de confiança em relação à duração do mesmo por parte das mães (múltiparas e primíparas)</p>	<p>Sentimentos de apoio à amamentação, foram correlacionados com a maior duração do AM exclusivo. As múltiparas que sabiam quanto tempo foram amamentadas na sua infância mostraram maior duração no AM dos filhos comparativamente às que não sabiam, o que demonstra a influência da relação mãe/filha na prática do AM.</p>
Gonçalves e Bonilha (2005)	<p style="text-align: center;"><i>Qualitativo/exploratório-descritivo</i></p> <p>Conhecer crenças e práticas da mulher que amamenta e dos seus familiares sobre o AM</p>	<p>A família tem um papel influente no processo de amamentação e tende a manter crenças e práticas já testadas com outros bebés. As avós são apontadas várias vezes como sendo as pessoas que mais ajudam, antes da procura dos serviços de saúde. As intervenções/cuidados familiares são responsáveis pela tomada de decisões erradas, como a introdução precoce de outros alimentos.</p>
Susin, Giugliani e Kummer (2005)	<p style="text-align: center;"><i>Quantitativo</i></p> <p>Verificar a influência das avós na prática do AM</p>	<p>Existe uma forte associação entre o contacto com as avós maternas e paternas e a interrupção do AM exclusivo no primeiro mês de vida, já que ambas aconselham o uso de chá, água ou outro leite, acreditando ser o mais adequado. O contacto não diário com</p>

		avó materna foi factor de protecção para a manutenção do AM exclusivo até ao sexto mês.
Plaza, Izeta e Klunder (2006)	<p style="text-align: center;"><i>Quantitativo</i></p> <p>Explorar os papéis das redes sociais no AM exclusivo</p>	As mães mencionaram mais pessoas que ajudaram no processo de amamentação (rede positiva), do que pessoas que contribuíram para a sua interrupção (rede negativa). Todas as mulheres encontraram ajuda na sua própria mãe, seguido do médico e em terceiro lugar a sogra. Estas três figuras são também as principais responsáveis pela interrupção do AM, mas com menor incidência.
Sarafana et al., (2006)	<p style="text-align: center;"><i>Quantitativo</i></p> <p>Caracterizar alguns factores que influenciam o sucesso do AM na área de influência de um hospital da região de Lisboa e a prevalência do AM entre os anos de 1994 e 2003</p>	A transmissão de experiências positivas, relacionadas com a amamentação, por parte das avós, reflecte-se numa maior prevalência da prática do AM no 1º e 3º meses de vida da criança.
Sharma e Kanani (2006)	<p style="text-align: center;"><i>Quantitativo</i></p> <p>Comparar os cuidados prestados à criança entre famílias rurais nas quais as avós estavam presentes e aqueles onde as avós estavam ausentes</p>	O apoio das avós da criança foi considerado um factor importante. No entanto, a sua presença e as suas crenças estão associadas a algumas práticas indesejáveis como a administração de soluções pré-lácteas, o retardo no início da amamentação, o desincentivo à amamentação durante a doença materna e a introdução precoce de outros alimentos.
Teixeira et al., (2006)	<p style="text-align: center;"><i>Qualitativo/interacionismo simbólico</i></p> <p>Compreender como os avós experienciaram e/ ou vivenciaram a prática do AM no quotidiano familiar e reflectir sobre os seus significados</p>	Enquanto pais, o AM foi considerado importante pelos avós, mas a falta de apoio dos profissionais de saúde e de familiares perante o aparecimento de problemas, contribuiu para o desmame precoce. Hoje no papel de avós, poderão transmitir mitos, crenças e tabus que desincentivar esta prática, mas também, através dos significados construídos sobre esta prática, entrar em conflito com as noras/filhas devido ao choque entre as culturas do não

		amamentar e do ter que amamentar.
Santo, Oliveira e Giugliani (2007)	<i>Quantitativo</i> Identificar os factores que determinam a cessação do AM exclusivo até 6 meses, incluindo variáveis como, a influência das avós, a técnica de amamentação, e os mamilos doloridos.	As avós que amamentaram transmitem não só o conhecimento prático de como amamentar, como reforçam a confiança das filhas de que o LM é o caminho normal e de eleição para alimentar um bebé. Elas tiveram a experiência de que, o AM é importante no desenvolvimento e crescimento da criança e como tal não querem que os seus netos sejam nutridos com outro tipo de alimentação. Utilizando o seu <i>status</i> de mãe, lembram as filhas da responsabilidade e do dever de amamentar os netos
Santos, Lima e Javorski (2007)	<i>Quantitativo/ descritivo</i> Identificar os lactentes alimentados segundo as recomendações do Ministério da Saúde; detectar os principais problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução alimentar; identificar o tipo de orientação recebida pelas mães para iniciar a dieta de transição.	As orientações da avó têm maior impacto na transição alimentar das crianças, comparativamente às orientações do enfermeiro, passando mesmo para o domínio prático com a introdução de sumos em primeiro lugar, seguida de papas de fruta e de sopas. As mães apontam como um dos principais motivo para o não prolongamento da amamentação exclusiva até aos 6 meses, a interferência da avó.
Araújo <i>et al.</i> , (2008)	<i>Qualitativo/ análise de conteúdo</i> Identificar os motivos que levaram um grupo de mães entre os 18 e os 43 anos de idade a desmamarem precocemente os seus filhos	O retorno da mulher ao seu contexto social após alta hospitalar tem forte impacto na sua forma de pensar e de agir em relação ao AM, levando muitas vezes à introdução precoce de novos alimentos. A influência das avós está relacionada com a introdução precoce de novos alimentos na alimentação do lactente, materializa-se no aconselhamento do uso de chá e/ou de água ou na própria iniciativa em oferecer líquidos à criança.
Carmo e Pereira (2008)	<i>Misto</i> Verificar a percepção das avós na adesão à prática do AM por parte das filhas e/ou noras	As avós identificam a importância da prática do AM e do LM para a saúde e crescimento da criança. Porém, verifica-se a associação significativa com a interrupção do AM exclusivo no 1º mês, quando as avós utilizavam água, sumos de fruta, chás e outros leites, práticas já realizadas e bem

		sucedidas com os seus filhos.
Kerr <i>et al.</i> , (2008)	Qualitativo/focus grupo Conhecer o papel das avós nas práticas da alimentação infantil numa zona rural do norte do Malawi e sua influência sobre as práticas das mulheres mais jovens	As avós paternas têm um papel poderoso e multifacetado, no seio da família alargada. As suas práticas têm forte significado cultural e exercem influência sobre as mulheres mais jovens e sobre a alimentação infantil, sendo responsáveis pela introdução precoce de alimentos na dieta dos lactentes.
França <i>et al.</i> , (2008)	<i>Misto</i> Analisar factores associados à frequência do uso de tetinas e biberões no primeiro mês de vida e os possíveis efeitos dessa prática na técnica da amamentação	A coabitação com a avó materna revelou associação com o uso de tetinas, não existindo este tipo de associação na coabitação com avó paterna, provavelmente por as mães exercerem maior influência sobre as filhas do que sobre as noras. As avós que recorreram ao uso de biberões, ao partilharem as suas experiências com as filhas podem condicionar o sucesso da amamentação. A introdução de tetinas está também relacionada com a recomendação do uso de chás, água e de outros leites por parte das avós.
Giugliani <i>et al.</i> , (2008)	<i>Quantitativo</i> Estudar os factores associados à introdução de água / chás de ervas e leite não materno durante o primeiro mês de vida e determinar o impacto desta suplementação sobre a duração da amamentação	A coabitação com avó materna está mais associada à introdução de água e chás de ervas durante o 1º mês de vida do lactente, do que, à introdução de leite de fórmula, contribuindo consequentemente para a interrupção do AM exclusivo. Esta influência é fortemente praticada pelas avós maternas, provavelmente por exercerem maior controlo sobre as suas filhas.
Grassley e Eschiti (2008)	<i>Qualitativo</i> Conhecer a percepção que as mães actuais têm do apoio à amamentação e envolver os avós maternos e paternos em estratégias de apoio	As avós trazem as suas próprias práticas de alimentação infantil e as crenças que influenciam o apoio às novas mães. Os seus conselhos e preocupações podem reflectir as crenças culturais e as práticas antigas que não protegem a amamentação
Zanin e Schacker	<i>Qualitativo/exploratório-descritivo.</i> Conhecer a visão das mães sobre a	As mães mencionam as avós como pessoas que incentivam o AM, passando as suas experiências e os seus conhecimentos. Dão

(2010)	participação das avós maternas no processo de amamentação dos netos	ajuda prática, promovem a segurança materna e orientam sobre os cuidados a ter com a amamentação. Primam pelo AM, mas não acreditam na sua eficácia como alimentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida, estimulando as mães a introduzirem precocemente, água, chás e outros alimentos.
--------	---	---

Partindo desta pesquisa bibliográfica, conclui-se que as avós (maternas e paternas), simultaneamente, cuidadoras significativas e modelos de referência familiar em diversos domínios, entre eles os cuidados e a alimentação do RN/criança, trazem consigo conhecimentos, sentimentos, significados, experiências e práticas adquiridas durante a vivência da amamentação dos seus filhos e/ou até adquiridas através da transmissão geracional de valores, mitos, crenças e tabus que, no seu conjunto, interferem positiva ou negativamente no início, duração e a manutenção desta prática, independentemente da cultura onde estão inseridas.

Na influência e no apoio à mulher que amamenta, as mulheres mais próximas – mãe e sogra, agora também no papel de avós – assumem lugar de destaque, comparativamente a outras figuras. Esta realidade é mais fortemente observada, em situações de nascimentos pré-termo, pela necessidade por parte da mãe/casal, de apoio emocional e instrumental e pela capacidade que as avós possuem em atribuir significados à criança prematura, portadora também ela, de uma dimensão transgeracional.

Identificar a forma como as avós vivenciam este processo, os seus mitos, crenças e experiências, ajuda o enfermeiro a entender a “bagagem” materna, as suas concepções e expectativas, a planear, implementar e avaliar intervenções autónomas no sentido de promover uma vivência saudável da maternidade (ainda que da maternidade pré-termo), o *empowerment* da família e ganhos em saúde para todos. A inexistência de estudos com este grupo específico e a realidade constante da prestação de cuidados a famílias que vivenciam nascimentos pré-termo, justificam a necessidade e o interesse na realização deste tipo de estudos, concretamente em contexto português.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O reconhecimento da Enfermagem como disciplina autónoma passa pela utilização de uma abordagem metodológica que visa a busca e o desenvolvimento do conhecimento, opção, que se divide entre os dois tipos de metodologias (qualitativa e quantitativa), ambas igualmente importantes e essenciais, para o desenvolvimento da ciência de Enfermagem (Foss e Ellefsen, Thurmond, Young, Taylor e Renpenning *apud* McEwen, M.; Wills, E., 2009).

Neste capítulo, pretende-se descrever o enquadramento metodológico do presente estudo, bem como os principais procedimentos adoptados no decorrer das diversas etapas da investigação.

3.1 – QUESTÕES DE PARTIDA

O desenvolvimento deste estudo teve como questão de partida “Quais as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao aleitamento materno dos netos?”. Tendo por base esta questão central, formularam-se duas questões de investigação, resultantes das reflexões efectuadas, que especificam os aspectos a estudar e que estiveram na base da orientação do mesmo:

- Qual o significado pessoal do processo de transição para a grã-parentalidade das avós de netos pré-termo?
- Quais os sentimentos/dificuldades vividos pelas avós, no apoio ao aleitamento materno dos seus netos, ao longo do internamento e após a alta hospitalar?

3.2 – OPÇÃO METODOLÓGICA

O desenvolvimento do conhecimento científico em Enfermagem deve ter por base a natureza do problema – questão onto-epistemológica – sendo esta a principal referência

na decisão metodológica (Apóstolo e Gameiro, 2005). Concretamente em relação a este estudo, sabendo que existem múltiplas realidades e a criação de vários significados pelas participantes estudadas, a investigação qualitativa é a que melhor se adequa, porque, não tem em conta uma única realidade, mas sim várias. A investigação qualitativa pretende, assim, dar a conhecer os resultados pertencentes a situações carregadas de subjectividade, que são inerentes à condição humana.

Lakatos e Marconi (2006), relatam que a pesquisa qualitativa, tem em conta as questões específicas, aborda um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que leva a um conhecimento mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos.

Sendo a metodologia de investigação a consonância sistemática do processo de investigação, torna-se imperativo a sua escolha e definição. É através dela que é possível conhecer as estratégias, procedimentos e técnicas utilizadas, com a finalidade de alcançar as respostas às questões de investigação previamente definidas. Tendo em conta a problemática do estudo, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, sendo dentro deste paradigma metodológico, que se encontrou a via adequada para alcançar respostas, face aos objectivos delineados. Assim, foi realizado um estudo exploratório descritivo, recorrendo-se a uma análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com as indicações de Bardin (2007).

3.3 - OBJECTIVOS

Apoiado nas questões de investigação, este estudo tem como objectivo geral conhecer as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao aleitamento materno dos netos. Neste âmbito, foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Descrever o significado pessoal do processo de transição para a grã-parentalidade das avós de netos pré-termo;
- Descrever os sentimentos/dificuldades vividos pelas avós, no apoio ao aleitamento materno dos netos, ao longo do internamento e após a alta hospitalar.

3.4 – PARTICIPANTES NO ESTUDO

Na investigação qualitativa, podemos falar em participantes ou informantes, sendo que a sua escolha é determinada pela sua experiência, cultura, interacção social ou fenómeno de interesse, (Streubert e Carpenter 2002). Neste sentido, os indivíduos são seleccionados para participar no estudo, tendo em conta o conhecimento/vivência individual sobre determinado fenómeno, valorizando-se a subjectividade e a riqueza da descrição, facto que impede a generalização da informação/conhecimento obtido para a população em geral, apesar da sua importante contribuição para o conhecimento e compreensão do mesmo. Assim, as participantes neste estudo foram seleccionadas através de uma amostragem por *selecção intencional de casos tipo*, incidindo a escolha sobre avós de recém-nascidos pré-termo (entre as 30 e as 36 semanas de idade gestacional corrigida) que estiveram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., instituição na qual a investigadora exerce funções.

Na selecção das mulheres-avós participantes, foram definidos e respeitados como critérios de inclusão: avós de crianças com idade gestacional à data do nascimento entre as 30 e as 36 semanas, a fazerem AM (exclusivo ou complementado) durante o internamento e após a alta hospitalar, de forma a obter significados reais sobre as experiências vividas. Nestes critérios de inclusão foi definido como limite mínimo as 30 semanas de idade gestacional, pela primazia de outras vivências associadas ao risco de vida e pela maior complexidade de todo o processo de AM destes recém-nascidos.

De modo a obter uma melhor compreensão do fenómeno, entrevistaram-se tantas participantes quanto as necessárias, na tentativa de alcançar a saturação dos dados. Desta forma, obteve-se uma melhor percepção das vivências das avós e uma profunda compreensão do fenómeno em estudo. A este propósito, Morse *apud* Streubert e Carpenter (2002), refere que a saturação diz respeito à repetição de informação descoberta e à confirmação de dados colhidos. Embora o investigador qualitativo procure a repetição e confirmação dos dados, o mesmo autor refere que a saturação pode ser um mito, uma vez que, se um novo grupo de indivíduos for observado ou em outro momento, poder-se-ão obter novos dados. A saturação está pois, relacionada com uma cultura específica ou fenómeno, em determinado momento.

3.4.1 – Caracterização das participantes

Este estudo incidiu num total de 7 avós entrevistadas. As suas idades variaram entre os 55 e os 67 anos. A totalidade das participantes era casada, a viverem na área geográfica de abrangência de cuidados da Maternidade Drº Daniel de Matos, com a excepção de duas, que embora estando abrangidas por outro Hospital/Maternidade de apoio, cujas filhas foram transferidas, ainda grávidas, para a referida Instituição, local onde acabou por acontecer o nascimento pré-termo dos netos. Apenas uma das entrevistadas se encontrava já reformada e a maioria possuía como habilitações literárias a 4ª classe. Em relação à idade gestacional do(a) neto(a) à data do nascimento, variou entre as 30 e as 32 semanas. Relativamente ao tipo de relação familiar com a mãe do (a) neto (a), apenas uma era entre sogra/nora e as restantes seis entre mãe/filha, facto que não revelou qualquer diferença entre o discurso destas avós. O Quadro 2 apresenta em resumo os dados sócio-demográficos das participantes.

Quadro 2 – Caracterização das participantes

	Idade	Estado Civil	Situação profissional	Área de Residência	Habilitações Literárias	Nº Filhos (idades)	Nº Netos	Idade gestacional neto	Idade neto à data da entrevista	Tipo Relação familiar
P1	55	Casada	Comerciante	Coimbra	7º ano	2 (31, 29)	1	31 semanas	3 meses	Sogra/Nora
P2	67	Casada	Reformada	Coimbra	12º ano	4 (45, 40, 34, 1 falecido)	3	31semanas	2 meses	Mãe/Filha
P3	57	Casada	Doméstica	Figueira da Foz	4ªclasse	2 (34, 31)	1	33 semanas	1,5 meses	Mãe/Filha
P4	56	Casada	Doméstica	Aveiro	4ªclasse	3 (34, 30)	3	32 semanas	1,5 meses	Mãe/Filha
P5	55	Casada	Empregada Fabril	Águeda	4ªclasse	2 (31, 19)	1	30 semanas	2 meses	Mãe/Filha
P6	60	Casada	Agricultora	Cantanhede	4ªclasse	2 (29, 33)	6	30 semanas	2,5 meses	Mãe/Filha
P7	61	Casada	Agricultora	Cantanhede	4ªclasse	5 (39,38,32,31,19)	6	32 semanas	2 meses	Mãe/Filha

3.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Colher dados consiste em obter, de forma sistemática, a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda de instrumentos de medida, (Fortin, 2000), cuja escolha é determinada pela natureza do problema de investigação ou fenómeno em estudo e pela metodologia seleccionada.

Em investigação qualitativa, a entrevista é uma das estratégias mais utilizadas, consistindo numa interacção verbal, entre as pessoas envolvidas (investigador e participantes), de modo a partilharem um saber experienciado, em que o investigador não assume um papel de perito, mas de parceiro e orientador do processo, valorizando-se a intersubjectividade de cada participante (*Idem*).

Tendo em conta a natureza do estudo, optou-se pela técnica da entrevista para a colheita de dados, procurando não perder de vista o objectivo da investigação e o contexto de realização do estudo. Através da entrevista, foi possível ligarmo-nos às experiências passadas e actuais das avós participantes e, recorrendo-se à entrevista parcialmente estruturada com guião (Anexo I), foi possível abordar o passado e o presente destas mulheres, segundo a ordem que mais conveio à entrevistadora, admitindo-se simultaneamente, a flexibilidade necessária à obtenção dos relatos das experiências vividas. As questões abertas possibilitaram ainda, reencaminhar a entrevista para os objectivos, cada vez que as entrevistadas deles se afastam, sendo esta, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), uma das mais valias deste tipo de entrevista.

Depois de obtida a autorização da Instituição, o acesso às participantes foi realizado num primeiro momento através das suas filhas/noras, ainda durante o internamento das mesmas. Através delas, foram posteriormente abordadas individualmente as avós participantes, que se mostraram prontamente disponíveis para participarem e foi estabelecida relação, mantendo o interesse e a consideração pelas mesmas e pela vivência familiar de um nascimento pré-termo. Todas as entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar dos netos e fora da Instituição (Maternidade Dr. Daniel de Matos), durante os meses de Maio, Junho e Julho de 2011. As entrevistas foram conduzidas face a face, o que permitiu também a leitura da comunicação não verbal, os olhares, os gestos e as expressões. As participantes foram convidadas a escolherem o local, de acordo com a sua preferência, conforto e bem-estar, sabendo que facilitaria uma recolha

mais profunda da informação pretendida, assim como o dia em que estavam disponíveis para colaborar no estudo. Com exceção de duas, todas as entrevistas foram realizadas no domicílio das entrevistadas, por opção das mesmas, facto que em conjunto com a sua espontaneidade e confiança pré-estabelecida, acentuou ainda mais o imergir no mundo-vida destas mulheres, revelando-se uma mais valia para a compreensão do fenómeno.

Consciente de que ao realizar este estudo se entrou na privacidade destas mulheres, foi propósito principal agir com o maior respeito, pela perspectiva de cada uma, mostrando compreensão e disponibilidade, colocando de lado percepções, crenças e preconceitos pessoais, passíveis de julgamento de tudo o que foi observado ou ouvido às entrevistadas.

As duas primeiras entrevistas serviram para validação do guião e para imergir no papel de investigadora, levando as participantes a relatarem as suas experiências, tendo o cuidado de não liderar o diálogo. Embora consciente dos objectivos, a orientação das entrevistas revestiu-se de algum grau de dificuldade, pela necessidade de evitar enviesamentos verbais e não verbais ao longo do seu decorrer, como sejam o tom de voz, a expressão facial e a postura corporal, o enunciado das questões, a avaliação das respostas retidas com necessidade de aprofundamento e reformulação de novas questões, competências que só se adquirem quando o investigador realiza trabalhos desta essência com regularidade.

Apesar destas limitações e uma vez que estas duas participantes não revelaram grandes dificuldades na compreensão das questões, indo os seus relatos de encontro às vivências que se pretendiam conhecer, foram desde logo considerados válidos e incluídos no estudo.

3.6 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Analisar dados tem como finalidade organizar, proporcionar estrutura, e extrair o significado dos dados da pesquisa (Polit, Beck e Hungler, 2004). Este processo, que se inicia em paralelo com a colheita de dados, atinge normalmente o seu pico após o *términus* da mesma, exigindo aos investigadores que estejam profundamente imersos

nos dados, e que, segundo Streubert e Carpenter (2002, p.32), dediquem tempo “...à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas”.

Neste sentido, foi transcrito com rigor o *verbatim* de todas as entrevistas para o processador de texto Word. Após este armazenamento em formato de texto, optou-se por transferir o *verbatim* para o programa informático de tratamento de dados ATLAS/ti 5.0, procedendo-se à análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, segundo as indicações de Bardin (2007).

Ao adoptar este método de análise, permite-se apreender e aprender algo a partir do discurso dos sujeitos, controlando simultaneamente a subjectividade e o afastamento dos objectivos do estudo. Foi ainda tido em conta ao longo da aplicação do método, o equilíbrio necessário entre a dimensão quantificadora e a análise qualitativa interpretativa, para que as descrições das experiências vividas pelas participantes constituíssem uma mais valia para a compreensão do fenómeno em estudo.

Seguindo as diversas etapas do método, e após a transcrição das entrevistas, realizaram-se múltiplas *leituras atentas e activas*, o que Amado (2000, p. 55), designou de “...leituras sucessivas, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia, conceitos mais utilizados, etc.”.

