

## APOIO ÀS MÃES EM CRISE NUM SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Victor Viana<sup>\*1,2</sup>, Hercília Guimarães<sup>1</sup>, Teresa Maia<sup>1</sup>,  
Madalena Ramos<sup>1</sup>, & Francisco Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital São João, Porto

<sup>2</sup>FCNAUP e ISCS-N

---

**RESUMO:** Neste trabalho, os autores descrevem os procedimentos utilizados com o objectivo de facultar apoio emocional a mães que acompanhavam os seus recém-nascidos numa unidade de neonatologia.

O apoio psicológico foi fornecido no contexto de grupo e contexto individual. Como orientação teórica foi usado o referente da abordagem sistémica e o referente da intervenção em crise.

Na intervenção em grupo, procurou-se facilitar a comunicação no grupo, estimular a expressão de sentimentos, medos, crenças e a exposição de problemas pessoais, familiares, sociais, etc. O principal objectivo foi promover o apoio dentro do grupo, dada a semelhança de experiências e angústias entre as mães, decorrentes da evolução do internamento dos seus bebés.

Na intervenção individual foi usado o modelo da consulta psicológica em situação de crise. Os objectivos foram: estabelecer uma relação de confiança e empática, identificar e dissecar o problema precipitador da crise, identificar e implementar recursos psicológicos, familiares, etc. que melhorassem o funcionamento emocional face à situação.

A avaliação realizada com recurso à opinião fornecida pelas mães alguns meses depois, demonstra a importância deste tipo de intervenção junto das mães numa unidade de neonatologia.

*Palavras chave:* Apoio às mães, Apoio psicológico, Grupo de apoio, Intervenção em crise, Neonatologia.

---

## PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO THE MOTHERS OF RISK NEWBORNS IN NICU

**ABSTRACT:** In this paper the authors describe the proceeding used in order to provide psychological support to mothers of newborns in a neonatology service.

The emotional support was given mainly in the group context and in some cases in individual context. The theoretical orientation included the systemic theory and crisis intervention.

In the group approach steps included: the promotion of group communication and confidence, the expression of sentiments, beliefs, fears and psychological, family and social difficulties. Objective consists in encouraging and developing the group emotional support taking advantage of Similarities between mother's life experiences and fears in the situation.

In the individual approach it was used de psychological counseling and crisis intervention models. Objectives were: developing and maintaining rapport, identifying the precipitating problems, identifying coping strategies and promoting new strategies.

---

\* Contactar para E-mail: victorviana@fcna.up.pt

Evaluation was made thorough mother's opinions got some months after, which stressed the importance of this kind of intervention in such a group of mothers in the neonatology service.

*Key words:* Crisis intervention, Group support, Neonatology, Psychological support, Support to mothers.

---

Desde há alguns anos que o Departamento de Pediatria do Hospital S. João – Porto cultiva uma atenção e preocupação particulares pelo estado emocional das mães e pais das crianças internadas. A importância atribuída aos factores relacionais no que respeita à criança doente é, actualmente para este departamento, um dado adquirido.

Esta preocupação tem-se traduzido em atitudes concretas tais como: investigar aspectos da integração dos pais enquanto acompanham os filhos, e intervir no sentido de lhes ser fornecido apoio emocional. Concretamente, procura-se implementar a presença dos pais junto dos filhos, disponibilizar recursos físicos de apoio, estudar e conhecer as suas opiniões e atitudes em relação ao Departamento. Interessa conhecer especificamente as opiniões relativas aos aspectos da comunicação, informação e relacionamento dentro do Serviço. O objectivo tem sido fazer o diagnóstico da situação e, tendo em conta conclusões, melhorar os factores classificados negativamente (Viana, Guimarães, Barbosa, & Teixeira Santos, 1999). Melhorar o estado emocional das mães e, concomitantemente, melhorar a sua adaptação ao contexto do internamento e aos procedimentos médicos e de enfermagem é o resultado que procuramos alcançar. Melhorando as competências de confronto das mães com todos os diversos factores no domínio da saúde e do internamento dos filhos, esperamos influenciar positivamente a evolução da saúde destes.