Após esta leitura, procedeu-se ao tratamento do material, ou seja, à sua codificação, etapa seguinte do processo de análise e que “corresponde a uma transformação - efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2007, p. 97).

Deste modo e de acordo com os objectivos do estudo e a natureza do material em análise, sujeitou-se à procura de palavras, proposições, temas e acontecimentos, ou seja, determinaram-se as UR (Unidades de Registo), o correspondente à primeira fase da codificação. Posteriormente, determinou-se a UE (Unidade de Enumeração), isto é, definiram-se critérios quanto à contagem das UR. Como não existiam UR estabelecidas

à *priori*, optou-se por enumerar apenas uma vez em cada texto a mesma UR, mesmo que cada participante a referisse por mais que uma vez.

Depois de determinadas as UR e a UE, procedeu-se à fase da categorização, definida como

“(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos . As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2007, p. 111).

Até à formulação das categorias e ao longo das diversas fases da codificação, foram consideradas as seguintes regras fundamentais referidas por Amado (2000) e Bardin (2007):

- *Exaustividade* – cada categoria deve abarcar por completo o conjunto das unidades de sentido que se colocam sob o seu tecto;
- *Exclusividade* – uma UR deve pertencer apenas a uma categoria;
- *Homogeneidade* – um sistema de categorias deve reportar-se a um único tipo de análise;
- *Pertinência* – as categorias devem estar adaptadas ao material de análise escolhido e aos objectivos da investigação;
- *Objectividade* – a subjectividade deve ser afastada na sua formulação, para que possam ser codificadas da mesma maneira, quando submetidas a várias análises;
- *Produtividade* – deve proporcionar resultados férteis, criadores de um novo discurso, mas coerente com os dados.

Da análise efectuada, resultou uma estrutura constituída por Categorias, Sub-categorias, Indicadores, UR e UE, excluindo-se as UR com apenas uma UE.

3.7 – CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO

A investigação qualitativa alcança rigor e confiança, a partir da validação dos dados e da apresentação fiel das experiências dos participantes, segundo Streubert e Carpenter (2002). Os mesmos autores referem que deve conferir-se com cada participante se as narrativas reproduzem as suas experiências. Neste sentido, a credibilidade dos dados obtidos foi uma preocupação constante durante a condução das entrevistas. Foi dada especial importância à confirmação de que os dados reflectiam com exactidão, não só as experiências, mas também o ponto de vista das participantes, que deviam superar as percepções da investigadora.

O reflexo possível dos processos de evidência e de pensamento que conduzem às conclusões, a chamada confirmabilidade, foi alcançada com a Orientadora do estudo, validando as diversas etapas percorridas. Porém, admite-se que outros autores podem não concordar com as conclusões alcançadas, fruto da natureza desta investigação. Relativamente à transferibilidade, técnica que viabiliza que os dados alcançados tenham significado ou encaixe em outras situações semelhantes, dependerá de potenciais utilizadores do estudo e não da investigadora actual.

Alcançados que foram estes critérios, que sustentam o rigor de uma investigação qualitativa, considera-se que ficou ilustrada a atenção que a investigadora conferiu ao seu trabalho.

3.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na investigação aplicada a seres humanos é indispensável cumprir as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades dos participantes, indo ao encontro também da responsabilidade pessoal e do código de ética em Enfermagem. Neste âmbito, o consentimento livre e esclarecido ou consentimento informado, é indispensável à manutenção da ética na conduta orientadora da investigação (Brent, Cassidy e Oddi *apud* Fortin, 2000).

Polit e Hungler *apud* Streubert e Carpenter (2002 p. 39) referem a este propósito que “o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada

no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; tem a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação”.

Neste sentido, foi realizado pedido de autorização às participantes, respeitando sempre o anonimato e a confidencialidade das mesmas. Foram respeitados os princípios da autodeterminação e autonomia, pelo que apenas participaram no estudo as avós que aceitaram fazê-lo, após explicação dos objetivos do mesmo e depois de informadas que a qualquer momento poderiam desistir da sua participação. Foi também explicada a necessidade de gravar a entrevista em suporte magnético para posterior transcrição e análise do seu conteúdo. Seguindo as orientações de Streubert e Carpenter (2002), procurou-se antes da entrevista, abordar previamente as avós participantes com o intuito das mesmas se encontrarem preparadas aquando da sua realização. Todas as entrevistas foram realizadas com o consentimento prévio das participantes, após garantia de anonimato e da confidencialidade dos dados, mantendo simultaneamente o rigor dos dados. As entrevistas gravadas encontram-se sob protecção da investigadora e todos os nomes ou outros dados passíveis de serem identificativos foram substituídos por letras iniciais. De igual modo, na apresentação, análise e discussão dos dados, as UR são atribuídas de forma codificada às participantes que as produziram, de acordo com a ordem de realização da entrevista (P1, P2, P3, ..., P7).

Apesar da totalidade das entrevistas ter sido realizada após a alta hospitalar dos netos, filhas/noras, a obtenção de alguns dados (data do nascimento, idade gestacional, tipo de AM) e o acesso às participantes foram conseguidos ainda durante o internamento dos mesmos, pelo que envolveu a prévia autorização do Conselho de Administração, da Comissão de Ética e da Unidade de Inovação e Desenvolvimento dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (Anexo II). Paralelamente, foi também deferido por parte da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra o parecer favorável, para o desenvolvimento do estudo (Anexo III).

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados deste estudo, que se enquadram em três categorias: **a) Impacto com a realidade da prematuridade do(a) neto(a); b) Apoio ao AM da díade; c) Ser avó de uma criança prematura.** Por sua vez, estas três categorias são estruturadas em subcategorias, estas por indicadores, nos quais são apresentadas as UR e UE⁽²⁾.

Paralelamente à apresentação e análise realiza-se a sua discussão, resultante principalmente, da relação estabelecida com as avós participantes, mas também decorrente das experiências de cuidar nestes contextos. Procura-se abordar cada uma das temáticas centrais, discutindo as suas subcategorias e as interligações entre as estruturas, tentando, deste modo, definir algumas conexões existentes entre os vários contextos que possam de alguma forma clarificar a estrutura do fenómeno, ou seja, apresenta-se a compreensão/interpretação do que ocorreu com as participantes, a realidade tal como ela foi vivida por elas. Com esta discussão não se pretende uma generalização dos dados, sendo que apenas a transferibilidade é possível, apresentando-se, portanto, situações vividas num contexto específico.

4.1- IMPACTO COM A REALIDADE DA PREMATURIDADE DO(A) NETO(A)

Esta categoria resultante da análise dos discursos, diz respeito ao IMPACTO COM A REALIDADE DA PREMATURIDADE DO(A) NETO(A). Nela se englobam os SENTIMENTOS descritos pelas participantes e que se relacionam com o facto de serem avós de recém-nascidos prematuros. Faz-se também referência aos VÍNCULOS adquiridos entre a avó e o neto(a) e entre a mãe e o filho(a) e por fim, é feita uma referência às EXPECTATIVAS DA ALTA HOSPITALAR dos(as) netos(as), enquanto ainda se encontravam internados na Unidade de Cuidados Intensivos. A síntese da análise dos discursos das avós participantes relativas a esta categoria pode ser observada no Esquema 1.

⁽²⁾ Um resumo da análise de conteúdo englobando todos estes elementos, é apresentado no Apêndice I.

Esquema 1 – Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, relativo ao impacto com a realidade da prematuridade do (a) neto (a)



4.1.1 - Sentimentos

São vários os sentimentos que se apoderaram das avós participantes, antes e durante o internamento dos seus netos e que se apresentam de seguida.

- **Choque**

As avós ficaram surpreendidas e referem terem experienciado um sentimento de choque, quando tomaram conhecimento da prematuridade dos seus netos. Para a maioria, este foi um acontecimento inesperado, nunca antes vivenciado, tendo, por isso, assumido uma atitude de surpresa e incredulidade.

P 1: Nunca lidei com nenhum caso e nunca assisti a nenhum caso de um prematuro a não ser o meu netito e confesso que uma das vezes que fui lá fiquei assim um pouquinho chocada.

P 3: Eram 11 da noite quando ela me disse! E eu disse “Já? Então mas porquê?” “ Porque o coração dela está a ficar fraco e o Médico não quer arriscar!” ... mal entrei e como ela mandava fotografias pelo telemóvel eu via-a grande e eu cheguei lá na segunda vez, fui direito ao berço e disse “ Não é esta!” Porque era tão pequenina e como eu a via nas

fotografias grande, eu disse “ Não é esta!” e a enfermeira disse “É, é!” ... Olhe foi uma surpresa, não é?

P 5: E depois ele telefonou-me e foi um choque tão grande, tão grande ... eu sempre pensei que ela nascesse mais tarde! ... Nunca pensei ver a minha filha passar por isto, a gente pensa que isto só acontece aos outros, mas afinal também nos bate à porta!

P 6: Não sei... se calhar para mim só foi surpresa! ... Foi assim uma surpresa grande. Não estávamos nada à espera.

P 7: Nunca me tinha calhado pela minha parte nem por parte dos meus...olhe... às vezes os azares não acontecem só aos outros, também nos vêm à nossa porta! Não é?

Perante a hospitalização de um RNPT na Unidade Neonatal, os pais vivenciam inicialmente uma reacção de choque e de incredulidade, quer pelo nascimento por vezes inesperado e súbito, quer pelo aspecto frágil do filho, diferente da imagem daquele que foi construída durante a gravidez. Este acontecimento, com impacto nos restantes elementos da família, provoca na rede social habitual um abalo, testando o grau de sustentabilidade dos vínculos afectivos e sociais (NieweglowskiV e CLOO *apud* Souza *et al.*, 2009). Tronchin e Tsunechiro (2005) referem, ainda, que esta percepção é geradora de insegurança, não só para a mãe, como para a restante família.

- **Sofrimento**

A dor sentida quando souberam que iam ser avós de um neto prematuro relacionou-se com a ideia do risco da não sobrevivência. Tendo em conta as circunstâncias, revelou-se bastante significativa e angustiante. Referiram sentir-se tristes, tão ou mais tristes que as suas filhas, algumas por reviverem de certa forma o seu passado, outras porque os netos não estavam a apresentar melhoria do estado clínico e também porque as suas filhas estavam a sofrer. Contudo, sentiram-se de certa forma recompensadas, pelo facto de poderem prestar apoio emocional às filhas/noras durante todo o processo.

P 1: Essa parte a mim custou-me um bocadinho, apesar de a Enfermeira me ter dito que se eu quisesse, se eu queria, se não me importava de sair! E eu disse que não, que queria ver e ela deixou-me ficar! Mas depois arrependi-me de não ter saído porque elas lidam muito bem com aquelas situações, nós que estamos é que não lidamos muito bem.

P 2: Coitadinho do bebê! Ele é muito pequenino!

P 4: Quando soube que a minha filha estava muito mal, fiquei muito triste e só dizia assim "Ai! que Deus ajude" " Ai, meu Deus, a minha filha está a sofrer tanto!"... Começou a chorar, eu pensava que ela ia perder o bebê

P 4: Chorei de o perder ... Por ele ser prematuro! ... Então tanta coisa que aquele bebê passou, tão pequenino, a minha filha conta-me que ele já estava no berçário, chegou lá um dia de manhã e já estava do outro lado, tão mal, tão mal, ele nem chorava, até o só ele não chorar, um bebê tão pequenino tão pacífico...!

P 5: Eu por acaso, até penso que ajudei nesse dia em que ela estava a chorar na bomba... ela estava muito chorosa, porque a menina estava pior ... acalmei-a, dei-lhe força, mimo, carinho e isso para qualquer filho é muito importante!

P 5: A dor de perder um neto deve ser muito grande! ... Porque eu tive uma sobrinha que também nasceu assim, com 29 semanas e também foi lá naquela Maternidade! Mas esta é mais nossa, custou mais! ... É claro que custa sempre! Para qualquer avó custa!

P 7: O que é que eu senti..., olhe, senti mais pena da minha C., porque foi sempre uma menina muito lutadora e não teve grande sorte! Porque também já tinha tido um aborto e também... embora durante o internamento delas eu nunca tenha dito nada disto a ninguém! Só mais tarde é que disse à minha filha!

A gravidez e a maternidade, considerados períodos de transição que constituem o ciclo de vida, caracterizam-se pela necessidade de resolução de um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas, conducentes ao desenvolvimento pessoal da nova mãe/pai e ao desenvolvimento de competências parentais. Mas, perante um nascimento pré-termo, este percurso pode ser dificultado ou mesmo interrompido, pela separação precoce entre mãe e filho, pela desarticulação das referências familiares, pela perda de referências de tempo e de espaço e pela própria presença de terceiros (Equipa de Saúde) no momento da construção do vínculo mãe/filho, corroborando o que Tamez e Silva (2009), afirmam, que não é só o filho que nasce prematuro. Para os pais, é também precoce o facto de lidarem com o nascimento do filho antes do tempo previsto. Vários autores fazem referência às vivências que envolvem os pais de um filho prematuro, acontecimento que é vivido com enorme sofrimento, levando-os a experimentar sentimentos como a depressão, a fúria, a ansiedade, a impotência e receio pela sobrevivência da criança (Eriksson e Pehrsson, 2002; Araújo, Oliveira e Canavarro, 2005; Van der Pal *et al.*, 2007).

- **Medo**

Estas avós revelaram também pessimismo e negativismo, sentindo-se por vezes pouco confiantes relativamente à sobrevivência dos seus netos. Sentiram medo do prognóstico, rezando para que a criança e a mãe tivessem saúde no futuro. Tiveram medo, nomeadamente do que ouviam falar – saber popular – medo das possíveis complicações que podiam ocorrer, assim como das que chegaram a manifestar-se. Sentiram até medo de pegar/tocar no neto e originar com este simples gesto alguma complicação. Associaram ainda a presença de dispositivos médicos nos seus netos ao agravamento do estado de saúde dos mesmos.

P 1: Receios que alguma coisa corresse mal, ... Nós ... queremos tanto àquele pequenino que está ali, que qualquer coisa que a gente veja nos arrepia ... Quando é um prematuro, nós nunca sabemos como é que as coisas vão decorrer, mesmo enquanto internado

P 2: (...) estávamos com medo que... (...) Porque estava com receio que houvesse complicações, por ver que ele ainda não tinha as semanas necessárias e porque queria mesmo nascer

P 3: Telefonou-me e disse “E a F. vai nascer já!”. Eu fiquei aflita, não é? ... Deus queira que ela tenha saúde e a mãe para a criar! ... Eu estava com muito medo que ela não tivesse leite por causa dos nervos dela, ela é muito nervosa!

P 4: estávamos com medo, eu a minha filha, porque também a gente ouve muita coisa, não é? ... Tinha muito medo que o menino se fosse embora! ... Sempre com aquele medo de o perder!

P 4: Mas o que mais me marcou sinceramente foi ele ter anemia, o que me marcou muito foi ele ter duas paragens cardíacas, marcou-me muito, e ter, que eu não sei explicar, uma sondazinha acho que ao coração, também, também me marcou muito, pronto, eu acho que foi... medo da morte ...

P 5: medo de o perder!

P 7: ela era muito magrinha, era só linhas...fiquei muito emocionada, nem consegui dormir de noite nem nada! Abria e fechava os olhos e só via a miúda assim... (...) Tive muito medo de a perder! (...) eu até tinha medo de lhe pegar! Até tinha medo de lhe pegar, com medo de acontecer alguma coisa!

O nascimento prematuro de um filho faz com que família vivencie um período de tristeza, angústia, medo e dor subsequente à própria prematuridade e à necessidade de

hospitalização (Costa *et al.*, 2009). Num estudo desenvolvido por estas autoras, concluíram, que a convivência diária com a instabilidade clínica do RNPT, durante o internamento, constitui uma das realidades mais difíceis para a família, perpetuando-se para além da alta hospitalar, através da sua memória, geradora de medo e ansiedade, quer nos pais, quer nos avós e restantes elementos da rede de apoio familiar.

- **Fé**

Apesar do relato de alguns sentimentos mais negativistas, descritos anteriormente, as participantes mantêm-se ligadas às crenças religiosas, das quais resultam sentimentos de esperança e de fé na melhoria do estado de saúde dos netos.

P 4: Pensei “Ai Nossa Senhora me ajude e se ele se salvar vou a Fátima e vou levar o menino!”

P 4: Aquele bebé foi alguém que lhe pôs a mão e que o salvou!

P 5: Eu ao princípio pensei que ela não ia conseguir ... Graças a Deus, isso não aconteceu! ... Porque penso que quanto mais a gente ajuda., mais Deus, nos ajuda a nós!

P 7: Já passou, graças a Deus!

Perante um acontecimento de crise, como a prematuridade, o ajustamento dos diversos elementos da família ou a capacidade para realizar mudanças dentro do sistema familiar, está directamente relacionada com os recursos internos e externos da mesma e com as estratégias de enfrentamento (*cooping*) que utilizam perante esta vivência. Aquino & Zago (2007) defendem que, em contextos adversos de saúde, além dos familiares e amigos, outras interações sociais são activadas ou reforçadas, como a utilização da espiritualidade, das crenças e das práticas religiosas, apoio esse que muda o modo como as pessoas percebem o contexto de doença grave e produz alívio no sofrimento. Esta ajuda espiritual, também emerge da análise dos discursos das avós participantes. Num estudo de Custódio (2010), a espiritualidade das famílias foi tida como uma fonte de ajuda para enfrentar a situação imposta pela prematuridade e pela crença que tinham da evolução favorável do RN, durante o internamento hospitalar. Durante o nascimento,

internamento e após a alta hospitalar, os avós maternos/paternos, foram as principais fontes de apoio espiritual, através de orações, leituras bíblicas e novenas.

- **Ansiedade**

Este sentimento relaciona-se de perto com o medo, ambos coexistindo em simultâneo. A ansiedade sentida contribuiu para um adensamento do medo e vice-versa. Esta ansiedade sentida relaciona-se também com a uma preocupação permanente, relativamente ao estado de saúde do neto, assim como com o facto de as avós ainda não terem conseguido tê-lo junto a si, na envolvimento do ambiente familiar.

P 1: Estamos sempre na expectativa, com alguns receios, ansiedade, porque queremos sempre o melhor, e ansiosa ... Porque achamos, pronto, ele é tão pequenino, como é que ele vai suportar, como é eu ele vai aguentar não é ... Que é o ele sair e poder estar com ele, abraçá-lo

P 3: Então estive sempre preocupada (...) Ela teve que ficar internada mesmo antes da bebé nascer e eu sempre estive preocupada com as duas.

P 4: E depois é aquela ansiedade de ver o bebé ... Estava com aquela ansiedade para vir embora, para ver se estava tudo bem.

P 5: Depois de ela ir para Aveiro, já só pensava no dia em que vinha para casa. A partir daí, já tive esperança, mas até essa data não! ... Pensava sempre, será que é amanhã que ela vem, será que é além... e nunca chegava essa altura e esse dia.

P 6: Aii, uma ansiedade grande! ... Porque gostávamos de vê-las, depois só íamos uma vez por semana... era aquela ansiedade de ver e de as ver vir para casa!

Vários autores corroboram esta ideia, referindo que os pais de bebés prematuros vivenciam elevados níveis de *stress*, facto que dificulta muitas vezes na mãe, reconhecida como cuidadora primária, o desempenho do papel parental, o que traduz a extrema importância do apoio da família e da rede social, na percepção e na forma como lida com a prematuridade e com as dificuldades sentidas (Eriksson e Pehrsson, 2002; Araújo, Oliveira e Canavarro, 2005; Van der Pal *et al.*, 2007). Rocha, Lamy e Ferreira (2005) consideram que, diante desta vivência a mãe necessita de fazer o luto do RNPT real, projectando sobre ele um futuro possível, construindo uma nova identidade e o

papel materno perante a nova realidade. Para ajudar nessa construção, os autores consideram fundamental a presença e a participação dos avós nos cuidados prestados ao neto/a durante o internamento.

- **Aceitação resignada**

Como não esperavam que as filhas tivessem um filho prematuro, reagiram inicialmente com resignação, aceitando mais tardiamente a prematuridade dos seus netos.

P 1: O que eu penso é que não havia outro meio também, não havia outra forma (...) mas ao mesmo tempo também reagi e aceitei

P 5: Olhe, custou-me muito ver a minha filha passar por tudo aquilo, mas tinha que ser!

P 6: Pronto, achei que logo tinha que me calhar a mim!

Às reacções iniciais, de choque perante a prematuridade do(a) neto(a), ansiedade, sofrimento e medo ante a possibilidade da não sobrevivência da criança, as avós acabaram por aceitar resignadamente, a situação tal qual ela se apresentava. Este processo, ancorado em emoções e sentimentos ambíguos que variam desde o abalo, medo e insegurança iniciais perante a realidade de um RN pequeno, frágil e diferente, até à sua aceitação, tal como ele é, tem forte impacto emocional na família mais próxima e em especial na mãe, podendo ou não causar perturbações. Descrita no estudo de Souza *et al.*, (2009), esta aceitação da realidade e adaptação à hospitalização, é muitas vezes acompanhada de alegria, na perspectiva da recuperação do filho, diante dos recursos humanos e tecnológicos que constituem uma Unidade de Cuidados Intensivos, influenciada, ainda, por factores sociais, culturais e familiares.

- **Dificuldade em estar com o recém-nascido internado**

Assim que tiveram oportunidade de ir ver os seus netos, as avós depararam-se com grandes dificuldades para estar perto deles. Por um lado, o risco de complicações era grande, pelo que as visitas eram restritas, quanto ao tempo de permanência na Unidade, assim como também não podiam ser diárias, embora as avós aí recorressem com

frequência; por outro, a curiosidade e vontade de se aproximarem e até de olharem mais de perto para os recém-nascidos aumentava gradualmente, tanto que até se tornava complicada essa gestão de sentimentos.

P 2: Quase também só vemos o bebé assim de raspão! ... Vamos lá mais para estar um bocadinho com ela, mas a minha filha nem queria que se cheguem muito ao bebé para não o acordar (...). Os primeiros tempos não me deixaram sequer lá chegar ao pé do bebé ... só 5 dias depois é que me deixaram ir a mim. E depois, vim-me embora e não me deixaram tornar a vê-lo.

P 3: estivemos lá até às 2:50h da manhã, não podemos ver a menina nem nada..., mas estivemos lá! ... Foi muito chato não poder ver a menina, só ao fim de 4 dias, depois só no domingo, depois só no outro domingo passado 8 dias (...) aqui no nosso Hospital pode estar o acompanhante de manhã à noite e lá não podia. Achei aquilo tudo muito rigoroso

P 4: Não o consegui ver, só passados 10 dias, acho que é 10 dias...

P 5: Nós estivemos longe durante o internamento, eu ia lá poucas vezes porque as visitas são muito pequenas e poucas vezes, mas telefonávamos várias vezes ao dia, ela quando queria chorar telefonava e lá estava eu sempre a tentar animá-la... Mas não vi a minha neta, não deu para entrar, estive com a minha filha, mas não vi a menina.

P 7: Foi muito difícil! Porque a gente não a podíamos ver todos os dias. Enquanto ela esteve em Coimbra só a vi 2 vezes e depois uma vez fui lá e nem um minuto a gente lá esteve, porque as outras crianças ... precisavam de apoio e nós tínhamos que sair! Também só deixavam ver uma vez por semana!

Os avanços tecnológicos da rede de cuidados materno-infantis, concretamente o surgimento de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e a especialização das suas equipas fizeram-se acompanhar recentemente pela problemática relacionada com os aspectos psicossociais inerentes aos pais e restante família de RN prematuros, com patologias ou com anomalias congénitas. De entre as intervenções preconizadas para a família com o objectivo de promover a interacção/apego e a participação nos cuidados, inclui-se a visita dos avós com o objectivo de aproximar o RN do “seio familiar” e reforçarem o apoio aos pais, que vivenciam, durante este período, sentimentos de incapacidade, de culpa, angústia, tristeza, medo da perda, mas também de esperança.

Porém, e apesar deste reconhecimento, a realidade actual é ainda bastante limitada à presença dos pais, não estando, ainda, difundida a entrada flexível e/ou livre de outros membros da família, como os avós, os irmãos e outras pessoas próximas da criança ou

dos pais, além de ser também, muito reduzida ou nula a sua participação nos cuidados à criança. As rotinas institucionais com horários rígidos e restrição de visitas, a instabilidade clínica do RN nos primeiros dias, o ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos, desconhecido e para alguns até assustador pela complexidade tecnológica, a complexidade dos cuidados, são, em muitos casos, geradores de vivências negativas na família e, concretamente, nos avós, uma vez que se opõem ao desejo de conhecer e de interagir precocemente com o neto/a (Costa *et al.*, 2009).

O acolhimento à família (pais, avós e irmãos) e a participação nos cuidados tornam-se assim fundamentais para a promoção da saúde de todos os seus membros e para garantir ao RN um lugar na família, contribuindo para o seu desenvolvimento. Lamy *apud* Gaíva e Scochi (2005, p.446) referem, a este propósito, que as Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais não podem continuar a ser “fortalezas” onde os recém-nascidos ficam isolados das suas famílias e que estes “...têm que trocar olhares, tocar e serem tocados, sentir, ouvir, para que, dentre outras coisas passo a passo, possam conquistar um lugar em sua família”. As mais valias deste contacto estão descritas nos relatos das avós participantes no estudo de Rocha, Lamy e Ferreira (2005, p.14), ao referirem que ver o neto “...dá uma base para tudo (...): poder falar do bebé para a família, dar apoio à mãe, sentir-se inserido em todo esse processo que circunda o início da vida do neto, dissipar fantasias ou mesmo prepara-se para a morte do bebé”.

Deste modo, o momento da visita participada dos avós na Unidade reveste-se de extrema importância para cada um dos elementos da família. Segundo Vianna (2006), esse encontro é primordial, já que, para além de promover a inserção da criança no seu núcleo familiar, reconhecendo-o como membro integrante, processo fundamental para a identificação e desenvolvimento de cada indivíduo, possibilita o encontro de gerações entre avós, pais e filho, momento essencial para a definição de filiações e o lugar que estas vêm ocupar na rede familiar. Para as avós, a liberação da visita, ainda que em hora determinada, pode ter efeito de recompensa pelo seu apoio, esforço e preocupação com a filha/nora/neto(a), durante o período de internamento (Serra e Scochi, 2004).

4.1.2– Vínculos

As participantes referem-se ao forte vínculo materno estabelecido entre mãe e filho, mas também à vinculação conseguida entre elas próprias e os seus netos.

- **Mãe-RN**

As avós descrevem a ligação e o afecto existente entre as suas filhas e os seus netos como sendo desde o primeiro momento, uma relação muito forte e vinculativa.

P 1: ... ligação muito forte entre mãe e filho

P 5: E penso que foi isso que nos juntou ainda mais, a mim e à minha filha.

P 6: Para a mãe também! Para a mãe também é.

A participação materna nos cuidados ao filho prematuro contempla, para além do envolvimento nos cuidados básicos (higiene corporal, troca de fraldas, massagem) e da realização do contacto pele-a-pele, promotores respectivamente da identificação do papel materno e do afeiçoamento e apego mãe/filho, o estabelecimento da lactação, o fornecimento de leite materno e a amamentação. A competência física, cognitiva e emocional da mãe em prover alimento para o filho pode ajudá-la a sentir-se mais próxima do mesmo e elemento fundamental na sua recuperação, já que este é um cuidado exclusivamente materno. A promoção do cuidado centrado na família e o reconhecimento de que os pais são participantes activos desde a admissão até à alta hospitalar, têm sido fundamentais não só para os ajudar a reassumirem o relacionamento/apego com o filho e a minimizarem as vivências negativas deste período, mas também para a própria recuperação do RN e para o treino de competências parentais, essenciais após o regresso a casa. Rocha, Lamy e Ferreira (2005) referem, que a presença dos avós facilita o estabelecimento de laços afectivos entre pais e filhos, ajudando na construção e desenvolvimento da maternidade e paternidade, e possibilita uma visão mais abrangente por parte dos profissionais de saúde, que vai além da componente biológica.

- **Avó-RN**

As participantes relatam igualmente o vínculo entre si e os seus netos, ainda durante a gravidez das filhas/noras.

P 1: Uma das coisas que me marcou mesmo, foi a primeira vez que eu fui aos Cuidados Intensivos (...) e eu disse assim: “Oh meu amor, tu estavas com saudades de ouvir a voz da vovó, meu querido?” E ele levantou vira, levanta a cabeça para cima a tentar seguir um pouco o meu som e eu achei aquilo realmente fantástico, maravilhoso, porque isto vem a provar que de facto os bebés logo de pequeninos e mesmo na barriga da mãe, já sentem, já conhecem a nossa voz.

P 1: E eu tinha o cuidado mesmo quando a M. andava grávida eu mexia-lhe na barriga, dizia “ Oh meu netinho lindo” e falava com ele. E eu percebi nesse dia que ele conheceu a minha voz!

P 4: A gente faz-lhe festinhas, ele ri-se, um doce! (...): Estou mais agarrada ao R.!

Os autores acima referidos mencionam que, não estando tão comprometidos com o “luto da criança imaginária” e sem tanto contacto com o ambiente da Unidade, os avós podem lançar um olhar diferente para o RN, atribuindo-lhe um significado especial, facilitador, quer da sua inserção na trama geracional e familiar, quer no reconhecimento do RN-sujeito, capaz de interagir com o meio que o rodeia e com a família a que pertence.

4.1.3 – Expectativa da alta hospitalar

Ambas – mães e avós – estavam continuamente atentas à evolução do estado de saúde dos recém-nascidos, que, felizmente, se revelou positiva, tendo culminado com a alta hospitalar.

- **Prognóstico favorável /Alta do RN**

Apesar de não esquecerem o quanto a evolução clínica dos recém-nascidos tinha sido gradual, assim que perceberam que os seus netos teriam um prognóstico favorável, com o culminar na alta clínica, as participantes não cabiam em si de contentes por tudo ter

terminado bem e poderem levar os seus netos para casa, ficando nesse momento, sim, a família completa.

P 1: Pronto, acho que correu tudo muito bem ... no fundo foi tudo muito gradual também, primeiro foi a sonda, ele mamava muito bem, puxava muito bem, depois com a mama ele teve alguma dificuldade em agarrar ao peito, mas depois quando agarrou, agarrou com uma força que já nunca mais largou, portanto foi tudo muito gradual e tudo muito no seu próprio tempo

P 2: Quer dizer, acho bem que o menino mama bem e está a crescer bem, é bom sinal, pronto!

P 3: Mas pronto, acabou tudo bem, graças a Deus!

P 4: Correu tudo bem, graças a Deus, nessa parte, correu tudo bem!

P 6: Mas agora que elas já estão melhorzinhas e maiores é muito bom chegarmos aqui e vermos uma casa cheia!

P 7: Agora em Aveiro, quando lá a fomos ver, já ela a agarrava ao colo e já a víamos lá por um vidrozinho! Já podíamos lá estar mais tempo, já era diferente! E também já estava mais rijita e maiorzita! Ai já sentíamos mais alívio porque víamos que a menina já estava a medrar mais um pouco! ... Agora sinto...fico mais animada da menina estar melhor, fico mais alegre, fico mais contente! A gente vendo os nossos bem, também está bem, não é?

Com a evolução favorável da situação clínica da criança, a família prepara-se simultaneamente para assumir os cuidados no domicílio; acolhe-o com amor e carinho, vivencia mudanças no seu modo de ser, de pensar e de viver sentindo-se simultaneamente recompensada (Costa *et al.*, 2009), apesar da responsabilidade, da sobrecarga e da preocupação que a vivência de cuidar de uma criança prematura acarreta. Segundo o mesmo autor, a alta para o domicílio constitui um momento de mobilização da família em torno da criança e dos cuidados que lhe são inerentes.

4.2 - APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO DA DÍADE

A segunda categoria resultante da análise das entrevistas é relativa ao APOIO AO AM DA DÍADE. Há descrição de todo um conjunto de experiências e situações vivenciadas pelas participantes que envolvem a temática da amamentação. Algumas destas situações foram vividas e lembradas por elas próprias, na altura em que foram mães. Esta

categoria é composta pelas subcategorias EXPERIÊNCIAS RELATIVAS AO ALEITAMENTO MATERNO e IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO ALEITAMENTO MATERNO, conforme se pode observar no Esquema 2.

Gaíva e Scochi (2005) alertam para o facto de a função materna na Unidade de Cuidados Intensivos não se dever reduzir apenas numa primeira etapa ao fornecimento de leite para o filho prematuro. O AM nestas condições depende do binómio mãe/filho, já que, mesmo perante o desejo e as competências maternas, a imaturidade do RN também interfere de forma decisiva. Amamentar um RNPT é um desafio que não compete apenas à mãe isoladamente, uma vez que, para ela, ter sucesso nesta prática necessita de uma rede formal e informal de apoio.

Esquema 2 – Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, respeitante ao apoio ao AM da díade



4.2.1 – Experiências relativas ao AM

Serão então descritas algumas experiências, positivas e negativas, relativas à prática do AM, relatadas pelas participantes.

- **Relembrar as experiências de amamentação**

As participantes conseguiram reviver a altura em que elas próprias foram mães. A forma como era promovido o AM, o tempo que tinham para o fazer, a facilidade ou dificuldade dos filhos em pegar na mama, o tempo durante o qual conseguiram amamentar e algumas razões pelas quais a amamentação não foi tão bem sucedida como algumas das avós desejariam.

P 2: ... antigamente só tínhamos 1 mês a seguir ao parto, não era fácil dar de mamar aos bebés durante muito tempo, não é? Depois ficavam com estranhos.... Era, era mais complicado!

P 2: Os meus filhos beberam sempre leite de biberão, não é? ... Porque eu ... os meus filhos foi assim, um nem sequer conseguiu pegar na mama, portanto nunca mamou! ...

P 3: Eu da mais velha tive duas semanas! E da mais nova não tive. Enervei-me na Maternidade com uma visita que lá foi e eu não tive leite! ... O que me fez a mim não ter leite, foi irem à Maternidade, uma amiga minha ver-me e dizer-me “Olha! Fui a tua casa para ver se tu já lá estavas e veio uma rapariga atender-me que eu não conheço!” Bastou-me isso para eu ficar sem leite!

P 4: Ai, foi muito boa, porque dei até aos 3 meses, não dei mais porque secou o leite, mas tive muita pena (...) aquele amor, aquele carinho..., dar um biberão, dava o biberão..., não!

P 5: Depois a primeira começou logo a mamar bem, pegou muito bem e tudo... Na segunda apesar dos conselhos e da ajuda da minha mãe, não consegui que ela mamasse muito tempo.

P 5: Na primeira correu tudo bem, ela mamou sempre bem, como disse e a minha mãe ajudou-me naquela fase em que o peito encarçou! Ajudava-me a tirar o leite, ajudava-me nas coisas de casa, que naqueles primeiros dias a gente não consegue fazer quase nada em casa

P 6: Porque eu tinha uma nora que apanhou uma infecção, o peito encarçou e deixou de dar mama à menina e a menina teve muitos problemas. Teve muitos problemas! Porque a mãe

não lhe deu mama nunca, só deu uns 4 dias. Depois nunca mais deu e a menina tinha muitas dores, muitas cólicas ...!

P 6: Amamentei-os até ao ano, qualquer um deles e acho que foi bom, acho que foi uma experiência boa! ... Foi uma sensação boa de conseguir ao menos tê-los amamentados até ao ano!

P 7: Amamentei-os a todos ao peito! ... E depois é que tive que dar depois, leite de vaca, tinha a menina 3 mesitos e assim... e desta mais nova só tive...ela nasceu em Junho e só tive até Agosto, depois tive que lhe dar biberão! Um leite especial, porque ela também não bebia qualquer leite!

As experiências individuais das mulheres participantes no estudo, hoje avós, cruzam-se com as influências sociais, culturais e familiares da época, com as práticas dos serviços e dos profissionais de saúde, com o suporte e apoio das suas próprias mães. Rever o passado, permitiu a estas avós o reacender das memórias ainda presentes, divididas entre sentimentos de prazer, de carinho e de ternura durante o tempo em que amamentaram os seus filhos, e, sentimentos de impotência e de confronto com as dificuldades sentidas na época, conservadas até aos dias de hoje.

Apesar de ter estado sempre presente na história da mulher e das famílias, o acto de amamentar tem sofrido alterações. Segundo Poli e Zagonel (1999), a amamentação assume diferentes significados entre as várias culturas e ao longo dos tempos, facto que a torna num comportamento social mutável conforme as épocas e costumes. Influenciada pela sociedade, pelas condições de vida de cada mulher, pelas práticas de cuidados e pelos contextos socioculturais, educacionais, familiares e económicos, as causas que mais concorrem para o seu abandono, também variam. No entanto, de entre os principais factores apontados pelas mães para o desmame precoce, estão: o leite fraco ou em pouca quantidade, o choro intenso da criança, os mamilos invertidos ou doloridos, as alterações do padrão do sono materno, a recusa da criança em mamar ao peito, a perda de peso e a falta de apoio dos profissionais de saúde, da família e dos amigos (Simons *apud* Teixeira e Nitschke, 2008; Sales e Seixas, 2008). Da análise dos discursos das avós participantes, ressaltou-se que as causas que levaram ao desmame precoce dos seus filhos, também estão sustentadas em alguns destes factores.

Paralelamente, importa referir que todas as participantes foram mães na década de 70-80, época em que o AM, em especial o exclusivo, não era tão valorizado e imperava a crença de “leite fraco” e de “pouco leite”, como refere Susin, Giugliani e Kummer

(2005). Segundo Teixeira *et al.*, (2006), esta época ficou marcada pela desvalorização do LM, acreditando-se que não era suficiente para satisfazer as necessidades da criança e como tal deveria ser complementado com leite artificial. A propaganda de sobrevalorização dos leites de fórmula, a carência de informações e de segurança materna sobre as vantagens do AM para a criança, para ela própria, para a família, para a sociedade e para o planeta; algumas práticas e crenças culturais, o uso disseminado de chupetas, bicos, água e chás no intervalo das mamadas, o regresso precoce ao mercado de trabalho com a dificuldade em conciliar a vida profissional, o trabalho doméstico e a prática do AM; a falta de auto-confiança materna quanto à sua capacidade de amamentar o filho; as práticas inadequadas dos serviços e profissionais de saúde com intervenções pouco assertivas no apoio à mãe e família tendo em vista a resolução dos principais problemas decorrentes do AM, são outras das principais causas de desmame progressivo, segundo Giugliani (2000; 2005); Teixeira e Nitschke (2008), com forte impacto nas experiências destas avós e nos comportamentos da época.

De salientar que para estas mulheres, as suas mães já são identificadas como a principal fonte de apoio, facto que confirma a importância das avós na promoção desta prática, através de conselhos, ajuda prática e apoio, replicando muitas vezes o que aprenderam com as suas próprias mães-avós no meio de pertença, configurando saberes intergeracionais (Teixeira, Nitschke, Silva, 2011).

- **Felicidade pelo AM**

As avós expressaram a sua alegria e felicidade pelo facto das suas filhas terem conseguido amamentar sem dificuldade, algo que algumas não tinham conseguido quando foram mães. Lamentam também o facto de algumas mães não quererem amamentar, um acto tão precioso...

P 1: Perceber que também na minha família tinha uma nora disponível e disposta, pronta e com muita vontade de amamentar também

P 3: É muito bom, mesmo muito bom! ... é ótimo! Ela conseguiu o que eu não consegui! ... Fiquei muito feliz

P 3: Não, porque ela leva tudo na desportiva ... Tudo para ela é uma festa.

P 4: Acho que isso não tem explicação, acho que é bonito, eu acho! Com muita sinceridade, acho que isso é muito bom!

P 5: Nunca pensei que mesmo nascendo prematura, começassem a dar logo leite da mãe. Pensava que ainda estava uns tempos só com soro. Por isso quando começaram a dar do dela fiquei muito feliz! Fiquei muito contente! ... Foi sempre o que a minha filha queria e eu também! (...) E eu, quando a vejo a mamar, fico muito feliz, muito enternecida! Muito feliz, mesmo! Gosto muito de ver a menina a puxar!

P 6: Sinto-me contente! Acho que é bom! Sinto alegria em ela fazer isso! É totalmente diferente do que ser só de biberão.

P 7: Sinto-me muito feliz! Sinto-me muito feliz, porque há mães que nem querem amamentar os filhos! Sinto-me muito feliz por isso!

Para a mulher-avó, a vivência do parto das suas filhas/noras e das experiências do cuidar puerperal, no qual se inclui o AM, constitui a oportunidade de reviver as suas próprias experiências (Dornelas e Garcia, 2006). Paralelamente, a interacção entre mãe e filha é fundamental para a construção da identidade feminina de ambas, sendo que, ao longo de vida pessoal e familiar, cada mulher reflecte certas características da sua mãe e a mãe projecta na filha os seus sentimentos e as suas realizações. Para algumas das avós participantes no estudo, o sonho de amamentar, permaneceu adiado no tempo, entre quem não teve a oportunidade de viver com sucesso esta experiência. Resgatar esse sonho através dos momentos em que vivenciaram a experiência de amamentação das suas filhas/noras foi uma forma de auto-realização. A frustração de não terem conseguido amamentar, numa época em que esta prática era vista como uma das primeiras provas de amor pelo filho, é agora recompensada na experiência das filhas/noras, traduzindo que, a construção de significados positivos face a um determinado fenómeno, não implica incondicionalmente uma vivência prévia agradável desse fenómeno.

Oriundas de uma geração em que o acto de amamentar não era questionado, mas visto como um prolongar natural da gravidez e parto, quase todas as avós traçaram como expectativas para as suas filhas a continuidade desta prática, na qual identificam incontestáveis benefícios. Os sentimentos positivos emergiram nos seus discursos de forma notável, em que as expectativas de verem as suas familiares amamentar foram concretizadas, transportando estas avós para uma nova dimensão da vida.

- **Experiências negativas**

Há participantes que se reportam ao facto de o leite materno “ser fraco”, não permitindo o crescimento do RN, algo que revela desconfiança e desconhecimento relativamente aos benefícios do AM. Também relatam algumas experiências menos positivas que tiveram quando foram elas a amamentar as suas filhas, isto é, fazem comparações entre as suas experiências e a actual experiência das filhas/noras, assim como comparam algumas experiências a este respeito entre os vários netos.

P 2: O único que mamou durante 10 meses foi o que me deu mais complicações e mais maçadas, porque passava a vida a chorar, chorava, chorava, os outros não ... O leite também era fraco, tinha que também compensar com biberão na mesma!

P 2: Para a mãe não é tão bom ... eu acho que não, porque eu até ficava com o peito em ferida às vezes ... Para a mãe é mais uma prisão também, (...) está sempre dependente daquelas horas que o bebé tem que mamar, não é? ... E às vezes tem coisas para fazer e não pode... Portanto tem vantagens e também tem inconvenientes

P 3: E eu pensei assim “Tu és tão nervosa que se calhar não vais ter leite”

P 3: Mas acho que é uma tortura, andar sempre a tirar leite, sempre a tirar leite ... Sempre que dá um, tem que ir tirar o próximo, acho que isso é terrível! ... Para mim, eu acho que é uma tortura, estar sempre... até de noite oiço a máquina!

P 4: Eu quando tive a minha filha os peitos criaram-me muito, estava a ver que tinha que ser lancetada e era aquilo que eu pensava que ia acontecer com ela e graças a Deus isso não aconteceu! ... E eu assim “Pronto filha, ainda bem, que não te aconteça como aconteceu à mãe” que foi muito difícil, muito duro!

P 5: Sabe, eu acho que isto do mamar ou não mamar ao peito, também depende muito dos bebés (...) Se eles forem “ruimzitos” de mamar não dá mesmo! Foi o que me aconteceu! ... Com ela só tive um problemazito, porque o leite era tanto que o peito encaroçou, isto já em casa. (...) Depois aquilo passou, eu punha umas toalhas de água quente e aquilo passou e ela mamou até ao ano e meio, sempre muito bem. A segunda foi um castiguinho, nunca quis mamar. Mamou ainda algum tempo lá na maternidade, mas depois em casa o leite foi sendo cada vez menos e ela chorava que se matava e em poucos dias fiquei sem nenhum. Tive que lhe dar biberão. Tive muita pena, mas teve que ser!

Estes relatos corroboram os resultados dos estudos de Teixeira *et al.*, (2006) e de Carmo e Pereira (2008), os quais referem que, entre os principais factores referidos pelas avós, que conduziram à não adesão à prática do AM e ao desmame precoce, foram a hipogaláctia, os problemas da mama puerperal, a dor, o mito do leite fraco, as

características da personalidade da mãe e a atitude da puérpera e família face à realidade da amamentação. Estes factores tendem a ser transmitidos às gerações seguintes, com impacto ou não nas suas próprias experiências.

- **Dificuldades em acompanhar o processo de AM**

Por outro lado, algumas avós descrevem com pena e insatisfação o facto de não terem conseguido acompanhar o processo de AM das suas filhas/noras/netos como gostariam, sobretudo na primeira vez. Os motivos para tais dificuldades foram a distância e a impossibilidade em estar presentes nesses momentos.

P 2: E portanto não acompanhei essa primeira parte em que eu soube que ele tinha pegado bem no peito... não acompanhei muito essa etapa, porque estive longe, não é? ... Inclusivamente pegou numa altura em que até os enfermeiros ficaram espantados, porque como era prematuro ainda com poucos dias e ela chegou-lhe assim o leite e ele começou logo a chupar!

P 6: Praticamente não estou cá, quando ela as amamenta eu não estou cá!