Uma das formas de apoio às mães e pais, quanto a nós mais interessante e mais adaptada ao contexto do internamento, implicou a constituição de grupos de mães e o fornecimento de apoio psicológico e emocional neste contexto. A primeira experiência neste domínio realizada neste Departamento foi efectuada junto das mães de crianças com doença oncológica e encontra-se documentada (Roma-Torres et al., 1995).

Dadas as vantagens associadas a esta experiência, entendemos ser este um modelo de intervenção junto dos pais a reproduzir e generalizar, adaptando-o ao contexto, tendo em conta, por exemplo, a idade das crianças e características da unidade de saúde. Tal foi o caso da experiência que se relata neste trabalho, realizada com as mães e pais ao longo de quatro anos, no Serviço de Neonatologia.

Quando as crianças são muito pequenas, como acontece com os recém-nascidos prematuros, internados imediatamente após o parto, o estado emocional das mães influencia a relação mãe-bebé saindo, por vezes, prejudicada a ligação afectiva (vinculação) actual e futura da díade. Como é sabido, a presença das mães junto dos seus bebés e a interacção têm um efeito

positivo no processo de recuperação do estado de saúde destes (Klaus & Kennel, 1985; Lestard & Lennox, 1995). A separação precocemente imposta, como acontece nos partos prematuros em que os bebés ficam geralmente internados, para além do impacto na saúde, constitui factor de risco para a relação emocional mãe-bebé com implicações negativas no desenvolvimento psicossocial da criança (Cronnin, Shapiro, Casiro, & Cheang, 1995).

Não basta, no entanto, manter a proximidade física entre mãe e recém-nascido. Um parto prematuro é quase sempre um episódio crítico e fonte de stress agudo. É, muitas vezes, necessário providenciar apoio emocional às mães, atendendo à angústia provocada por um internamento muitas vezes prolongado. Ao longo do período de internamento são frequentes os episódios críticos, a situação médica dos recém-nascidos evolui com surpresas, progressos e retrocessos, com consequências psicológicas na mãe e no casal, na vida profissional e no clima sócio-afectivo da família (especialmente se já existem outros filhos).

É de notar que as mães, dado que passam muitas horas juntas nas instalações desta unidade, comunicam entre si, trocam opiniões, divulgam informações nem sempre correctas, tendem a estabelecer relações de amizade e a fornecer, de modo informal, apoio mútuo. Uma vez que estas se organizam informalmente criando, de certa forma, um pequeno grupo de auto-ajuda, parece-nos quase intuitivo o aproveitamento deste potencial no sentido de promover uma maior eficácia do grupo.

Se a maior parte destas mães beneficia de um apoio no contexto grupal, este aspecto não deve excluir, por si só, o apoio individual e personalizado de que muitas carecem. Algumas sentem dificuldade em comunicar a outrem aspectos mais íntimos tais como os sentimentos mais profundos, ou os pensamentos mais negros e negativos. Esta disponibilidade será tanto mais difícil quanto maior for o número de interlocutores. Por essa razão foi providenciado também apoio individual em casos determinados.

Nos últimos anos o Serviço de Neonatologia e a sua direcção tem vindo a atribuir uma importância crescente aos denominados *cuidados diferenciados ao recém-nascido* numa perspectiva do “*developmental care*”. De acordo com esta orientação, o risco que um grande prematuro enfrenta pode ser significativamente diminuído, a ponto de se reflectir numa redução da demora média de internamento e qualidade da sobrevida, se for criado um clima psicossocial adequado (Als, 1986; Brown & Heermann, 1997; Buehler, Als, Duffy, McAnulty, & Liederman, 1995; Sizun, Ratynski, & Mambrini, 1999). Este objectivo implica promover atitudes concretas, diferenciadas e personalizadas, da parte de todo o pessoal da Unidade em relação ao recém-nascido (tendo em conta o ritmo, as características comportamentais e situação médica de cada bebé) e envolvendo os pais neste processo. Com estes procedimentos procura-se combinar a tecnologia típica das unidades de neonatologia com atitudes mais sensitivas e individualizadas de modo a facilitar o desenvolvimento