O suporte e a ajuda da rede familiar são fundamentais no AM de um RNPT, pelo que deve ser considerada parte integrante desse cuidado e essencial no suporte/apoio à díade mãe/filho. Especial influência é exercida pelas avós, concretamente as avós maternas, já que a sua opinião está fortemente associada à intenção da mãe em amamentar. Scott *et al.*, (2001) referem ainda, que a puérpera necessita da aprovação e do suporte da sua própria mãe para continuar a amamentar, facto que confirma a importância de as equipas prestadoras de cuidados deverem integrá-las e orientá-las de forma adequada para que estas ajudem a mãe na tomada de decisão consciente e informada no que concerne à alimentação dos filhos.

Num estudo que pretendeu analisar as dimensões sociais que potencializam e/ou interferem no AM de RNPT, é evidente que para além da influência tecnológica e biológica da mãe e RN, o apoio disponibilizado pela mãe e sogra durante o período de extracção mecânica de leite, assume especial importância para esta prática. Este tipo de apoio é materializado sob a forma de conselhos/ajuda prática e expresso na fala de uma

das mães participantes “Não tive bico, então tentei tirar com a bomba. Minha mãe me ensinou as massagens para estimular o bico...” (Silva *et al.*, 2009, p.9).

4.2.2 – Importância atribuída ao AM

De seguida, apresentar-se-ão alguns testemunhos das participantes, no que respeita à importância que atribuíram ao AM, nomeadamente a descrição dos benefícios do AM, associadas à facilidade que as mães encontraram na amamentação, assim como algumas desvantagens.

- **Benefícios do AM**

Todas as participantes conhecem os benefícios da amamentação e dão-lhe importância extrema:

P 1: Não há leite mais importante que é o leite materno ... além de prevenir muitas coisas e é um leite que está sempre pronto ... de evitar muitos problemas. O leite materno é realmente o número 1 para mim!

P 3: Porque é saudável, é muito bom, é o melhor para a bebé e também para a mãe! ... E ainda para mais a dela precisava mais do leite dela, porque era pequenina!

P 5: Eu, para mim foi muito importante ela começar a mamar ao peito, porque já escusou a mãe de andar sempre com aquela preocupação de tirar para ter no frigorífico...

Por outro lado, sabem que a amamentação é fundamental, não só por ser prático, não necessitando de material específico para a sua preparação, assim como, ao tratar-se do LM, este tem um papel primordial, não só na nutrição, mas por conferir imunidade à criança, podendo prevenir doenças e complicações.

P 1: Quando o leite não é materno, corre-se sempre o risco de vários problemas, no momento e a nível futuro, as gastroenterites, aqueles problemas que podem vir no futuro

P 2: Para já, por todos os motivos, porque o bebé tem o leite da mãe, ela tem leite e pelos vistos é o suficiente porque o bebé está crescido e aumenta de peso ...

P 2: Dizem que o leite materno é melhor que o outro, eu até acho que sim, que será, mas... Até porque a pessoa come muita variedade, muita coisa, terá mais proteínas, mais vitaminas,

sei lá! Depende do que a pessoa comer, não é? ... Portanto é bom que ele esteja a tomar o leite materno...

P 5: Este leite é diferente do outro e para os bebés é o melhor... Porque acho que alimenta mais, é da mãe, é o melhor! ... Acho que tem mais vitaminas que o outro e protege contra muitas doenças... A menina era muito pequenina e até penso que foi o leite da mãe que a ajudou a salvar!

P 5: Um bebé que mama leite da mãe, nunca tem tantas doença...

P 6: Ai, eu para mim foi uma grande riqueza! Foi e é! ... Porque acho que dá-lhe muitas defesas e acho que é uma ajuda grande, para elas. Mesmo para elas! ... Porque além de ela estar a dar leite, deve ser outra sensação estar a criá-las com o leite dela, não é?

P 6: Porque eu tinha uma nora que apanhou uma infecção, o peito encaroçou e deixou de dar mama à menina e a menina teve muitos problemas. Teve muitos problemas! Porque a mãe não lhe deu mama nunca, só deu uns 4 dias. Depois nunca mais deu e a menina tinha muitas dores, muitas cólicas e foi totalmente diferente do que estas estão a passar!

P 7: Olhe, porque parece que é outro carinho, é outra limpeza, é melhor para os bebés, porque eles não agarram tantas infecções nem nada, porque o leite da mãe é sempre o melhor! ... Porque a menina já era muito frágil e se fosse qualquer leite, já não era tão bom para a menina, como fosse com o leite da mãe! Eu para mim penso assim, não é?

P 7: E para a mãe também é bom, porque é mais higiénico, ela pode ir para um lado qualquer, como ela ainda hoje veio para aqui, traz a menina e a roupa e pronto e se fosse no biberão já não era assim! Temos que esterilizar, temos que ferver a água é mais trabalho e não é tão higiénico!

Por fim, algumas participantes acrescentam que o acto de amamentar irá promover o vínculo materno.

P 2: O bebé se calhar fica mais preso à mãe, mais ligado, não sei... Talvez! Talvez por isso é que o meu filho que mamou mais, senti mais a falta da mãe, quando eu não estava, estava sempre a chorar todo o dia! (...) porque ele sente-se mais próximo da sua mãe, como é muito pequenino e está a conhecer o mundo, é através da mãe que ele mais começa a conhecer o mundo, não é?

P 4: O leite materno é melhor que o outro, não é (...) Até para as crianças, tem mais defesas, é outra higiene, é bom, é muito bom! (...) e dizia-lhe que se ela tivesse leite que fazia bem, porque fazia muito bem ao bebé, porque o bebé ia ter outras defesas se ela começa-se a dar-lhe do dela em vez do outro ... porque os outros leites, é tudo falsificado.(...) Aquele é nosso, do nosso corpo, é nosso e parece que o bebé é mais nosso, a gente sente mais..., não sei, é

isto tudo que eu sinto... E ela concordou comigo e ainda tem lá leite no frigorífico se for preciso, porque agora vamos pesar o bebé todas as semanas e o bebé tem aumentado muito bem

P 5: ... e também cresce mais meiguinho, porque a mãe a amamentar também transmite carinho, amor e tudo isso que é importante para as crianças. Eu cá acho que é assim! E para a mãe também ajuda a recuperar do parto!

Segundo Araújo *et al.*, (2008), o conhecimento das mulheres no início da década de 80, época em que estas avós foram mães, estava intrinsecamente associado ao modelo biomédico, em que a amamentação tinha como principal objectivo evitar doenças, valorizando-se sobretudo as vantagens para o bebé e muito pouco as associadas à mãe. No discurso das participantes é notória esta influência, verificando-se predominantemente a noção do carácter imunológico do LM para a criança. Também no estudo de Carmo e Pereira (2008), que pretendeu verificar a percepção das avós na adesão à prática do AM por parte das filhas/noras, todas as participantes revelaram conhecimentos sobre a importância desta prática, acreditando não haver outro leite que possa ser substituído pelo LM, sem prejuízo da saúde e do crescimento da criança, destacando que ele evita doenças e que é uma prática saudável.

Apesar desta superioridade, a componente afectiva da ligação mãe-filho, durante a prática da amamentação também tocou estas avós, que identificaram nela a oportunidade de estabelecer uma relação mais próxima e vinculativa entre ambos, confirmando os dados do estudo de Primo e Caetano (1999, p.451), no qual as avós defendem que “a amamentação é uma extensão do processo da gravidez, do nutrir intra-útero”, no qual mãe e filho desfrutam de sensações incríveis de amor e confiança.

A inexistência de estudos com avós de RNPT, não permite fazer o confronto com outros resultados, no entanto, no discurso das participantes também não emerge de forma significativa as vantagens do AM associado à prematuridade do(a) neto(a), apesar de este ser um facto extensamente descrito e valorizado pela literatura.

- **Facilidade em amamentar**

A amamentação foi facilitada, porque já existia o desejo das mães em a colocar em prática. Contudo, o facto de, durante o internamento os recém-nascidos terem sido alimentados através de outros dispositivos - biberões ou sondas, conduziu a que

tivessem sentido algum receio quanto à adaptação dos netos à mama, o que não se concretizou, felizmente.

P 2: Foi engraçado ele agarrar-se ao peito da mãe e ainda só tinha uns dias!

P 4: A gente estava com medo de ele rejeitar, como ele estava a ser alimentado com biberão, com uma sonda, estávamos com medo que ele rejeitasse a mama, ou então que demorasse muito mais, como esteve lá muita gente dois meses, por causa dos bebés se habituarem ao peito, não é? ... Mas graças a Deus isso não aconteceu, ele começou a mamar no peito, gosta, porque a gente nota bem que ele está ali todo consoladinho! ...

P 5: A minha filha dizia-me que a menina era muito espertinha para mamar, que até os enfermeiros ficavam admirados com ela! ... Aprendeu rápido! (...) Tinha medo que por ela ter estado tanto tempo com a sonda e com o biberão, que fosse mais difícil, mas pelos visto não!

O internamento de um RNPT altera a vivência e a dinâmica familiar e impõe a separação entre mãe/ filho, alterando o vínculo entre ambos. Paralelamente, a mãe vivencia sentimentos de revolta, tristeza, culpa, dúvida e medo, o que dificulta a produção de leite, a disponibilidade e o desejo de amamentar (Serra e Scochi, 2004; Nascimento e Issler, 2004). Para que a mãe tenha sucesso na manutenção da lactação durante a hospitalização do filho, é fundamental que se sinta segura, tenha orientação, apoio e incentivo, partilhado pelos profissionais de saúde, mas também de modo muito especial pela família, já que esta é a unidade de cuidados por excelência, dos seus membros. Num estudo de Pacheco e Cabral (2011) que pretendeu conhecer a prática social das famílias em relação à alimentação de recém-nascidos de baixo peso, os obstáculos subjectivos (mãe/RN) e objectivos (RN não pegar na mama, não ter mamilo proeminente, boca do RN pequena, leite não fluir) identificados pelos diversos elementos (mãe, avó) em contexto hospitalar, foram, segundo eles, superados através de intervenções dos profissionais, pontuais, contínuas e resolutivas, baseadas numa relação terapêutica de ajuda e de ensino.

- **Desvantagens**

A necessidade de proximidade ao RN e a frequência exigida pela amamentação foram alguns dos inconvenientes relatados pelas avós. Por outro lado, crêem que uma das

desvantagens da amamentação é poder conduzir ao aparecimento de feridas nos mamilos ou ao ingurgitamento mamário.

P 2: Para a mãe não é tão bom ... eu até ficava com o peito em ferida às vezes ... Para a mãe é mais uma prisão também ... porque, não pode ... está sempre dependente daquelas horas que o bebê tem que mamar, não é ... E às vezes tem coisas para fazer e não pode... Portanto tem vantagens e também tem inconvenientes, acho eu!

P 2: Mas lá está, ele também já agora, já de vez em quando passa as noites também já a chorar como era o meu filho. Eu já lhe disse...! Mas a médica até lhe deu um chazinho para ele tomar! Não sei se é do leite materno se do que é. Porque pode não ser, mas é uma certa coincidência!

P 3: Mas acho que é uma tortura, andar sempre a tirar leite, sempre a tirar leite ... Sempre que dá um tem que ir tirar o próximo, acho que isso é terrível! ... Para mim, eu acho que é uma tortura ... porque ela dá e tem que ir logo tirar o próximo e acho que isso é uma tortura!

P 4: Eu quando tive a minha filha os peitos criaram-me muito, estava ver que tinha que ser lancetada e era aquilo que eu pensava que ia acontecer com ela e graças a Deus isso não aconteceu! ... E eu assim “Pronto filha ainda bem, que não te aconteça como aconteceu à mãe” que foi muito difícil, muito duro!

P 5: P 5: Sabe, eu acho que isto do mamar ou não mamar ao peito, também depende muito dos bebés (...) Se eles forem “ruimzitos” de mamar não dá mesmo! Foi o que me aconteceu! ... Com ela só tive um problemazito, porque o leite era tanto que o peito encaroçou, isto já em casa ... A segunda foi um castiguinho, nuca quis mamar. Mamou ainda algum tempo lá na maternidade, mas depois em casa o leite foi sendo cada vez menos e ela chorava que se matava e em poucos ias fiquei sem nenhum. Tive que lhe dar biberão. Tive muita pena, mas teve que ser!

P 5: (...) porque como a menina não estava ao pé dela e não mamava no peito, pensei que ela ia desistir de tirar

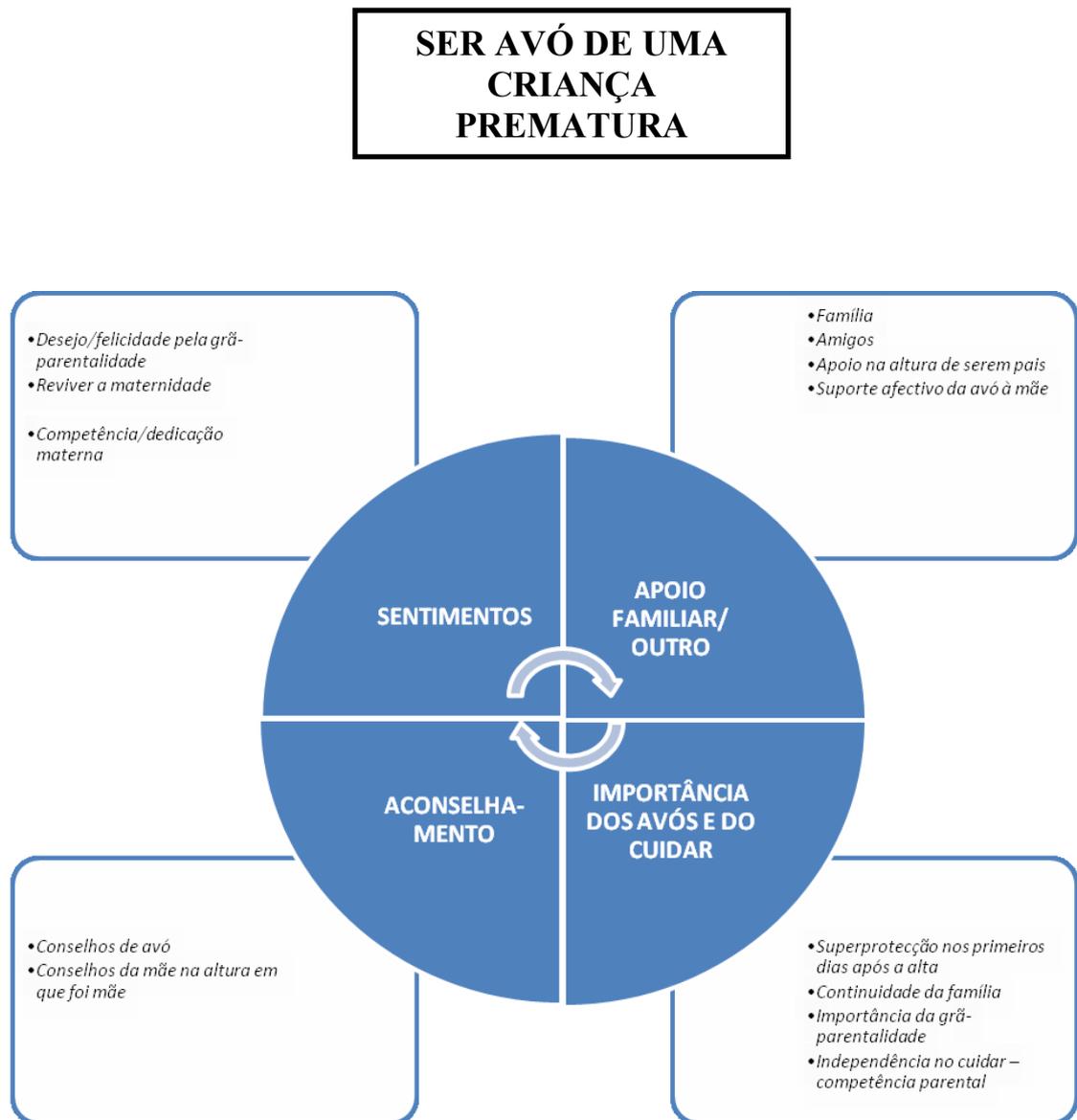
Apesar de ser reconhecido o valor do LM, algumas das descrições das avós participantes mostram uma postura que muda a sua posição perante os problemas e as dificuldades que surgem, concretamente, no domicílio. Ainda no estudo acima referido, os saberes e as práticas familiares assumem o seu lugar na alimentação do recém-nascido de baixo peso em contexto domiciliário, podendo ser decisivos no processo de mudança de atitudes. O regresso a casa foi referenciado como um momento difícil para a mãe (a mama doía, ficava ferida, tinha que tirar o leite e fazer massagem); para o RN (não pegava à mama, não conseguia mamar, não mamava o que tinha que mamar); para a família (boca do RN pequena de mais, tamanho da mama, crença de que o leite

materno não alimentava, choro do RN). Perante esta realidade e sem o suporte profissional, aquando do internamento, o apoio das avós foi decisivo, quer para a manutenção da amamentação exclusiva, quer para a introdução de fórmulas lácteas.

4.3 - SER AVÓ DE UMA CRIANÇA PREMATURA

A terceira categoria diz respeito ao SER AVÓ DE UMA CRIANÇA PREMATURA que, por sua vez engloba algumas subcategorias, nomeadamente uma dedicada aos SENTIMENTOS relacionados com a grã-parentalidade no caso de crianças prematuras, no APOIO FAMILIAR/OUTRO proporcionado às filhas/noras, engloba também o ACONSELHAMENTO dado pelas participantes às suas filhas/noras, relacionado com as suas próprias experiências como mães e, por fim, uma subcategoria relacionada com a IMPORTÂNCIA DOS AVÓS E DO CUIDAR, como se pode observar no Esquema 3.

Esquema 3 – Representação esquemática das subcategorias e indicadores que emergiram dos discursos das participantes, referente ao facto de ser avó de uma criança prematura



4.3.1 - Sentimentos

Neste subtema, descrevem-se um conjunto de sentimentos vivenciados pelas participantes, relacionados com o facto de terem sido avós de netos prematuros.

- **Desejo/felicidade pela grã-parentalidade**

Algumas participantes descrevem o desejo antigo de serem avós, sobretudo porque sentem que estão a ficar “ muito velhas para serem avós ... já tinha passado da idade!”

P 1: Bebê já bastante desejado

P 3: Queria muito ser avó ... nós queríamos há muito tempo ... Já estávamos muito velhos para ser avós ... Já tinha passado da idade, mas estou muito feliz ... Então é muito bom, eu já desejava há muito tempo!

Por isso, na sua globalidade emanaram um sentimento de felicidade por serem finalmente avós, mesmo que mais tardiamente do que esperavam e desejavam. Apesar da responsabilidade, a experiência compensa, “para nós foi a melhor coisa”.

P 1: Foi assim a verdadeira loucura, a gente ficamos fora de estado, nós ficámos mesmo fora de estado, não conseguimos descrever a alegria que é (...) é uma alegria muito grande

P 2: Fiquei toda contente por ele ter nascido

P 3: Ah! Foi muito bom (...) fiquei muito contente, eu e o avô! (...) Para nós foi a melhor coisa, um neto é sempre o que todos os avós esperam, é o continuar da família.

P 4: Ai senti..., chorei de alegria

P 4: Porque, como ele é um bebê tão pequenino, que agora está bonito, já tem 2,500Kg, graças a Deus, mas eu estou sempre a ver se ele está bem, e tem corrido tudo muito bem, mais do que aquilo que eu esperava

P 5: Gostei muito, foi muito importante para mim ter sido avó nesta fase da vida (...) foi a primeira neta

P 6: É muito trabalhoso, mas é uma alegria! Fico muito feliz! ... Sinto alegria! É sinal de que posso ajudá-la!

P 7: Foi uma experiencia boa!

Igual significado relatam as famílias do estudo de Costa *et al.*, (2009), para as quais ter um filho, mesmo que prematuro, significou a realização de um sonho da família, renovando a vida dos seus diversos elementos (avós, pais, tios e irmãos) e disseminando felicidade. Concretamente o momento da alta clínica e a sua chegada ao domicílio

podem considerar-se o premiar da família, após o período de internamento. Sentimentos como a alegria e a felicidade foram verbalizados pelas avós participantes no estudo, bem como o desejo de compartilhar e de se envolverem nos cuidados aos netos.

- **Competência/Dedicação materna**

As participantes revelam o orgulho que sentem das suas filhas, ao reconhecerem que são boas mães, mães exemplares. A mãe assume papel de destaque, reconhecido pelos restantes elementos da família, como cuidadora e como elemento fundamental no processo de desenvolvimento e de recuperação e da criança. A dedicação, o carinho e o cuidado que dedica ao filho são confirmados pelas avós e reiterados como essenciais, inclusive, para a sobrevivência do neto/a.

P 4: Dizia que os filhos são a nossa maior riqueza que a gente tinha...

P 6: Sinto que ela é uma grande mãe!... Porque consegue fazer isso tudo!

P 7: Olhe, sentia que ela era uma mãe exemplar!

Também descrevem toda a dedicação que estas têm para com os netos, não só durante a amamentação, como relativamente aos cuidados aos mesmos, nos quais devem ter o papel principal. Referem que infelizmente há muitas mães que não se importam com os filhos ou então, que optam por não amamentar – porque “*não querem estragar a sua imagem, os seus peitos*” – daí admitirem que a presença das mães – suas filhas – é fundamental.

P 1: E depois toda aquela dedicação, a mãe a amamentar...Porque há muitas mães que recusam dar peito ... e ela não! (...) A minha nora, eu acho que ela é assim uma pessoa muito competente, sempre muito certa daquilo que está a fazer, muito ágil

P 4: E vejo que a minha filha é uma mãe esmerada ... Olhe, é uma mãe muito valiosa para mim!

P 5: Não, nos cuidados à menina é sempre a mãe! Ela lá nisto é muito cuidadosa e eu vejo que ela não precisa de ajuda! ... E fico feliz por ela cuidar tão bem da filha! Isso fico!

P 7: Porque, há muitas mães que não querem saber dos filhos e ela quer bem saber da filha e cuida muito bem dela!

- **Reviver maternidade**

Com tantos sentimentos à flor da pele, torna-se inevitável as participantes reviverem momentos da época em que elas próprias eram as mães e as filhas as crianças recém-nascidas, nomeadamente, a ajuda que as suas mães lhes deram em casa, nas tarefas domésticas, no cuidar das suas filhas, enfim toda “... a experiência de quando fomos pais, dos partos, da infância das filhas, enfim, de tudo o que passamos para as criar!” (P3).

P 1: É quase como recuar no tempo ... Que eu gostei mesmo muito da experiência, que é nós transpormo-nos um pouco para o nosso passado como mães também ...

P 3: A minha mãe todos os dias... eu até elas terem 1 mês/2 nunca consegui dar banho! Tinha medo e a minha mãe todos os dias ia a minha casa dar banho às netas. Foi isso! A minha mãe foi quem me ajudou mais, ir lavar a roupa e pronto, ir ajudar em tudo!

P 4: Disse-me assim “ Ó mãe podias ficar agora comigo para sempre!” ... Porque eu quando ela nasceu, eu também passei uma fase muito difícil, porque agora, graças a Deus, já há máquinas que no meu tempo não havia, não é?

P 5: Eu comigo, também já foi assim! Gostava de saber que a minha mãe estava ali para ajudar no que eu precisasse, mas também gostava de ser eu a fazer, nem que não fosse tão bem. Por isso até a entendo agora! Tem que ser ela a fazer, entendo isso muito bem!

Kipper e Lopes (2006), no seu estudo que pretendeu investigar a experiência de tornar-se avó e a sua importância no processo de individualização, concluíram que as avós, ao contactarem com os netos, têm a oportunidade de renovar os vínculos com as suas filhas, com as suas mães e até com as suas avós, num movimento de reflexão/resolução de conflitos e de experiências passadas. Nos relatos das avós participantes, o nascimento dos netos trouxe à memória o nascimento das suas próprias filhas, com uma riqueza de detalhes e uma recordação fiel, sendo que o momento do parto das filhas representou uma reconstrução dos seus próprios partos e de identificações com o momento actual, descrito por algumas como um filme que passa, das suas próprias vidas. Este reviver do passado permite, na grande maioria, perdurar um sentimento de completude da

identidade feminina, integrando tempos distantes, mas com muito em comum. Permite ainda, fortalecer a relação entre mãe (agora avó) e filha, em que a segunda é vista pela primeira de forma mais madura, já que a experiência de tornar-se mãe facilita a identificação entre as duas gerações e a filha adulta é reconhecida como tal. O nascimento dos netos introduz assim, uma cumplicidade, que reforça o entendimento e a relação entre os elementos femininos da primeira e da segunda geração, se a sua relação prévia não é conflituosa. Nos casos em que a relação já é problemática, pode acentuar ainda mais conflitos prévios, com repercussões nas relações já existentes e nos próprios netos.

Ainda segundo as mesmas autoras, este reactualizar do passado possibilita a cada mulher, hoje avó, colocar-se no lugar das suas mães, facto que permite compreendê-las melhor e valorizá-las, repetir com as filhas/noras o mesmo papel de cuidadora, repassado das suas mães e fazer hoje com os netos o que já as avós dos seus filhos fizeram.

Todo o nascimento é, assim, um momento de confronto entre gerações, possibilitando o retorno das experiências vividas pelos pais, agora avós, aquando do nascimento dos seus próprios filhos. Perante o nascimento de uma nova criança, os avós tentam adequar-se ao seu novo papel, muitas vezes num movimento de reactualização da sua experiência passada, facultando o reviver de momentos de prazer e de alegria como pais, mas também de momentos difíceis. A este propósito, Vianna (2006, p.2) refere que “...esse novo traz em si o antigo, que pode ser revisitado com outro olhar. Distanciado, mas não distante”.

4.3.2 – Apoio familiar/outro

O apoio dado às mães de RNPT foi notável, sobretudo por parte dos seus pais e sogros. As participantes são incansáveis na ajuda prestada às filhas/noras, desde que os seus netos nasceram, confirmando o que Andreani, Custódio e Crepaldi (2006) afirmam, que uma das circunstâncias em que se faz necessária a existência de uma rede social consistente é perante um nascimento pré-termo.

A rede social pode ser definida como o somatório de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, tais como: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção em práticas comunitárias e sociais. Essas relações correspondem ao conjunto de pessoas com quem interagimos regularmente, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos tornam reais (Sluzki, 2006). De salientar que a rede social delimita uma realidade para além da família nuclear, sendo que também a inclui. Contém ainda e é originada, pelas histórias que constituem a subjectividade dos seus membros, sendo geradora e depositária da existência simbólica de quem a integra, organismo cujo centro é arbitrário, flutuante e circunstancial. Funciona como estrutura de apoio e contribui para a experiência individual de identidade e de competência, incluindo os hábitos de cuidado e de promoção da saúde, além da adaptação aos momentos de crise (Spech *apud* Custódio, 2010).

- **Família**

O apoio físico e emocional por parte da família, sobretudo das avós, revela-se crucial. Algumas porque já estão reformadas e outras porque toda a vida foram domésticas. As avós ajudam nas tarefas domésticas, para que as suas filhas tenham mais disponibilidade para cuidar dos netos

P 5: Acho que foi muito importante ela ter com quem desabafar!

P 6: Faço o que eu posso e ajudo no que eu posso! ... Pede para vir e eu venho! Sempre! E ainda venho muita vez sem ela me pedir! Eu sei que ela fica contente de eu vir ... Venho de toda a vontade! Mas é mais na ajuda aqui das coisas de casa, porque lidar com as meninas tem sido sempre só a mãe!

P 7: (...) Ajudado a cuidar da bebé, não! Às vezes agarro-a um bocadinho e assim quando ela aqui está, mas outras coisas para a mãe, do que a mãe precisa, sim!

Ou então disponibilizam-se para tomar conta dos netos, enquanto as filhas vão trabalhar ou tratar de outros assuntos.

P 1: Se tínhamos que sair de casa, às vezes à meia-noite, para ir à Maternidade, para a mãe amamentar, dar leite, nós ía-mos e eu estava sempre pronta para ir!

P 2: Ela precisa da minha ajuda de vez em quando, porque o bebê mama de 3 em 3 horas e meia, acho eu, e depois ela tem que ir tratar de algum assunto ... (...) Olhe, no outro dia a minha filha precisou de ir à Segurança Social, fiquei-lhe com o bebê... Hoje ficou lá a avó do outro lado, porque ela foi para uma reunião na empresa

P 3: Ela sabe que eu estou sempre disponível para ajudar ... Agora se ela quiser ir trabalhar e deixar cá a menina é a única coisa que eu lhe posso fazer. Eu fico-lhe com a menina! Com muito boa vontade!

P 6: ... Eu só estive aqui quando ela foi internar a outra, é que eu fiquei aqui a tratar das outras duas que ficaram!

Também revelam uma preferência para tomarem conta dos netos, em vez de as filhas, os colocarem no infantário.

P 4: Senti...vontade de ir e disse-lhe “Filha, sim senhora, até se não quiseres pôr o R. no infantário eu fico-te com ele”. E vou para Esmoriz, não me importo nada! ... Portanto, se me pedissem apoio... “ A avó agora tem que vir para aqui!” eu ia, não me custava nada, pegava no carro e ia, nem que fosse à meia-noite ou a qualquer hora, ia!

E participam na promoção do conforto das filhas/noras quando estão a amamentar.

P 4: À meia-noite o que é que eu fazia com ela, para ela estar acordada e para também não ficar aborrecida, que é chato? Eu ficava até à meia noite a ver televisão, a conversar com ela, a ler um livro ou assim a conversar ao lado dela no sofá para ela estar à meia-noite bem disposta para dar o leite ao bebê!

P 4: Olhe, isso, ponho-lhe uma almofadinha nas costas para ela não se cansar ... Ponho-lhe uma almofadinha no colinho para o bebê estar todo satisfeito... Nos cuidados ao bebê? Ai, eu dava-lhe tudo o que pudesse, até a minha vida se fosse preciso!

Estão dispostas a apoiá-las 24 horas por dia, em tudo o que precisarem “Se eu pudesse estava lá todos os dias”, inclusive, referem que dão apoio económico

P 5: E a minha filha às vezes diz “Ó mãe, se não fosses tu e o pai, não sei o que seria de nós!”... Pois e é verdade, as coisas estão muito mal para os novos e têm que ser os mais velhos ajudar! ... Os pais nesta fase são sempre uma rica ajuda! ... Ajudo nas coisas de casa, no comer, passo a ferro, trato-lhe da roupa, compro-lhe o que é preciso e essas coisas assim! Ajudo em tudo o que posso e no que ela me pede! E fico muito feliz de ajudar.

P 7: Eu faço pelos meus filhos tudo o que eu posso. Semeio e planto para eles todos e dou sempre comida ao domingo a eles todos, que já somos 15!

Em resumo, através deste apoio familiar tão marcado, as mães poderão usufruir de algum descanso, facilitando simultaneamente, o desenvolvimento de laços afectivos entre avós e netos.

P 1: Agora a nível de futuro, penso que quando ele começar a ser mais autónomo nós possamos colaborar mais, ajudar mais e podermos até ficar com ele, que já aconteceu também ... mas lá está, são pequenos passos que não dá muito para aliviar um pouco a mãe neste caso, não é?

P 1: Mas sempre que posso vou ao encontro também, tento ir porque acho que é muito importante não só para o pequenino, para o neto, como para nós, avós também ... Aliás é também muito importante para a mãe, mesmo muito importante, porque qualquer coisa que seja para aliviar, nesta fase para a mãe é muito importante também e penso que nisso eu também tento ajudar, sim!

P 1: Porque há muita forma de apoiar, muitas vezes até estarmos caladas a observar, estamos a apoiar e penso que de alguma forma de uma maneira ou de outra que eu consegui isso!

Baião (2009) refere que é exequível considerar que, numa situação de prematuridade, este apoio é ainda mais efectivo do que perante um nascimento de termo. Este autor concluiu no seu estudo que pretendeu caracterizar o *stress* parental em pais e mães de prematuros, relacionando-o com variáveis sócio-demográficas, que estes têm maioritariamente a percepção que lidam melhor com a prematuridade ao longo do tempo; que têm facilidade na interacção com o filho e que se sentem satisfeitos no desempenho do papel parental, quando são apoiados por familiares, pelo próprio cônjuge e por amigos.

A família constitui-se como a principal fonte de apoio social (emocional, material, instrumental e afectivo) e desempenha um papel fundamental como unidade primária de cuidados e de identificação, facilitando e desenvolvendo nos seus membros a autonomia e a capacidade de auto-cuidado. Nos acontecimentos de crise, de transição e de vulnerabilidade em saúde, como é o caso do nascimento pré-termo, ela pode constituir

um recurso precioso, ajudando os pais a encontrarem um equilíbrio nas possíveis mudanças, favorecedor da adaptação às características e às necessidades da criança.

Perante as alterações pessoais e da própria dinâmica familiar que este acontecimento acarreta, o apoio prestado aos pais pela família representa um dos recursos de ajuda e de cuidado à criança, mediado pelo cuidado à mãe. Mas, para que esse apoio possa ser factor preditivo de saúde e de adaptação individual com possibilidade de aumentar a auto-estima/auto-confiança e de facilitar a adaptação às características da criança prematura, torna-se necessário que a mãe percepcione a existência desse suporte. Simioni e Geib (2008, p.3) referem, relativamente a este pressuposto, que "...o apoio social percebido protege a mãe contra as adversidades no atendimento ao recém-nascido prematuro, fortalecendo-a no enfrentamento das intercorrências de saúde", facto que corrobora a importância do apoio à mãe no período puerperal, numa lógica de promoção da autonomia e da saúde, capaz de a conduzir ao seu próprio desenvolvimento, ao assumir das suas competências parentais e do papel materno, assim como contribuir para a minimização das alterações na relação familiar e conjugal. Estes autores destacam, de entre as principais fontes de apoio familiar percebido pelas mães de crianças prematuras, as avós maternas e paternas, materializado no auxílio das tarefas domésticas, nos cuidados físicos, emocionais, materiais, nas informações e conselhos, contribuindo, deste modo, para a construção social da família.

Especial destaque é dado ao apoio afectivo-emocional prestado pelas avós, constituindo-se um comportamento de cuidados promotor de uma base segura, com potencial para capacitar a mãe a desenvolver comportamentos de protecção, suporte e conforto, essenciais para o cuidado, sobrevivência e desenvolvimento do RNPT. Jennings, Stagg e Connors *apud* Dessen e Braz (2000), referem que o suporte social é factor importante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos e que, para além de uma rede pessoal onde se incluem as pessoas que a mãe considera importantes na sua vida, a mulher deve dispor também de uma rede maternal, que inclui as pessoas que a mãe considera importantes para o desempenho do papel materno. Estes autores concluíram no seu estudo que durante o período de transição normativa subsequente ao nascimento dos filhos, os avós prestam apoio psicológico, identificado como fundamental para mães e pais, mas também ajudam nas necessidades materiais e financeiras e nos cuidados à mãe/RN/família durante e após o internamento, ajustando

as estratégias de apoio em função do contexto/necessidades, vivenciadas pela família no momento da transição.

- **Suporte afectivo da avó à mãe**

Também no presente estudo, as avós descrevem o apoio afectivo-emocional dado às filhas/noras durante o internamento dos netos e após a alta hospitalar. Apesar de, para uma delas, a prematuridade não ser uma novidade na história familiar, a maioria sentiu-se muito emocionada com o nascimento prematuro deste (a) neto/a, facto que por si só contribuiu para o suporte afectivo intergeracional que envolve o nascimento.

P 1: E fi-lo com muito carinho!

P 4: Comprei-lhe um ramo de flores. Uma rosa para o filho dar, ... disse ao P., ao irmão para por a mãozinha dele, para quando a mãe chegasse para ela ficar toda feliz... Fiz isso tudo que é carinho, para a mãe, que estava a chegar de regresso a casa, depois de muito sofrimento! ... Oiça, é..., assim uma coisa muito doce, não sei explicar...marca muito ... dizia que os filhos são a nossa maior riqueza que a gente tinha...

P 5: Mas eu lá estive com ela, dei-lhe miminhos

P 6: Pronto, senti muita alegria em as ver, mas não senti... não foi novidade porque já sabia. Já tinha visto outros assim pequeninos. Já tinha visto o meu sobrinho, porque na altura a gente já os via e então o filho dessa minha amiga!

P 7: Desta vez fiquei mais emocionada

O nascimento pré-termo de um filho tem forte impacto nos pais e nos restantes elementos da família, tornando-se num acontecimento marcante da história familiar, acarretando transformações significativas na vida dos pais e restante família, com o assumir de novos papéis. Concretamente as avós têm um duplo papel, já que os pais de um RNPT necessitam de serem cuidados para reelaborarem o momento que estão a viver, para assim se reestruturarem e atenderem às necessidades do filho (Gaíva e Scochi, 2005). Este papel de cuidadora é mais evidente na avó materna, assumindo a função de cuidar da filha para que esta cuide do neto. Já a avó paterna, por seu lado, dirige mais o seu cuidado directamente para o neto. Rocha, Lamy e Ferreira (2005)

referem que esta necessidade materna de ser cuidada, acompanhada por um “desejo de dependência” vivido anteriormente com a própria mãe, está presente em qualquer maternidade, mas na de um RN de risco, mais do que em qualquer outra, pelo que as avós desempenham um papel fundamental como mãe dos pais e como avó, quer na construção de uma mãe para a criança, quer na construção da criança para a mãe.

- **Apoio na altura de serem pais**

Por sua vez, as participantes falam delas próprias e do apoio que receberam na altura em que foram mães. Referem que também elas tiveram muito apoio das mães ou dos irmãos, em alguns casos, por ausência física do companheiro.

P 5: E depois eu comecei a trabalhar aos 16 meses e os meus pais não deixaram a menina ir para a creche. Ficaram com ela até aos 4 anos. Foi assim, eles e principalmente a minha mãe ajudaram-me muito!

P 6: Foi a minha mãe que Deus tem! Ajudou-mos a criar, porque o meu filho era muito rebelde, muito mauzinho de criar e foi ela que me ajudou. Em todas as situações. Era quem me lá ia a casa ajudar em tudo!

P 7: Olhe, nos primeiros foi uma irmã minha, que veio para cá! E depois o meu marido foi para o estrangeiro, tinha a minha filha mais velha 2 meses e essa minha irmã ficou comigo!

Os relatos desta proximidade familiar (passada e presente) emergem no pressuposto de que o nascimento de uma criança pode adquirir um significado de unificação familiar e geracional. Relvas e Lourenço (2006) referem, a este propósito, que a gravidez e a maternidade implicam a criança, a mãe, o pai (presente ou ausente), os avós, as tias, os tios e a(s) família(s) de origem (presentes ou ausentes, participantes ou não). Principal papel de destaque neste apoio/suporte familiar tem sido assumido, tradicionalmente pela figura feminina mais próxima ou mais marcante, sendo quase sempre o modelo central de comportamentos, de práticas e de afectos maternos. Estas mulheres, na grande maioria mães, sogras, avós, ou na sua ausência irmãs, transmitem não só conforto e segurança à mãe, mas também dão ajuda prática nos cuidados à criança e à própria puerpéra, nos afazeres domésticos. Pela sua experiência de vida, são tidas como grandes conselheiras nas decisões familiares e nos aspectos que se prendem com os cuidados, com a alimentação da criança e com a própria educação.

Herdeiras de um processo cumulativo de conhecimentos e de experiências adquiridas ao longo da vida, as mulheres-avós foram e continuam a ser, as grandes cuidadoras dentro da família e responsáveis pela transmissão da herança feminina (herança do cuidar) às filhas/noras, herança que reúne sentimentos, atitudes, valores, crenças e conhecimentos, ancorada numa cadeia de ajuda de mãe para filha, sucessivamente.

Boff *apud* Teixeira, Nitschke e Silva (2011, p.211) refere, a este propósito, que “Na história do cuidado humano existem duas figuras que concentram e irradiam cuidado de maneira privilegiada: nossas mães e as mães de nossas mães, as nossas avós”, contribuindo de forma decisiva para a sobrevivência do ser humano.

- **Amigos**

As participantes referem-se também ao apoio de outras pessoas, nomeadamente dos amigos das suas filhas e da própria equipa de Enfermagem, na altura em que ainda estavam internadas.

P 4: Amiga, amiga que me tem apoiado muito, que me telefona depois que soube que o meu R. nasceu de 7 meses, é a minha empregada que eu tenho há 20 anos... Somos quase como irmãs! ... É quem me tem telefonado todos os dias a perguntar se o bebé está bem, se a G. está bem... Essa sim! É uma pessoa espetacular que eu tenho ao meu lado!

P 4: Acho que foram todas boas, todas espetaculares, dizia ela, correu tudo muito bem, que eram umas melhores do que outras, que isso é normal, não é? Como as pessoas, acho que sim, que ela até gostou de lá estar, o P. também já lá nasceu, portanto aí não tenho nada a dizer porque correu tudo muito bem! No fundo acho que sim!

P 7: Não, não nunca me disseram nada! Mas eu sei que eles são todos meus amigos! Se eu preciso de alguma coisa, eles também estão sempre prontos e são todos muito amigos uns dos outros, o que também é muito bom!

P 7: E quando eu ia ao Hospital vê-las, elas olhavam-me aqui pela casa e tratavam-me dos animais. Têm-me ajudado em tudo o que elas podem!

Durante o processo de adaptação ao papel materno, a maioria das mulheres deseja ser cuidada e acarinhada. Emocionalmente, ousa ser dependente da sua própria mãe, como forma de valorização dessa dependência, proporcionando-a, por sua vez, ao filho

(Brazelton, 1988). Quando esse processo não ocorre, resultam sentimentos de decepção, abandono, desânimo, incompetência materna e até medo, o que dificulta a mobilização da energia emocional necessária para cuidar do filho, especialmente nos casos de prematuridade.

Mas perante a debilidade do apoio familiar, outras fontes podem ser mobilizadas para satisfazer a necessidade de segurança, de protecção e de conforto, onde se incluem as fontes de apoio não familiares (amigos, vizinhos, empregada e outros), profissionais (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, professores) e instituições (serviços de saúde, escola). Minkler *apud* Simioni e Geib (2008), refere que estas fontes contribuem para desenvolver na mãe a auto-confiança, a auto-estima, a capacidade e a competência para cuidar, contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento saudável da criança.

4.3.3 - Aconselhamento

As participantes relembram todo um conjunto de conselhos que lhes foi dado na altura em que elas próprias foram mães e reproduzem-no agora às suas filhas ou noras, para que, por sua vez, elas os reproduzam e garantam os melhores cuidados aos netos.

- **Conselhos da avó**

As participantes ficaram felizes quando as suas filhas lhes pediram conselhos. A maioria dos conselhos é relativa ao AM, mas quando as filhas se sentem cansadas psicologicamente ou estão preocupadas com algum aspecto relacionado com os seus filhos, sentem também que as suas mães são um bom suporte emocional. Por outro lado, algumas avós referem que as filhas não aceitam todo o tipo de conselhos ou sentem que não precisam de nenhum, talvez porque tenham aprendido a ser autónomas no cuidar de uma criança prematura.

P 1: Pronto, às vezes ela também me pedia algumas opiniões daquilo que eu achava ou não e dentro daquilo que eu achava, daquilo que me foi possível, fui dizendo fui aconselhando ... Aliás a nossa tendência como ser humano é sempre aconselhar daquilo que nós achamos ser o melhor, não é ?...

P 2: Eu ainda não lhe dei nenhum conselho, que ela não precisa de conselhos meus!

P 3: Eu acho que não podia nada por causa da menina ser prematura, se a menina não fosse prematura mamava naturalmente, não é? Mas como é prematura, não posso aconselhar nada

P 4: Não tenho dado nenhum conselho, porque o bebê está a aumentar bem

P 5: E também fico feliz quando ajudo e quando ela me pede conselhos! É sinal que a ajuda e os conselhos da mãe também são importantes, não é? É muito bom! ... Ela umas coisas aceita e faz como eu lhe digo e outras não! Também já teve muito tempo internada e aprendeu a tratar dela como deve de ser! Agora é deixá-la fazer!

P 5: Quando eu lhe telefonava dizia-lhe sempre para ela ter calma, que era muito importante para a menina a mãe também estar calma ... Disse-lhe “Ó filha, tem calma, porque o que tu estás a fazer é o melhor que podes fazer pela tua filha nesta fase, pensa que lhe estás a dar o melhor que uma mãe pode dar nestas condições!”

P 5: A menina agora já mama bem e está a aumentar de peso todas as semanas! Tenho-lhe dito para comer coisas salgadas para ter mais leite, para estar calminha quando dá de mamar e para não deixara a menina dormir muitas horas seguidas, para a acordar para mamar.

P 7: Dou-lhe muitos conselhos, para ela agora não estar sempre a pôr a mama na boca, porque ela de 10 em 10 minutos tem que mamar! Ainda no Domingo de 10 em 10 minutos estava a mamar! E eu dizia: “C. não faças isso, não faças isso, porque depois a menina está só a mamar um cisquito de cada vez e na vez do estômago ficar maior, fica cada mais pequenino”. Eu acho que é assim! “Ai, ela não mamou o suficiente!”. Ela tem de lhe dar mais raras vezes, ao menos de duas em duas horas, porque o bebê, pronto, os outros é de 3 em 3, mas como a bebê é mais pequenina e mama menos ao menos de 2 em 2 horas! E ela está sempre com medo dela ter fome, está-lhe sempre a dar! E eu rezingo às vezes com ela! Não faças isso, não faças isso, dá-lhe só de 2 em 2 horas! “ Ó mãe, a menina tem fome! Olha queres ver?” e ela começa assim com a cabeça, “Vê que ela está a procurar, vê que ela está a procurar a mama?” Então a mama serve de chupeta! Ela não quer a chupeta, mas quer o peito da mãe para servir de chupeta!