neurocomportamental dos recém-nascido. Ao mesmo tempo, apoiar os pais e reconhecer o seu papel de cuidadores a curto e longo termo, assume-se como crucial. Vencendo este desafio, espera-se conseguir a acreditação do Serviço como centro NIDCAP (Lawhon, 1997). O esforço em facultar apoio emocional às mães (e pais), a que se refere este trabalho, deve ser perspectivado de acordo com esta orientação.

## BASES TEÓRICAS

Este trabalho foi desenvolvido tendo como pontos de orientação teórica dois contributos que tomamos como complementares: a Teoria Sistémica e os princípios gerais da Intervenção em Crise.

### Teoria sistémica

Como já se disse, a nossa intervenção efectuou-se fundamentalmente no contexto grupal. Visou, precisamente, aproveitar as sinergias que se vão desenvolvendo no grupo, ao longo do tempo, e aumentam conforme a história do grupo vai evoluindo, e dirigi-las no sentido de uma maior eficácia em termos de suporte emocional. Realçamos características importantes no funcionamento deste grupo tais como: *totalidade*, *interdependência*, *auto-regulação*, *trocas com o ambiente* e *circularidade*, entre outras qualidades sistémicas (e.g., Littlejohn, 1982).

Assim, no que se refere à *totalidade*, ao fim de pouco tempo o grupo reagia em uníssono a uma má notícia recebida por uma das mães. Uma vez que se desenvolvia rapidamente uma forte identificação entre todas, dado que os problemas eram sentidos e vividos como muito semelhantes, todo o grupo tendia a reagir com tristeza perante uma notícia desanimadora relativa a um só bebé. Naturalmente que associada a esta forte identificação surgia, também, um sentimento profundo de solidariedade.

A *interdependência* decorre do que se descreveu no ponto anterior. Dado o forte sentimento de unidade, o grupo tendia a ser afectado por aspectos da vida pessoal e familiar para além dos factores relativos à saúde de cada bebé. Se um acontecimento particular afectava todo o grupo, também o ambiente ou atmosfera do grupo se repercutia em cada um dos seus membros.

A *auto-regulação* refere-se à capacidade do grupo regular o seu equilíbrio em função dos acontecimentos ou mudanças internas ou externas. Esta qualidade traduzia-se, na prática, numa função amortecedora que o grupo exercia quando um dos elementos vivia uma situação particularmente traumatizante. Fornecendo apoio, o grupo como que absorvia alguma da ansiedade ou desânimo trazidos por uma das mães e relacionada com

acontecimentos exteriores à Unidade ou relativos à mesma e, portanto, relativo à evolução de um dos bebés e repercussões no humor da mãe.

As *trocas com o ambiente* são particularmente importantes pois qualquer sistema vivo interage com o ambiente externo, o que implica que reage e, por sua vez, influencia-o. Estas interações são fonte de mudança do sistema e, também, do meio em que se insere. Neste caso o “meio” é o Serviço e o próprio Hospital.

*Circularidade* refere-se aos mecanismos de causalidade que funcionam no grupo/sistema. Esta característica está naturalmente relacionada com as demais, particularmente com a totalidade. Implica que a relação linear de causa-efeito não tem sentido quando estamos perante um sistema. Se uma circunstância (causa) provoca uma determinada consequência (efeito), a consequência vai reverberar sobre a causa que, por sua vez, torna a actuar sobre o efeito e assim sucessivamente num ciclo sem fim.

### Intervenção em crise

Por “*crise*” pode entender-se a percepção de um acontecimento ou situação como uma dificuldade intolerável que excede os recursos e mecanismo de confronto da pessoa (Kanel, 2002).