Por outro lado, algumas participantes relembram todo um conjunto de conselhos que, por sua vez, as suas mães lhes deram na altura em que elas próprias foram mães e que eram sem dúvida, em maior quantidade.

P 5: E dava-me sempre muitos conselhos! Faz assim, dá de mamar à menina de 3 em 3 horas, não a deixes fazer da mama chupeta, não a ponhas a dormir ao pé de ti, porque se não ela habitua-se e está sempre a mamar...

P 5: Sabe como é, na primeira as mães dão sempre muitos conselhos, pensam que só elas é que sabem porque já passaram pelo mesmo! Eu hoje até entendo a minha mãe! ... Nós não fazemos por mal, é porque queremos o melhor para os filhos e para os netos e pensamos sempre que estamos a fazer pelo melhor e para ajudar!

Nos acontecimentos da vida em que a dinâmica familiar se altera e ocorrem transições, como é o caso do nascimento, a experiência acrescida das gerações mais velhas é colocada à disposição dos novos pais, com a intenção de ajudar no processo de adaptação da nova família, de atenuar inseguranças e de fortalecer as competências parentais. Jussani, Serafim e Marcon (2007), referem que este tipo de apoio realça a relação entre pais e filhos, permitindo à mãe realizar as transições psicológicas inevitáveis de adaptação, concretamente à situação de prematuridade do filho. O apoio prestado, sob a forma de informação/conselhos, cuja procura também pode ter origem nos novos pais, valoriza a informação advinda da experiência e patenteia a centralidade da família na produção de cuidados enquadrada no âmbito das relações sociais.

O papel preponderante dos avós na nova estrutura e funcionamento da família é bem patente no estudo de Dessen e Braz (2000), no qual os novos pais valorizaram a educação que receberam dos seus pais e tentaram transmiti-la aos seus filhos. A transmissão de informações, as orientações recebidas, os conselhos sobre a educação e os cuidados aos filhos, dados, por parte dos avós e que reflectem as suas experiências passadas, foram reconhecidas como exercendo influência positiva na vida familiar.

No presente estudo, o hoje mistura-se com o passado, numa rede de interações intergeracionais, onde o lugar da família permanece como porto de abrigo, segurança e de apoio, capaz de dar resposta às necessidades actuais, mas onde a proximidade familiar, apesar de ser uma realidade, é sentida de forma diferente pelas avós.

Estes saberes intergeracionais repassados e reproduzidos de mães para filhas no meio de pertença (família) são respeitados, valorizados e inseridos nos cuidados em continuação com a história familiar e em cada novo nascimento. Associado ao apoio e à ajuda, a família transmite um conjunto de ensinamentos, de crenças, mitos e valores que vão sendo transmitidos aos restantes elementos, com orientações específicas e próprias no domínio do cuidar, no qual se inclui a amamentação, contribuindo para perpetuar no tempo cada história de vida individual e familiar.

Aquando do nascimento de uma criança, os seus diversos membros, nomeadamente as avós, assumem e desempenham papéis com o intuito de apoiar a mulher e mãe. Este apoio é influenciado pelas experiências anteriores e pela própria cultura em que a família está inserida. Mas se num passado recente, a “opinião do idoso era mais ouvida

e se valorizava mais a experiência do que a inovação.” (Teixeira *et al.*, 2006, p. 99), isto é, as pessoas mais velhas eram vistas como detentoras de conhecimento, adquirido através da experiência e, deste modo, eram respeitadas e enaltecidas, actualmente, os saberes intergeracionais nos cuidados caminham a par com renovadas e diferentes gerações de cuidadores (novos pais), que já não buscam apenas na família o conhecimento e o aprendizado. Porém e segundo Cervený & Berthoud *apud* Teixeira, Nitschke e Silva (2011), o encontro de avós, filhos e netos continua a significar um momento vivo e dinâmico do Ciclo Vital.

4.3.4 – Importância das avós e do cuidar

Ser avó reveste-se de uma importância infundável. Não significa apenas uma nova etapa de individualização da mulher adulta, o assumir de uma nova identidade feminina e de novos papéis, com especial destaque para o suporte emocional no cuidado às filhas/noras e netos, mas também traduz a continuidade familiar, a oportunidade de elevar-se da dimensão temporal e enganar a morte considerada como o fim. As avós participantes neste estudo vivenciam, ainda, uma responsabilidade acrescida e mais disponibilidade para acompanhar o crescimento dos netos, contrariamente ao que aconteceu com os seus próprios filhos.

- **Superprotecção nos primeiros dias após a alta**

O sentimento de necessidade de superprotegerem os seus netos, após a sua saída dos Cuidados Intensivos é notório.

P 4: Os dias que se seguiram, a gente sempre de volta dele, eu ando sempre a espreitá-lo para ver se ele está bem, “Ai mãe, deixa o menino!” “Ai filha, mas eu tenho...” pronto, sou muito protetora do menino, sou, reconheço que sou, até se calhar sou de mais!

P 5: Porque onde eles estão são precisos muitos cuidados e até entendo que pelo risco de infecção as crianças não devam ter muitas visitas!

Custódio (2010) refere que, ao momento da alta hospitalar o RNPT requer ainda cuidados especiais e dispõe de poucos recursos de interação, pelo que se torna fundamental que seja acolhido na família e que esta seja capaz de o proteger e de promover o seu desenvolvimento. Neste período, é essencial os pais saberem identificar quem os pode ajudar dentro e fora da família e como essa ajuda se irá constituir. Neste estudo, a autora identificou os avós maternos/paternos como sendo os que mais agregaram funções de apoio no processo de adaptação da família a casa, entre elas: apoio emocional, conselhos, ajuda prática, material e espiritual e companhia social, mantendo este fluxo de apoio durante o primeiro e segundo ano de vida da criança, constituindo para os pais, a rede de apoio mais estável, activa e confiável, capaz de atender às necessidades da família, de forma efectiva e incondicional.

- **Continuidade da família**

Em determinada altura da vida, as participantes esperam que os seus filhos lhes dêem netos, de forma a dar continuidade à geração. A questão da esperança e da continuidade familiar, presente ao longo da história da humanidade, torna-se assim fundamental, permitindo também a estas mulheres dar um passo em frente, passando os seus filhos a serem pais e elas a serem avós.

P 3: Significa que deixamos descendência, quem dá continuidade ao nosso nome e à nossa família!

P 5: Sabe, quando se tem filhos a partir de uma certa idade, o que se espera é que também eles deem continuidade à família... Todo o pai e toda a mãe que tem filhos espera isso a partir dos 40/50 anos, é o normal numa família, eu acho! (...) Esta neta significou a continuidade da família e para mim ter sido avó foi o renovar do ciclo da vida, foi ver um bocado na minha filha, a minha história.

Segundo Hurstel *apud* Viana (2006), todo o nascimento é um entrançado entre a vida e a morte, inscrevendo cada elemento da família num novo lugar genealógico na sucessão de filiações. O nascimento está intimamente ligado ao ciclo de vida de cada família: o filho torna-se pai e o pai torna-se avô. Assim, o nascimento pré-termo, mesmo que em tempo e em condições por vezes inesperadas, concretiza a continuidade geracional. Para

Colarusso *apud* Kipper e Lopes (2006), ser avó/avô representa a continuidade do futuro genético, mesmo após a sua morte; significa renovação e renascimento sustentados em laços consanguíneos.

- **Importância da grã-parentalidade**

O nascimento dos netos, concretamente do primeiro, marca um período de transformações psíquicas para os avós, com a formação de uma nova identidade e a incorporação de novos papéis, realidade também vivenciada pelas avós participantes.

P 1: É sempre uma responsabilidade também, como avó, por ter ajudado, tentar apaziguar, qualquer coisa que nós passamos perceber que não está bem, tentar apaziguar e tentar levar as coisas a bom termo ... Tento ser o mais discreta possível, também, e tentar não sobrecarregar muito, nem impor-me.

P 4: Com a nossa vida que a gente tem quando está a criar os nossos filhos, nós não nos apercebemos que a vida passa tão depressa, como temos agora mais tempo para os nossos netos.

P 5: E é esse o nosso papel de mãe, até ao fim dos nossos dias, mesmo quando os filhos já são também pais....

P 6: Mudou que é mais trabalho, não é? Tenho que dar muito mais carreiras porque se tivesse agora só estes estavam praticamente fora de perigo, não é? E assim tenho que fazer a minha vida lá e vir cá muitas das vezes!

Adicionalmente, a demonstração do afecto e amor que nutrem pelos seus netos está muito presente, é algo indescritível, é um sentimento inexplicável. O cuidado que tiveram ao arranjar a casa das filhas para que quando elas chegassem tivessem tudo organizado foi um pequeno gesto, também ele revelador da profundidade desse sentimento que é o amor grã-parental.

P 1: O facto de termos ali qualquer coisa que já é nosso, é aquele sentimento de avó, que não se consegue descrever, que é totalmente diferente do ser-se mãe. É... sei lá, acho que nos transcende, é realmente muito bonito, é muito bonito, é um sentimento muito profundo que nos toca mesmo!

P 4: Avó não tem explicação, é um amor, é um amor..., olhe nem sei! ... Ai muito amor! ... Acho que é um amor que não há! (...) eu dizia que o amor de mãe era muito bom, mas que o amor de avó não tinha explicação e acredito porque também já estou a passar por isso...

Acho que o amor é diferente, a gente quer tanto aos nossos netos, que a gente ... é como agora com o meu R., eu já não consigo passar um dia sem o ver.

Segundo Colarusso *apud* Kipper e Lopes (2006) ser avó/avô representa a oportunidade de formar novos vínculos (que se esperam gratificantes) com os netos e o fortalecimento/renovação dos vínculos com os filhos e com os seus próprios pais (se ainda forem vivos); significa ainda, uma nova possibilidade de reelaborar e solucionar conflitos antigos. Estas autoras defendem que, com o nascimento de um neto, os avós têm uma nova hipótese de realizar os desejos que não puderam ser realizados com os seus próprios pais, na posição de filhos, com os seus filhos na posição de pais e até com os seus avós, na posição de netos. Concretamente para a mulher ser avó, corresponde a uma nova etapa da vida e a uma reorganização da identidade feminina. Com os netos assiste-se a um recuperar das vivências que não puderam ter com os filhos e a uma hipótese de realização de sonhos, desejos e ideais de experiências infantis que não puderam ser realizados, em muitos casos por motivos profissionais. No mesmo estudo, as mulheres avós relatam que os netos vieram preencher um vazio experienciado pela idade, que têm hoje mais tempo para os netos do que tiveram para os seus próprios filhos e que fazem hoje com os netos o que as avós dos seus filhos faziam com os seus filhos, facto que permitiu compreendê-las melhor. Dias, Dias & Silva *apud* Cunha e Mena (2010) refere que a avó materna surge como figura dominante e mediadora entre o passado cultural, histórico, familiar e o presente, facto que pode estar relacionado com as características das avós como cuidadoras, tornando-as emocionalmente mais próximas dos netos, contribuindo de forma peremptória para o desenvolvimento do sentido de filiação.

Hoje, com mais tempo livre e com uma experiência de vida acumulada, os avós demonstram um amor incondicional, uma disponibilidade continuada e uma tranquilidade que torna especial o seu relacionamento com os netos. Nos primeiros anos de vida destes, estabelecem uma relação de profunda afectividade, fundamentada no contacto físico, no olhar, no carinho, nos cuidados e nas funções educativas. São educadores por prazer e não por dever ou por missão. Educam pelo afecto e pela experiência, têm mais tempo para as brincadeiras, para o reconhecimento recíproco e, segundo Sampaio (2008), são capazes de descobrir semelhanças ou diferenças entre os netos e os filhos, na busca de complementarem os espaços lacunares do imaginário familiar.

Relvas e Lourenço (2006) refere ainda que, actualmente o nascimento de um neto permite aos avós recuperar a parentalidade funcional perdida, com a automatização e a independência dos filhos (a nível educativo e de prestação de cuidados). Porém, esta parentalidade renovada surge de forma descomprometida, tradutora de uma forma diferente de vivenciar a relação estabelecida com os seus filhos. Os avós actuais continuam a ser fonte de suporte incondicional, mas também brincam com os netos, ouvem as suas histórias, contam as suas próprias histórias e as histórias que outros já lhes contaram, introduzem a história da família através de recordações, de fotografias, de objectos antigos, possibilitando o reforço do sentimento de pertença familiar. Carregada de afectividade, esta relação pode, ainda, proporcionar a muitos avós um sentido numa nova etapa da vida: em situação de reforma, com boas condições de saúde e com estabilidade económica, cuidar dos netos e ajudar os filhos pode preencher o vazio de um dia-a-dia menos activo e contribuir para manter um equilíbrio dinâmico do processo de envelhecimento.

Também nos relatos das participantes há uma percepção real de que neste momento, têm muito mais tempo livre para dedicar aos netos. Apercebem-se de que a vida passou rápido e agora têm de transformar o tempo em qualidade de vida para si, para os seus filhos e para os seus netos, o que revela reflexão e uma consciencialização da importância da grã-parentalidade.

Definida como uma relação multidimensional, a grã-parentalidade sofre a influência das variáveis sócio-demográficas dos avós e dos netos, de variáveis estruturais, dos sistemas de valores e das próprias mudanças da conjuntura familiar, factores que vão mudando o seu teor, mas, ao mesmo tempo, conservam a sua continuidade e importância (António, 2010).

- **Independência no cuidar – competência parental**

Apesar da proximidade familiar e da disponibilidade em ajudar relatada por parte das avós participantes, dos seus discursos emergiu alguma resistência em passar à prática, quer pela prematuridade dos netos, quer pela independência/autonomia revelada pelas filhas/noras. Algumas revelaram que, nos primeiros tempos, sentiram medo até de pegar

e de ajudar a cuidar dos netos, por nunca terem contactado com crianças prematuras, mas referem que as suas filhas foram capazes de ultrapassar esse facto muito bem, considerando-as muito independentes no cuidar

P 2: Os moços são muito independentes! ... Mas quer dizer, ela é toda desembaraçada, resolve os problemas todos dela sem complicações, é toda “prafrentex”, como eu digo!

P 3: O que vale é que ela se desenrasca. Se ela fosse preocupada e fosse como eu que não sabia dar banho, até elas fazerem 1 mês eu tinha medo e então ainda bem que ela é desenrascada. Mesmo agora eu pensei assim “Ainda bem que ela é desenrascada a dar banho à menina, porque eu não era capaz enquanto ela for tão pequenina”

P 6: Eu pensava assim: eu cá não conseguia fazer aquilo que ela faz, sozinha! Não conseguia dar a volta às três, sozinha! Era o que eu pensava sempre quando estava de volta delas!

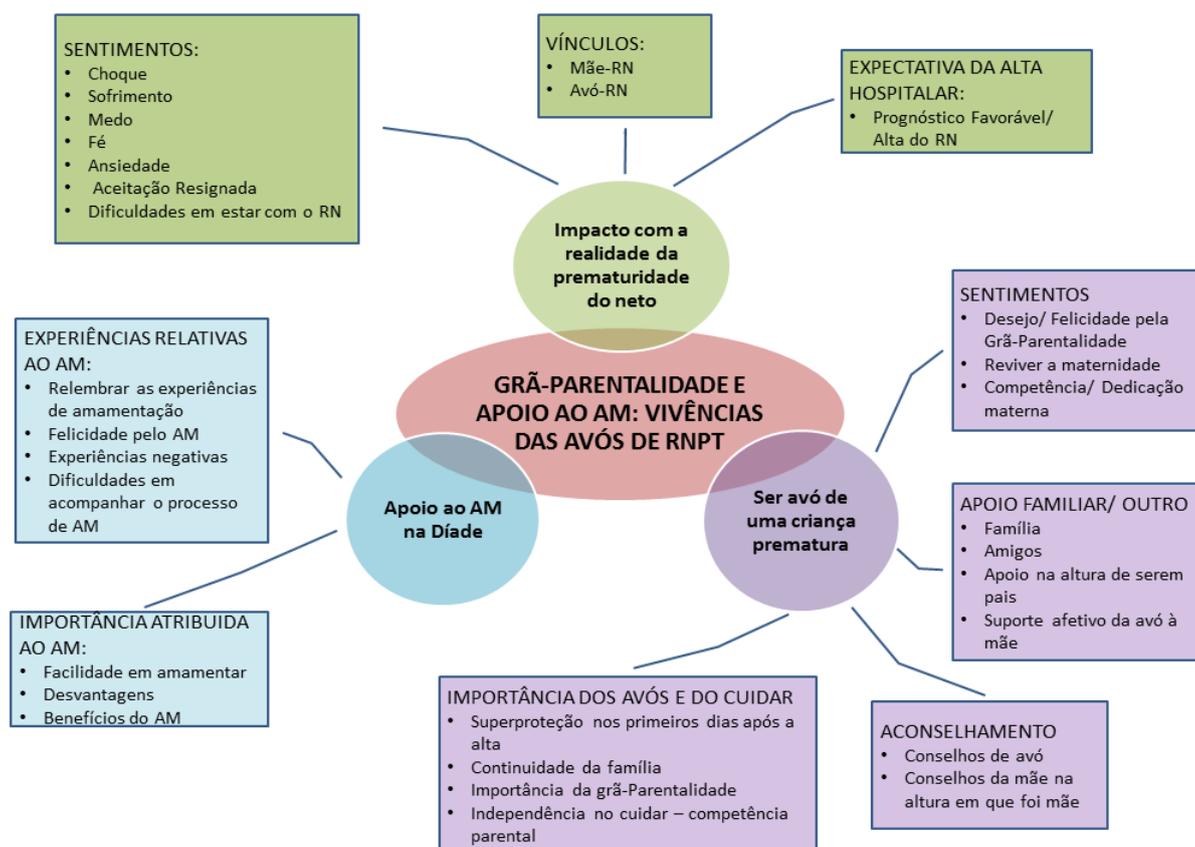
Perante o nascimento de um novo membro da família, a ajuda dos avós à segunda geração torna-se providencial e pode manifesta-se de várias formas. No entanto, a aceitação dessa ajuda depende da relação estabelecida durante o percurso de autonomia individual e do sub-sistema conjugal/parental. Se os pais se automatizaram com sucesso e conseguiram atingir bons níveis de diferenciação, esta cooperação é aceite com naturalidade; mas se existem conflitos ou se a dependência é excessiva, pode ser sentida como intrusiva. Esta intromissão nas rotinas do casal, com impacto no processo de ajustamento ao papel parental é relatada no estudo de Mendes (2009), em que algumas mães participantes reconheceram a importância da ajuda instrumental das avós maternas e paternas, mas sentiram necessidade de imporem regras na definição das funções intrínsecas aos papéis de mãe e de avó. Em relação à prematuridade, esta necessidade de demarcação de papéis mantém-se e é manifesta no estudo de Rocha, Lamy e Ferreira (2005), em que a permanência continuada das avós na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a sua participação nos cuidados ao neto levou à inversão de papéis (a avó assumiu o papel de mãe), facto que causou desconforto em algumas mães.

Para os pais pela primeira vez, a vivência da gravidez e da parentalidade pode reacender alguma conflitualidade relacionada com questões de dependência *versus* independência. Muitos reclamam espaço e tempo para fazerem o seu próprio percurso e a sua individualização como família, dita nuclear, que emerge da família alargada. Por outro lado, muitas avós, conscientes do desejo de autonomia dos filhos, respeitam-no e mantêm-se disponíveis para ajudar quando lhes é solicitado.

Com o nascimento de um filho, ainda que prematuro, os pais necessitam também de fazer a sua própria diferenciação, de encontrar a sua autonomia e a sua individualização, o que implica reajustamentos pessoais e interpessoais realizados através de movimentos de aproximação e de reestruturação com os seus próprios pais e concretamente com a mãe (modelo de comportamento materno), com necessidade de(re) negociação entre gerações de uma nova forma de equilíbrio entre o apoio e a autonomia., capaz de reforçar os laços já existentes.

A síntese de todas as vivências, descritas pelas avós participantes e que pretendem representar como um todo o fenómeno em estudo, tomam forma e reflectem-se no corpo do Esquema 4.

Esquema 4 – Representação esquemática global do fenómeno



CONCLUSÃO

Este estudo, desenvolvido a partir da problemática das vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao AM dos netos, revela-se num comportamento de cuidados desafiante para as equipas prestadoras de cuidados e para as famílias, diante da realidade de um nascimento pré-termo, muitas vezes inesperado. Este acontecimento apresenta-se como uma situação de crise grave, não só para os pais como para a família mais próxima, na qual se incluem as avós, quebrando o simbolismo tradicional do nascimento, com ruptura da dinâmica expectável de ter uma criança saudável e poder levá-la para casa poucos dias após o nascimento.

Exceptuando os casos de gravidezes não planeadas com o escasso ou nulo envolvimento da família, a gravidez, o nascimento e a maternidade inscrevem-se no processo evolutivo familiar e implicam a criança, a mãe, o pai, os avós, outros elementos da família de origem, parentes e amigos. Em relação às avós, representa, quase sempre, uma reactualização das suas experiências passadas como mães, com confronto de gerações e onde a sucessão de filiações atribui novos papéis, novos vínculos e uma nova identidade. Porém, o nascimento pré-termo altera o ritmo natural que envolve o nascimento de uma criança, podendo provocar alterações no funcionamento da rede familiar e nos relacionamentos interpessoais. Perante esta realidade, também as avós recebem o impacto e tentam adaptar-se à nova situação, gerindo simultaneamente sentimentos/emoções, estratégias de ajuda e de apoio, nas quais se inclui o apoio ao AM e a própria vivência da grã-parentalidade, enquanto experiência de transição pessoal e familiar.

Partindo do objectivo geral desta investigação, que pretendeu conhecer quais as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na transição para a grã-parentalidade e no apoio ao AM dos netos, desenvolveu-se um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, com recurso à técnica de análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, segundo as orientações de Bardin (2007), opção metodológica que permitiu conhecer melhor o fenómeno/participantes em estudo, já que facultou, a partir dos conteúdos dos seus discursos, a descrição objectiva e a análise interpretativa das

vivências pessoais destas mulheres, cujos netos nasceram prematuramente. Dos relatos das avós participantes advieram três categorias principais, correspondentes ao impacto com a realidade da prematuridade do(a) neto(a), ao apoio ao AM da díade e ao facto de ser avó de uma criança prematura.

Diante da realidade do nascimento prematuro do (a) neto (a), estas mulheres experimentaram sentimentos de choque; sofrimento; ansiedade; medo do prognóstico sustentado no saber popular, mas minimizado e aliviado pela fé num ser superior, fonte de esperança pela melhoria do estado de saúde do neto. O apelo a uma crença religiosa para a qual entregaram a recuperação do neto permitiu-lhes, de certo modo, fortalecerem-se para encararem a situação real e inesperada em que se encontraram envolvidas. Após estes sentimentos iniciais, as avós acabaram por aceitar com resignação a situação de prematuridade do (a) neto (a) e todo o impacto que daí adveio, concretamente para as filhas/noras, passando também elas (avós), à semelhança dos pais, pelas diversas fases descritas por Marcos (2004), que conduzem à aceitação definitiva do nascimento pré-termo. Este processo foi, no entanto, complicado pela dificuldade que sentiram em estar fisicamente presentes com o RN internado, facto que nos remete para a realidade ainda actual da maioria das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, onde a necessidade de cuidados de alta complexidade, associados à escassez de recursos físicos e humanos e às particularidades de serem Unidade de tratamento de recém-nascidos pré-termo e/ou doentes, reduz drasticamente a presença de familiares, sendo destinada quase em exclusivo aos pais e muito esporadicamente aos avós e aos irmãos. Associa-se ainda o facto de que, quando essa visita acontece, não é permitida a participação activa nos cuidados, circunstâncias que, segundo Viana (2006), podem originar sentimentos de angústia e de ansiedade nos avós, para além de retardar o processo de reconhecimento e de aceitação do RN como elemento integrante da família.

Apesar da fragilidade do (a) neto (a) e também por causa dela, as avós deste estudo identificaram o forte vínculo que se estabeleceu, quer entre as filhas/noras e os netos, quer entre elas próprias e os netos, fortalecido e consolidado através do olhar, do toque, do sentir e do ouvir, ainda durante a gravidez e após o nascimento, nas escassas visitas à Unidade de Cuidados Intensivos, processo em que os sentidos encontram a sua importância e no qual as avós também reforçam a sua relação com as próprias filhas.

Nos discursos das avós foi ainda perceptível a expectativa que criaram em torno da alta hospitalar, sedimentada no evoluir de um prognóstico favorável, o que permitiu, ainda que tardiamente, a reposição da dinâmica normal do nascimento.

No apoio ao AM da díade, os relatos das avós-participantes revelaram experiências relativas ao AM e a importância atribuída a esta prática. Relembrar as suas próprias experiências de amamentação, permitiu a estas mulheres reacender memórias passadas, divididas entre sentimentos positivos e sentimentos negativos, onde as suas próprias mães são referenciadas como principal fonte de apoio e de incentivo e os contextos socioculturais, económicos e de práticas de cuidados à época, fonte de desincentivo. Ver as filhas/noras a amamentar, permitiu-lhes viverem sentimentos de felicidade, projectando nelas as suas próprias realizações, suspensas para algumas no tempo. Porém, também identificaram aspectos menos positivos relacionados com esta prática, quer para a mãe quer para a criança, aspectos esses, resultantes das suas próprias experiências negativas, cuja lembrança tende a fazer ainda hoje, paralelismos com as experiências das filhas/noras. Algumas das avós participantes descreveram ainda as dificuldades que sentiram em acompanhar o processo de AM das filhas/noras/netos, concretamente na etapa de treino e de adesão à mama.

Todas as vivências positivas e negativas destas mulheres como mães e como avós, não tiveram influência no significado que atribuem ao LM, continuando a identificar nele benefícios para a mãe, para a economia familiar, para o reforço do vínculo mãe/filho, para a meio ambiente e concretamente para a criança, sendo até apontado como um dos principais cuidados responsável pelo prognóstico favorável do(a) neto(a) prematuro(a).

Apesar do recurso a dispositivos de ajuda (biberões e sondas), impostos pela situação de prematuridade das crianças, as participantes reconhecem a facilidade que os netos tiveram em se adaptar à mama; porém, este processo, que segundo o relato de algumas não é exclusivo mesmo após a alta hospitalar, é também acompanhado de desvantagens, especialmente para a mãe, tornando-a dependente de horários, dos ritmos e do comportamento de cada criança, fazendo-a vivenciar os problemas da mama puérperal, com impacto nas experiências de cada mulher. Como comportamento de cuidados, que de forma recorrente e cíclica é vivido em cada família, este reviver de histórias pessoais de sucesso e/ou insucesso do acto de amamentar, os valores, as práticas, as crenças e até os mitos destas avós, não parecem ter tido impacto nas experiências das filhas/noras,

devido à separação familiar imposta pelo internamento dos netos e à especificidade de cuidados inerentes ao percurso de AM de um RNPT, com o escasso ou nulo envolvimento no processo a que foram votadas.

Para estas participantes, ser avó, ainda que de uma criança prematura, permitiu-lhes viver sentimentos de felicidade, de competência/dedicação materna retratado nas filhas/noras, num reviver da sua própria maternidade, acontecimento em que o ciclo do ser filha, mãe e avó se completa, mas que permite também a cada mulher estabelecer a sua própria autonomia e individualidade. Neste reactualizar do passado, o apoio da família e dos amigos surge novamente como precioso no momento em que homem e mulher se tornam pais, especialmente de uma criança prematura. Estas avós identificaram-se como fonte significativa de apoio e de suporte afectivo às filhas/noras durante o internamento e após a alta hospitalar do(a) neto(a), apoio através do qual reconhecem o fortalecimento da mãe para o seu papel como cuidadora do filho, permitindo-lhe paralelamente (à mãe) conciliar outros papéis e por seu lado reforçar os laços afectivos com os próprios netos.

No domínio do aconselhamento, as participantes no estudo tentaram transmitir os seus conhecimentos e os seus saberes, com o objectivo de fortalecer e melhorar as competências maternas, limitados porém pela realidade da prematuridade do (a) neto (a) e pelo desejo de independência das filhas/noras. Esta transmissão transgeracional do cuidar, inerente à mulher, permitiu-lhes compreenderem melhor as suas próprias mães, já que agora, também elas no papel de avós, identificam e vivenciam a importância da grã-parentalidade, para os netos, para os novos pais e para elas próprias como mulheres, completando a sua identidade e formando novos vínculos que confirmam a continuidade familiar, num ciclo que se repete, mas no qual importa assegurar simultaneamente, os limites e as diferenças entre gerações, através do respeito e do reconhecimento da independência dos novos pais no cuidar.

Os dados deste estudo permitem, então, inferir que estas participantes demonstraram oscilações de sentimentos e de emoções, com conotações positivas e negativas perante o nascimento pré-termo do (a) neto (a). A sua participação e apoio à filha/nora/neto, no que concerne à prática do AM, foi escassa ou nula, quer durante o internamento, quer após a alta hospitalar, ficando apenas reduzida, para algumas, a breves momentos de apoio emocional e a alguns conselhos, limitados, porém, pela separação física

avó/mãe/RN, decorrente do internamento do último e pela especificidade do percurso de AM de um RNPT, para além de outros cuidados nos quais estas avós não foram envolvidas. Para elas, ser avó permitiu-lhes assegurar a continuidade familiar e completar a sua identidade feminina, num acontecimento de transição não normativa, como é o caso do nascimento pré-termo, em que o apoio emocional por parte da família e, concretamente, das avós, encontra o seu expoente máximo, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento e consolidação de competências parentais, para a manutenção do equilíbrio e da saúde pessoal/familiar nos seus diversos domínios e para o próprio enfrentamento da situação de prematuridade.

Neste âmbito e tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia, o qual, na prática do seu exercício profissional “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição para a parentalidade” (D.R, 2011, p.8664), através, entre outras, da concepção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN, importa conhecer a família nas suas partes e no seu todo, como unidade dinâmica e unidade primária de cuidados por excelência, que simultaneamente cuida, mas que também carece de cuidados. Conhecer as avós, com as suas vivências, conhecimentos, valores, crenças e mitos, inseridas no seu contexto familiar e social, é o ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções/cuidados, objectivando capacitá-las no desenvolvimento das suas potencialidades como cuidadoras e fonte de apoio das filhas/noras/netos no período do pós-parto. Contudo, a Enfermagem de prática avançada deve estar atenta para o facto de que as avós também necessitam de serem cuidadas, não apenas para desenvolverem de forma efectiva o cuidado dentro da família, mas porque também elas, passam por crises de desenvolvimento e de reestruturação de definições, de vínculos e de desempenho de papéis.

Apesar da natureza qualitativa desta investigação se restringir apenas às experiências concretas das participantes, não permitindo fazer uma generalização dos resultados, estes conduzem à reflexão sobre as implicações para a prática dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e à importância da implementação de intervenções eficazes centradas nas famílias em geral, e nas avós em particular que

vivenciam esta experiência. No Quadro 3, encontram-se esquematizadas as intervenções propostas.

Quadro 3: Implicações/sugestões do estudo para a prática dos cuidados

Objectivo	Estratégias
Preparar, sempre que previsível, a família para o nascimento pré-termo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos elementos significativos da rede familiar do casal, das suas condições sociais, biológicas, culturais, dos seus conhecimentos, recursos, expectativas, sentimentos e relacionamentos interpessoais (casal com os pais/avós); ▪ Promoção e implementação de visitas à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com o casal e família significativa (avós)
Promover a saúde da mulher, a recuperação e o prognóstico favorável do RNPT, instruir e treinar competências parentais e grã-parentais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção de cuidados centrados nas necessidades individuais dos pais, avós e/ou outros elementos familiares, enquanto cuidadores significativos e promotores do processo de crescimento e desenvolvimento saudável, estruturado e harmonioso da criança nascida prematuramente: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alargamento do horário de visita das avós na Unidade; ➢ Participação activa das avós nos cuidados ao RN; ➢ Promoção da parceria de cuidados pais/avós; ➢ Promoção e aplicação do método Canguru RN/avó, sem prejuízo da mãe e, caso esta o permita; ➢ Promoção da participação activa da avó nos cuidados e apoio à filha/nora durante o puerpério imediato e mediato, concretamente no apoio à prática do AM
Promover cursos de actualização para avós, ajudando-os a compreender os conceitos de paternidade e maternidade dos seus filhos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de acções de informação/formação sobre práticas recentes de educação da criança, cuidados ao RN onde se inclui o AM, alimentação e segurança, dos cuidados centrados na família, assim como a exploração do desempenho dos avós na unidade familiar; ▪ Incrementação de grupos de pares com promoção da partilha de experiências
Dinamizar e incrementar a visita domiciliária após a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorização da aplicação das competências parentais e competências do autocuidado ao contexto real familiar; ▪ Detecção precoce de problemas de adaptação e implementação de medidas correctivas; ▪ Promoção da ajuda intrafamiliar (pais/avós) nas tarefas

	domésticas, nos cuidados à criança, na satisfação das necessidades individuais e das necessidades do grupo familiar
--	---

As controvérsias relativas à validade e à fidelidade nos estudos qualitativos, aliadas ao facto já anteriormente referido, de não permitir fazer-se uma generalização dos dados, a dificuldade advinda da inexperiência ao nível do desenvolvimento das entrevistas e na realização de estudos no domínio qualitativo, podem ter condicionado a recolha e interpretação dos dados, sendo estas as principais limitações do presente estudo. Porém, a ausência de estudos, no nosso país, com avós a vivenciarem a transição para a grã-parentalidade com implicações na prática do AM e a escassez de literatura existente neste domínio, contribuíram para abraçar este desafio, rumo a uma melhoria do conhecimento para uma melhor compreensão do fenómeno e reformulação das práticas. Pelo seu carácter inovador, este estudo poderá servir de suporte para outras pesquisas, alargadas a diferentes áreas populacionais e em outros contextos de prestação de cuidados Neonatais. Sugere-se ainda a realização de estudos no âmbito da trajectória masculina, com o objectivo de conhecer as suas singularidades e garantir o seu real papel no cuidado ao filho/neto, assim como o estudo do grupo avó-mãe de RNPT, segundo as suas próprias vivências e as vivências percebidas pelos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados.

Espera-se que os resultados deste estudo ofereçam subsídios para a prática de Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia, nos seus diversos domínios, com um olhar renovado para a família do RNPT, mostrando as suas vivências, dificuldades e necessidades durante o internamento e após a alta hospitalar, propondo-se conciliar e aglomerar o cuidado informal ao cuidado profissional, em redes de apoio, com vista a potenciar as competências parentais imprescindíveis para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança nascida prematuramente.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson C. (2011) – **Transições e contextos multiculturais**. Coimbra: Formasau. 156 p. ISBN 978-989-8269-13-3.

ALDEN, Kathryn R. – Avaliação e cuidados ao recém-nascido. In LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008) – **Enfermagem na maternidade**. 7.^a ed. Loures: Lusodidacta. ISBN- 978-989-8075-16-1. p. 587-647.

ALDEN, Kathryn R. – Nutrição e alimentação do recém-nascido. In LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008) – **Enfermagem na maternidade**. 7.^a ed. Loures: Lusodidacta. ISBN – 978-989-8075-16-1. p. 648-680.

ALFAYA, Cristiane; SCHERMANN, Lígia – Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**. [Em linha]. 10:2 (2005). [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200015&script=sci_arttext. ISSN 1413-294X.

ALMEIDA, Honorina – Situações especiais do lactente. In: CARVALHO, Marcus R.; TAMEZ, Raquel N. (2005) - **Amamentação, bases científicas**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1085-5. p. 207-227.

AMADO, João da S. – A técnica de análise de conteúdo. **Referência**. Coimbra. Série I, nº 5 (Nov. 2000), p. 53-64. ISSN 0874-0283.

ANDREANI, Grace; CUSTÓDIO, Zaira; CREPALDI, Maria A. – Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**. [Em linha]. 24 (2006). [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300011&script=sci_arttext. ISSN 1413-0394.

ANTÓNIO, Stella – Netos e avós: a matrilinidade dos afectos. In: **Congresso Português de Demografia**. 2.^o [Em linha]. (2010) 1-18. [Consult. 09 Jul. 2012].

Disponível na WWW: <URL:
http://www.apdemografia.pt/ficheiros_comunicacoes/1950024567.pdf.

APÓSTOLO, João; GAMEIRO, Manuel – Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em Enfermagem: uma análise crítica. **Referência**. Coimbra. Série II, nº 11 (Dez. 2005), p.29-38. ISSN 0874-0283.

AQUINO, Verónica; ZAGO, Márcia – O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latin. - Amer. Enferm.** [Em linha]. 15:1 (Jan.-Fev. 2007). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf.

ARAÚJO, Anabela; OLIVEIRA, Célia; CANAVARRO, M. C. – Prematuridade e transição para a parentalidade: comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros. **Iberpsicología**. [Em linha]. 10:2 (2005). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155540>. ISSN 1579-4113.

ARAÚJO, Olívia D. [et al.] – Aleitamento materno: factores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm** [Em linha]. 61:4 (2008) 488-492. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext. ISSN 0034-7167.

AULER, Flávia; DELPINO, Fabiane – Terapia nutricional em recém-nascidos prematuros. **Rev. Saúde e Pesquisa**. [Em linha]. 1:2 (2008) 209-216. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL:
<http://portalneonatal.com.br/nutricao/arquivos/nutricao%20em%20PT%202008%20Pr.pdf>. ISSN 1983-1870.

BAIÃO, Rute D. (2009) – **Stress parental e prematuridade**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. [Em linha]. [Consult. 12 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL:
<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2140>.

BALDINIV, Sônia M.; KREBS Vera. L. (2011) - **Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.** [Em linha]. [Consult. 03 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=223.

BARDIN, Laurence (2007) – **Análise de conteúdo.** 4ª ed. Lisboa: Edições 70. 224 p. ISBN 9789724411545.

BARROS, Luísa – O bebé nascido em situação de risco. In CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade.** 2ª ed. Coimbra: Quarteto. 407 p. ISBN 989-558-081-9. p. 235-254.

BIER, J. B. [et al] - Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. **Journal of Human Lactation** [Em linha]. (2002). [Consult. 03 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://jhl.sagepub.com/content/18/4/361.abstract>.

BITTAR, Roberto; PEREIRA, Pedro; LIAO, Adolfo – Intercorrências obstétricas. In ZUGAIB, Marcelo (2008) – **Zugaib Obstetrícia.** São Paulo: Manole. ISBN 978-85-204-2544-2. p. 645-666.

BRAGA, Taciana; FIGUEIRA, Bettina – Alimentação do recém-nascido prematuro. In ALVES, João; FERREIRA, Otelo; MAGGI, Ruben ed. lit. (2004) - **Pediatria Fernando Figueira: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco.** 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI. ISBN 85-7199-3815. p. 228-235.

BUARQUE, Virginia [et al.] – O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascido de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **J. Pediatr.** [Em linha]. 82:4 (2006) 295-301. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-04-295/port_print.htm.

CALVANO, Luiza M. – O poder imunológico do leite materno. In CARVALHO, Marcus R.; TAMEZ, Raquel N. (2005) - **Amamentação, bases científicas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1085-5. p. 57-65.

CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, Anabela A. - Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In LEAL, Isabel (2005) –

Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2. p. 225-255.

CARMO, Fanny; PEREIRA, Orcione – Percepção das avós sobre o aleitamento materno. **Nutrir Gerais.** [Em linha]. 2:3 (2008). [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_3_rng_percepcao_das_avos.pdf.

COLMAN, Libby L.; COLMAN, Arthur D. (1994) – **Gravidez: a experiência psicológica.** Lisboa: Edições Colibri. 209 p. ISBN 972-8047-78-9.

CORBETT, Robin – Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008) – **Enfermagem na maternidade.** 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN- 978-989-8075-16-1. p. 245-303.

COSTA, Suely [et al.] – A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc. Anna Ner. Rev. Enf.** [Em linha]. 13:4 (Out.-Dez. 2009) 741-749. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a08.pdf>.

CUNHA, Bebianá; MENA, Paula – Relações intergeracionais: significados de adolescentes sobre avós e idosos. **Simp. Nac. Inv. 8º. Psic. Act.** [Em linha] (2010) 1038-1052. [Consult. 30 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiFam_5.pdf.

CUNHA, Bebianá; MENA, Paula – Relações intergeracionais: significados de adolescentes sobre avós e idosos. **Simp. Nac. Inv. 7º Psicol. Univ. Min.** [Em linha]. (2010) 1038-1052. [Consult. 09 Jul. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiFam_5.pdf.

CUSTÓDIO, Zaira A. – **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida.** Santa Catarina: Universidade Federal. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. [Em linha]. (2010). [Consult. 3 Mai. 2012]. Disponível na WWW:

<URL:

<http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Zaira%20Aparecida%20de%20Oliveira%20Custodio.pdf>.

DELGADO, Susana E.; HALPERN, Ricardo – Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento moto-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica** [Em linha]. 17:2 (2005) 141-152. [Consult. 16 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pfono/v17n2/v17n2a02.pdf>.

DELGADO, Susana; HALPERN, Ricardo – Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500gr: sentimentos e percepções maternos. **Arquivos Médicos**. [Em linha]. 7:2 (2004) 5-28. [Consult. 20 Fev. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000110&pid=S1516-1846200800040001200012&lng=en.

DESSEN, M.; BRAZ, Marcela – Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teor. e pesq.** [Em linha]. 16:3 (2000) 221-231. [Consult. 09 Jul. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>.

DORNELAS, Kirlla; GARCIA, Agnaldo – O relacionamento entre mãe e filha adulta: um estudo descritivo. **Interc. Psicol.** [Em linha]. 10:2 (2006) 333-344. [Consult. 02 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewArticle/7692>.

EKSTROM, Anette, WIDSTROM, Ann Marie; NISSEN, Eva - Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of swedish women. **Birth**. [Em linha]. 30:4 (2003) 261-266. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14992157>.

ERIKSSON, B.S.; PEHRSSON, G. - Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. **J Child Health Care**. [Em linha]. 6 (2002) 19-33. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0021-7557200600050001200019&pid=S0021-75572006000500012&lng=en>.

FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência. 388 p. ISBN: 972-8383-10-X.

FRANÇA, Maristela C. T. [et al.] – Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública** [Em linha]. 42:4 (2008) 607-614. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6206.pdf>.

GAÍVA, Maria A.; SCOCHI, Carmen – A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. 58:4 (2005) 444-448. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400012&script=sci_arttext. ISSN 0034-7167.

GIUGLIANI, Elsa R. – Amamentação exclusiva. In CARVALHO, Marcus R.; TAMEZ, Raquel N. (2005) - **Amamentação, bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1085-5. p. 15-25.

GIUGLIANI, Elsa R. – O aleitamento materno na prática clínica. **Jour. Pediat.** [Em linha]. 76:3 (2000) 238-252. [Consult. 30 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S238/port_print.htm.

GIUGLIANI, Elsa R. [et al.] - Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. **Early Human Development** [Em linha]. 84:5 (2008) 305– 310. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378207001284>.

GONÇALVES, Annelise; BONILHA, Ana Lúcia – Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionados ao aleitamento materno. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre. 26:3 (Dez. 2005), p. 333-344. ISSN 0102-6933.

GORGULHO, Fernanda R.; PACHECO, Sandra T. – Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc. Anna Nery.** [Em linha]. 12:1 (2008). [Consult. 23 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100003&script=sci_arttext.

ISSN 1414-8145.

GRAÇA, Luís M. – Parto pré-termo. In GRAÇA, Luís M. (2005) – **Medicina materno-fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7. p. 387-409.

GRASSLEY, Jane; ESCHITI, Valerie - Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? **Birth**. [Em linha]. 35:4 (2008) 329– 335. [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036046>.

GUIMARÃES, Gisele P.; MONTICELLI, Marisa - A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem** [Em linha]. 16:4 (2007). [Consult. 16 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000400006&script=sci_arttext&tlng=e.

HOFFMAN, Ricardo – Necessidades de ácidos graxos essenciais em prematuros. **The American Journal of Clinical Nutrition**. [Em linha]. 71 (2000). [Consult. 16 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.supportnet.com.br/artigos/pdf/acid_grax.pdf.

JAVORSKI, Marly [et al.] – As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Rev. Latino-Ame. Enfermagem**. [Em linha]. 12:6 (2004). [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0104-1169.

JÚNIOR Walter S.; MARTINEZ, Francisco E. - Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr**. [Em linha]. 83:6 (2007) 541-546. [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=4&id_artigo=1631&id_subcategoria=5.

JUSSANI, Nádia; SERAFIM, Deise; MARCON, Sónia – Rede social durante a expansão da Família. **Rev. Bras.Enferm**. [Em linha]. 60:2 (2007). [Consult. 03 Mar.

2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

KERR, Rachel B. [et al.] - “We grandmothers know plenty’’: breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. **Social Science & Medicine**. 66:5 (2008), p. 1095-1105. ISSN 0277-9536.

KIPPER, Caroline; LOPES, Rita – O tornar-se avó no processo de individualização. **Psicologia: teor. e pesq.** [Em linha]. 22:1 (2006) 29-34. [Consult. 30 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n1/29841.pdf>.

KLAUS, Marshall; KLAUS Plyllis (2001) – **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artemed Editora. 111p. ISBN 85-7307-593-7.

KROUSE, A. M. - The family management of breastfeeding low birth weight infants. **Jour. Hum. Lact.** [Em linha]. 18:2 (May 2002) 155-165. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12033077>.

KUSCHNIR, Karina – Maternidade e amamentação. **Sociologia, Problemas e Práticas**. Oeiras. Nº 56 (Jan. 2008), p. 85-103. ISSN 0873-6529.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade (2006) – **Metodologia científica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas. ISBN 85-224-3799-8.

LUMLEY, J. - Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. **BJOG: an intern. journal of obstetra. and gynaec.** [Em linha]. 110:20 (2003) 3-7. [Consult. 03 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763104>.

MACEWEN, M; WILLS, E. (2009) – **Bases teóricas para a enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 576 p. ISBN 9788536317885.

MALDONADO, Maria Teresa P. (1991) – **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 12ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. 163 p. ISBN 85-326-0429-3.

MANNING, Barbra – Transição para a parentalidade. In LOWDERMILK, Deitra Leonard 82008) – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN-978-989-8075-16-1. p. 521-556.

MARCOS, J. C. – Consecuencias socio-sanitarias del parto pretérmino. In ROURA, L. C. (2004) - **Parto prematuro**. Madrid: Panamericana. ISBN 84-7903-961-2. p. 11-17.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv Nurs Sci**. [Em linha]. 23:1 (2000) 12-28. [Consult. 20 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.

MENDES, Isabel M. (2009) – **Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto**. Coimbra: Mar da Palavra. 305 p. ISBN 978-972-8910-41-9.

NASCIMENTO, Maria B.; ISSLER, Hugo – Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**. [Em linha]. 80:5 (Nov. 2004) 163-172. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700008&script=sci_arttext. ISSN 0021-7557.

NASCIMENTO, Maria B.; ISSLER, Hugo - Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin**. [Em linha]. 58:1 (2003) 49-60. [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812003000100010. ISSN 0041-8781.

OLIVEIRA, Nelson D.; MIYOSHI, Milton H. – Advances in necrotizing enterocolitis. **J. Pediatr**. [Em linha]. 81:1 (2005). [Consult. 16 Abr. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-5572005000200003&script=sci_arttext&lng=en. ISSN 0021-7557

PACHECO, Sandra; CABRAL, Ivone – Alimentação de bebé de baixo peso no domicílio: enfrentamento da família e desafios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery. Rev. Enf**. [Em linha]. 15:2 (2011) 314-322. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a14.pdf>.

PAMPLONA, Vitória – Aspectos psicológicos na lactação. In CARVALHO, Marcus R.; TAMEZ, Raquel N. (2005) - **Amamentação, bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1085-5. p. 166-176.

PARAM, Lila – Problemas específicos do recém-nascido de risco. In BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard; JENSEN, Margaret Duncan (1995) – **Enfermagem na maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-09-6. p. 800-853.

PEREIRA, Maria Adriana (2006) – **Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação**. Loures: Lusociência. 299 p. ISBN 972-8930-21-6.

PERRY, Shannon. – O recém-nascido de risco: problemas relacionados com a idade gestacional. In LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008) – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1. p. 892-932.

PLAZA, Bernardo; IZETA, Escalante; KLUNDER, Miguel – Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**. [Em linha]. 44:2 (2006) 97-104. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=46&IDARTICULO=8708&IDPUBLICACION=960>.

POLI, Lilian Mara C.; ZAGONEL, Ivete Palmira S. - Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimento. **Fam. saúde desenv**. 1: 1/2 (1999) p. 33-38.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette P. (1995) - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2010) – **Indicadores e metas do PNS: nascimentos pré-termo**. [Em linha]. [Consult. 10 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/nascimentos-pre-termo/>.

PRIMO, Cândida C.; CAETANO, Laíse C. – A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria**. [Em linha]. 75:6 (1999) 449-455. [Consult.

20 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-06-449/port.pdf>.

QUIVY, Raimond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998) – **Manual de investigação em ciências sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

REGULAMENTO nº 127/2011. **D.R. II Série**. 35 (11-02-18) 8662-8666.

RELVAS, Ana Paula (2006) – **O ciclo vital da família**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento. 236 p. ISBN 972-36-0413-2.

RELVAS, Ana Paula; LOURENÇO, Madalena C. – Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. 407 p. ISBN 989-558-081-9. p. 105-132.

RICCI, Susan S. (2008) – **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Philadelphia: Guanabara Koogan. 712 p. ISBN 978-85-277-1397-9.

ROCHA, Livia; LAMY, Zeni; FERREIRA, Maria – Avós na unidade de tratamento intensivo neonatal: explorando possibilidades. **Rev. Hosp. Univ./UFMA**. [Em linha]. 6:1 (Jan.-Abr. 2005) 13-17. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_6_1_JAN_ABR_2005.pdf#page=11.

SALES, Cibele M.; SEIXAS, Sandra C. - Causas de desmame precoce no Brasil. **Cog. Enferm.** [Em linha]. 13:3 (2008) 443-447. [Consult. 30 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13042/8822>.

SAMPAIO, Daniel (2008) – **A razão dos avós**. 6ª ed. Alfragide: Editorial Caminho. 241 p. ISBN 978-972-21-2009-8.

SANTO, Lillian; OLIVEIRA, Luciana; GIUGLIANI, Elsa - Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. **Birth**. [Em linha]. 34:3 (Sep. 2007) 212-219. [Consult. 20 Ago. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca6637a4-b516-493c-848c-694c10180a9c%40sessionmgr10&vid=2&hid=15>.

SANTOS, Carmina S.; LIMA, Luciane S.; JAVORSKI, Marly – Fatores que interferem na transição alimentar de criança entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura de Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant** [Em linha]. 7:4 (2007) 373-380. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-8292007000400004&script=sci_arttext&lng=pt. ISSN 1519-3829.

SARAFANA, Sofia [et al.] – Aleitamento materno: evolução na última década. **Acta Médica Portuguesa** [Em linha]. 1:37 (2006) 9-14. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424155711_APP_Vol_37_N1_OR_Aleitamento_Materno.pdf.

SCHANLER, R. J. - Mother's own milk, donor human milk, and preterm formulas in the feeding of extremely premature infants. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.** [Em linha]. 45:3 (2007) 175-177. [Consult. 16 Ago. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18185087>.

SCOCHI, CÁRMEN [et al.] – Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Ame. Enfermagem.** [Em linha]. 11:4 (2003). [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_arttext. ISSN 0104-1169.

SCOTT, J. A. [et al.] - Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. **Jour. Hum. Lact.** [Em linha]. 17:1 (Fev. 2001) 24-30. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11847848?dopt=Abstract>.

SERRA, Sueli; SCOCHI, Cármen – Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Rev. Latino-Ame. Enfermagem.** [Em linha]. 12:4 (2004). [Consult. 20 Jul. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400004&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-1169.

SHARMA, M.; KANANI, S. - Grandmothers' influence on child care. **Indian Jour. Pediatr.** [Em linha]. 73:4 (2006) 295-298. [Consult. 30 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16816489>.

SILVA, Leila R. [et al.] – A amamentação de recém-nascidos prematuros: dimensões sociais relacionadas a experiência de suas Mães. **Congr. Bras. Enfer. Obst. Neo. 6.º** [Em linha]. (2009). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://abenfopi.com.br/vicobeaon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/Amamenta%C3%A7%C3%A3o%20De%20Rec%C3%A9m-Nascidos%20Prematuros%20Dimens%C3%B5es%20Sociais%20Relacionadas%20a%20experi%C3%Aancias%20de%20suas%20m%C3%A3.pdf>.

SILVA, Rosangela; SILVA, Isília – A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Rev. Enf.** [Em linha]. 13:1 (2009) 108-115. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15.pdf>.

SIMIONI, Angelita; GEIB, Lorena – Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. 61:5 (2008) 545-551. [Consult. 02 Jul. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a03v61n5.pdf>. ISSN 0034-7167.

SLUZKI, Carlos A. (2006) – **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 145 p. ISBN 85-85141-77-8.

SOUZA, Nilba L. [et al.] – Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. 62:5 (2009). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500013. ISSN 0034-7167.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência. 382 p. ISBN 972-8383-29-0.

SUSIN, Lúlie R.; GIUGLIANI, Elsa R.; KUMMER, Suzane – Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública** [Em linha]. 39:2 (2005) 141-147. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24034.pdf>.

TAMEZ, Raquel; SILVA, Maria Jones (2009) – **Enfermagem na UTI neonatal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 261 p. ISBN 978-85-277-1541-6.

TEIXEIRA, Marizete A. [et al.] – Significado de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto & Contexto-Enferm.** [Em linha]. 15:1 (Jan./Mar. 2006) 98-106. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100012&lng=pt. ISSN 0104-0707.

TEIXEIRA, Marizete A.; NITSCHKE, Rosane G. – Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres: avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto Contexto Enferm** [Em linha]. 17:1 (Jan./Mar. 2008) 183-191. [Consult. 30 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/21.pdf>.

TEIXEIRA, Marizete; NITSCHKE, Rosane; SILVA, Luzia – A prática da amamentação no cotidiano familiar: um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Rev. Tem. Kairós Geront.** [Em linha]. 14:3 (2011) 205-220. [Consult. 20 Jan. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501>. ISSN 2176-901X.

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – **Midwifery search: the Royal College of Midwives**. [Em linha]. (2007). [Consult. 03 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rcm.org.uk/search/?q=breastfeedinghttp>.

TOMA, Tereza S. – Método mãe canguru. In CARVALHO, Marcus R. ; TAMEZ, Raquel N. (2005) - **Amamentação, bases científicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1085-5. p. 197-206.

TRONCHIN, Dayse M.; TSUNECHIRO, Maria Alice – A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. 58:1 (2005). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100009&script=sci_arttext. ISSN 0034-7167.

VAN DER PAL, S. M. [et al.] - Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. **Act. Pediat.** [Em linha]. 96:11 (2007) 1611-1616. [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17937685>.

VIANNA, Fabiana – Transgeracionalidade: “des-encontro” de gerações. **Epis. Som.** [Em linha]. 3:2 (2006). [Consult. 20 Mai. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052006000200007. ISSN 1980-2005.

WHO HEALTH ORGANIZATION – **10 Facts on Breastfeeding** [Em linha]. (Agos. 2008.) [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Indicators for assessing breastfeeding practices.** [Em linha]. (1991). [Consult. 03 Jun. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/pmnch/media/publications/oportunidades_port_chap3_4pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Optimal duration of exclusive breastfeeding.** [Em linha]. (2007). [Consult. 03 Jul. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Página da OMS (MC).** [Em linha]. (2011). [Consult. 03 Jul. 2011]. Disponível em http://www.who.int/pmnch/media/publications/oportunidades_port_chap3_4pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Public health aspects of low weight.** [Em linha]. (2010). [Consult. 03 Jul. 2011]. Disponível na WWW: <URL: http://search.who.int/search?q=Public+Health+Aspects+of+low+Weight&spell=1&ie=utf8&site=default_collection&client=en&proxystylesheet=en&output=xml_no_dtd&access=p&lr=lang_en.

ZANIN, Leticia C.; SCHACKER, Lisara C. – Avós maternas: incentivadoras da amamentação. **Rev. Conhecimento Online**. [Em linha]. 2:1 (2010). [Consult. 20 Set. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.feevale.br/files/documentos/pdf/35211.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista n° -----

Data -----

Duração -----

Identificação da Entrevistada

Idade -----

Estado civil -----

Profissão -----

Habilitações literárias -----

Área de residência -----

Nº de filhos -----

Idade dos filhos -----

Nº de netos -----

Idade gestacional do neto à data do nascimento -----

Idade actual do neto -----

Tempo de internamento do neto-----

Tipo de relação familiar – mãe/filha; sogra/nora

Profissão da filha/nora -----

Procedimentos:

- Apresentar a investigadora, o tema, relevância; objectivos do estudo e importância da sua participação;
- Estabelecer contacto prévio com as avós para marcar o momento da entrevista;
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelas entrevistadas e assegurar o anonimato do tratamento dos dados;
- Solicitar a colaboração das avós com o intuito de obter respostas sinceras e reais, que traduzam o mais fidedigno possível as suas vivências, opiniões e sentimentos sobre a temática;
- Pedir autorização às entrevistadas para a gravação das entrevistas em suporte digital;
- Agradecer a cada entrevistada a sua colaboração.

Questões para a entrevista

Objectivos	Questões
Descrever o significado pessoal do processo de transição para a grã-parentalidade das avós de netos pré-termo	<ul style="list-style-type: none">• Como tem sido para si ser avó de um neto prematuro?• Que sentimentos experienciou ao longo do internamento e após a alta?• Quer falar-nos um pouco de como tem vivido esta experiência?
Descrever os sentimentos/dificuldades vividos pelas avós, no apoio ao aleitamento materno dos netos, ao longo do internamento e após a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none">• O que significa para si o seu neto(a) ser alimentado com leite materno? Porquê?• Como tem sido a sua participação neste processo? De que forma?• Que sentimentos lhe surgiram desde o início? E o que sente agora, quando presta ajuda, directa ou indirecta?• Esta experiência/participação, que efeito teve sobre si? Mudou alguma coisa?• O que pensa sobre este processo (retirada do leite, envio, conservação, administração por sonda ou por tetina)? E o que sente em relação ao seu conjunto ou em cada uma delas em particular?• Como tem sido para si, ajudar? Quer falar de algum exemplo em particular?

ANEXO II



Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
Conselho de Administração

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

HUC	09	11
-----	----	----

NOME DO PROJECTO:

**VIVÊNCIAS DAS AVÓS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA PROMOÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO**

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf. Adriana Gonçalves

De acordo com a Legislação em vigor, é autorizada a realização, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 21 / 14 / 2011

Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Fernando de Jesus Regateiro)



**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros;
Vice-Presidente: Dra. Maria Odete Isabel; Vogais: Prof.^a Doutora Maria Fátima
Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Prof. Doutor Carlos
Alberto Fontes Ribeiro; Enf.^o Adélio Tinoco Mendes;
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;
Padre: José António Afonso Pais

Francisco Parente
Director Clínico
H.U.C.-EPE

Visto / Ao G.A.I.
para difusão
24/03/2011

Exmo. Senhor:
Director Clínico dos
HUC, E.P.E.

N/Ref^o
CES

Ofício Nº
0044

Data
23.03.2011

ASSUNTO: [HUC-09-11] - *Estudo Observacional "Vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na promoção do aleitamento materno"* - Adriana Gonçalves Borges - Enfermeira no Serviço de Puerpério da Maternidade Dr. Daniel de Matos e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Cumpr-me informar Vossa Ex.^a que a Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., reunida em 22 de Março de 2011, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Contudo, o parecer só se torna exequível após o envio a esta Comissão de Ética, da autorização do Director do Serviço de Obstetrícia (Prof. Doutor Paulo Moura) e da Directora do Serviço de Neonatologia (Dra. Rosa Ramalho).

Com os melhores cumprimentos,

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS HUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES,
H. U. C., E. P. E.

Comissão de Ética para a Saúde

2.6



Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE

Unidade de Inovação e Desenvolvimento

H.U.C. - Conselho de Administração

Exmº Senhor

Presidente do Conselho de Administração

dos H.U.C.

Autorizado
21.4.2011
<i>[Signature]</i>
<i>[Signature]</i>
14/04/11

Ref.ª: HUC-09-11

A pedido da Sr.ª **Enf. Adriana Gonçalves** recebeu esta Unidade um pedido de Projecto de Investigação sobre "VIVÊNCIAS DAS AVÓS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO", ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer favorável, *condicional*, da Comissão de Ética deste Hospital. A Investigadora já entregou na CES os documentos exigidos, conforme anexo.

Informa-se V. Exª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para os HUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

[Signature]

(Prof. Doutor Pedro Monteiro)

Conselho de Administração
Reg. N.º 2933 CA ✓
19.04.2011

ANEXO III

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer N^o P27-2/2011

Título do Projecto: Vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na promoção do aleitamento materno

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Adriana Gonçalves Borges

Filiação Institucional: Maternidade Dr. Daniel de Matos – HUC, EPE, Coimbra

Relator(es): Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto pretende conhecer as vivências das avós de recém-nascidos pré-termo na promoção do aleitamento materno. Para além deste, tem como objectivos específicos, identificar o significado pessoal das experiências que as avós de recém-nascidos pré-termo vivenciam na promoção do aleitamento materno, ao longo da permanência do neto/a na Unidade de cuidados Intensivos e descrever os sentimentos e as dificuldades vividas pelas avós destes recém-nascidos na promoção do aleitamento materno.

Para a compreensão desta problemática os investigadores irão realizar um estudo exploratório de natureza qualitativa, com recolha de dados através de entrevistas semi-estruturadas a avós de recém-nascidos pré-termo. Esta amostra será obtida na Maternidade Dr. Daniel de Matos-HUC, EPE., e a entrevista segue um guião constituído por questões abertas.

Atendendo ao formato da investigação, e apesar de não ter sido indicado o número de avós a incluir no estudo, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo recomenda que:

1. seja informada sobre o número de avós a incluir no estudo;
2. deve ser garantida a confidencialidade das entrevistas e a sua adequada segurança, no sentido da protecção dos sujeitos.

O relator: _____

Maria Filomena Botelho

Data: 09/03/2011 O Presidente da Comissão de Ética: _____

[Assinatura]

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo da análise de conteúdo

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR	UR	UE
Impacto com a realidade da prematuridade do neto	Sentimentos	<i>Choque</i>	P5: “(...) ele telefono-me e foi um choque tão grande, tão grande(...) eu sempre pensei que ela nascesse mais tarde!” (P1,P6,P7)	5
		<i>Sufrimento</i>	P4: “Chorei de o perder...Por ele ser prematuro!” (P1,P2,P5,P7)	5
		<i>Medo</i>	P5: “(...) medo de o perder!” (P1,P2,P3,P4,P7)	6
		<i>Fé</i>	P4: “Aquele bebé foi alguém que lhe pôs a mão e que o salvou!” (P5,P7)	3
		<i>Ansiedade</i>	P1: “ (...) estávamos sempre na expectativa, com alguns receios, ansiedade (...)” (P3,P4,P5,P6)	5
		<i>Aceitação Resignada</i>	P5: “Olhe, custo-me muito (...), mas tinha que ser!” (P1,P6)	3
		<i>Dificuldade em estar com o RN internado</i>	P4: “(...) não o consegui ver, só passados 10 dias (...)” (P2,P3,P5,P7)	5
	Vínculos	<i>Mãe-RN</i>	P1: “ (...) ligação muito forte entre mãe e filho” (P5,P6)	3
		<i>Avó-RN</i>	P1: “E eu percebi nesse dia que ele conheceu a minha voz!”(P4)	2
		Expectativa relativa à alta hospitalar	<i>Prognóstico favorável/alta do RN</i>	P7: “(...) já estava mais rijita e maiorzita! Ai já sentíamos mais alívio (...)” (P1,P2,P3,P4)
Apoio ao aleitamento materno da diáde	Experiências relativas ao AM	<i>Relembrar as experiências de amamentação</i>	P3: “ Eu da mais velha tive 2 semanas! E da mais nova não tive” (P2,P4,P5,P6,P7)	6
		<i>Felicidade pelo AM</i>	P3: “ Ela conseguiu o que eu não consegui!..Fiquei muito feliz” (P1,P4,P5,P6,P7)	6

Apoio ao aleitamento materno da diáde		<i>Experiências negativas</i>	P2: “Para a mãe não é tão bom...eu até ficava com o peito em ferida...Para a mãe é mais uma prisão (...)” (P3,P4,P5)	4
		<i>Dificuldades em acompanhar o processo de AM</i>	P6: “(...) não estou cá quando ela as amamenta (...)” (P2)	2
	Importância atribuída ao AM	<i>Benefícios do AM</i>	P7: “ Porque a menina já era muito frágil e se fosse qualquer leite, já não era tão bom (...), como fosse com o leite da mãe!” (P1,P2,P3,P5,P6)	6
		<i>Facilidade em amamentar</i>	P5: “ Tinha medo que por ela ter estado tanto tempo com a sonda e com o biberão, que fosse mais difícil, mas pelos vistos não!” (P2,P4)	3
		<i>Desvantagens</i>	P3: “Mas acho que é uma tortura, andar sempre a tirar leite (...)” (P2,P4,P5)	4
Ser avó de uma criança prematura	Sentimentos	<i>Desejo/felicidade pela grã-parentalidade</i>	P3: “Queria muito ser avó (...) fiquei muito contente eu e o avô (...)” (P1,P2,P4,P5,P6,P7)	7
		<i>Competência/dedicação materna</i>	P4: “E vejo que a minha filha é uma mãe muito esmerada...Olhe, é uma mãe muito valiosa para mim” (P1,P5,P6,P7)	5
		<i>Reviver a maternidade</i>	P1: “ é quase como recuar no tempo (...) é, nós transpormonos um pouco para o nosso passado como mães (...)” (P3,P4,P5)	4
	Apoio familiar/Outro	<i>Família</i>	P1: “Mas sempre que posso vou ao encontro (...) acho que é muito importante não só para o pequenino (...) como para nós avós (...) é também muito importante para a mãe (...)” (P2,P3,P4,P5,P6,P7)	7

Ser avó de uma criança prematura		<i>Amigos</i>	P4: “(...) amiga, amiga que me tem apoiado muito (...) é a minha empregada (...) Somos quase como irmãs!” (P7)	2
		<i>Apoio na altura de serem pais</i>	P6: “ Foi a minha mãe que Deus tem! Ajudou-mos a criar (...)” (P5,P7)	3
		<i>Suporte afectivo da avó à mãe</i>	P5: “Mas eu estive lá com ela, dei-lhe miminhos” (P1, P4, P6,P7)	5
	Aconselhamento	<i>Conselhos de avó</i>	P5: “E também fico feliz quando ajudo e quando ela me pede conselhos! É sinal que a ajuda e os conselhos de mãe também são importantes (...)” (P1,P2,P3,P4,P7)	6
		<i>Conselhos da mãe na altura em que foi mãe</i>	P5: “ (...) na primeira as mães dão sempre muitos conselhos, pensam que só elas é que sabem (...) Eu hoje até entendo a minha mãe!”	1
	Importância das avós e do cuidar	<i>Superprotecção nos primeiros dias após a alta</i>	P4: “Os dias que se seguiram (...) sempre de volta dele (...)” (P5)	2
		<i>Continuidade familiar</i>	P3: “Significa que deixamos descendência, quem dê continuidade ao nosso nome e à nossa família!” (P5)	2
		<i>Importância da grã-parentalidade</i>	P4: “ E é esse o nosso papel de mãe, até ao fim dos nossos dias, mesmo quando os filhos já são pais (...)” (P1,P5,P6,P7)	5
		<i>Independência no cuidar – competência parental</i>	P2: “ Os moços são muito independentes (...) ela é toda desembaraçada (...)” (P3,P6)	3