O conceito implica três dimensões importantes para a sua compreensão: o acontecimento precipitante, uma percepção tal do acontecimento que provoca ansiedade, e insucesso dos recursos e mecanismos de confronto de modo a que a pessoa que vive o acontecimento funcione deficitariamente do ponto de vista psicológico, emocional e comportamental. A identificação e reconhecimento destes três aspectos é crucial pois a intervenção far-se-á em torno deles. A intervenção em crise implica trabalhar a percepção que o sujeito tem do acontecimento, sendo o principal objectivo melhorar o seu funcionamento psicológico (Kanel, 2002). Não é possível, na maior parte dos casos, alterar o acontecimento precipitante, mas pode modificar-se o modo como o paciente interpreta a situação, ou o significado que atribui à mesma. No nosso grupo, algumas mães começaram por considerar a situação em que se viam envolvidas, juntamente com o seu bebé, como um castigo que não mereciam. Numa fase mais avançada do processo consideraram que a situação que estavam a viver era uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, ou de desenvolvimento do casal e da família. Tal como foi descrito para outras situações (e.g., Kubler-Ross, 1969), após o primeiro impacto do acontecimento precipitante, ao qual o sujeito reage com *ansiedade* e por vezes desorganização, sucede uma resposta de *negação*, *raiva*, *desespero*, *sentimentos de culpa* e *depressão*. Se a situação for ultrapassada de modo positivo (a ajuda tem nesta fase um papel crucial), seguir-se-á a *aceitação* e o *confronto* com as consequências.

Conseguir mobilizar recursos pessoais e familiares de apoio é uma das vertentes determinantes do processo de intervenção em crise. Constatamos, de modo muito evidente, que as mães que se sentem apoiadas pelos companheiros, pelas suas próprias mães, pais e irmãos, vivem os períodos mais críticos com menor angústia e maior optimismo do que as que se sentem desamparadas pelos familiares. Verifica-se também que, nos casos de isolamento das mães em relação às suas famílias, o grupo adquire uma função preponderante enquanto factor de apoio emocional. Comparativamente, nos casos em que a família se mantém unida, o papel do grupo enquanto factor de suporte é menos importante.

É de realçar que quer no contexto da intervenção em grupo, quer no contexto individual, seguimos, em traços gerais, a orientação que descrevemos.

## PROCEDIMENTOS

Todos os elementos da equipe de intervenção eram membros do Serviço e, como tal, conheciam bem os bebés e os seus problemas, conheciam as mães e algumas das suas dificuldades sociais e, por vezes, os seus problemas familiares. Por sua vez, os elementos do grupo eram também bem conhecidos das mães e pais do grupo, à excepção do Psicólogo, com quem tinham um contacto intermitente.

Como modo de ultrapassar esta barreira a um relacionamento mais pessoal, estabelecemos como regra que, pelo menos uma vez por semana, o Psicólogo visitava cada bebé e respectiva mãe junto da incubadora de modo a obter informação sobre o contexto social da família, reunia com a equipa de enfermagem de modo a conhecer os problemas dos bebés e das suas famílias. O Psicólogo reunia também, regularmente, com a Directora do Serviço, obtinha ainda informação junto dos demais neonatologistas e junto da Enfermeira Chefe do Serviço.

Pretendia-se assim, à partida, estimular um relacionamento mais ou menos caloroso entre todos os presentes. Este relacionamento facilitava a comunicação e proporcionava clima emocional facilitador da expressão de conteúdos de índole pessoal no contexto do pequeno grupo.

### Reuniões com as mães

As reuniões com as mães realizaram-se entre os anos 2001 e 2004, inclusive. O grupo reunia-se semanalmente e desde que estivessem presentes, pelo menos, quatro mães e geralmente às quintas-feiras pelas 12 horas. Tinha uma duração de cerca de 1 hora e 30 minutos. Todas as mães e pais presentes no Serviço eram convidados a participar nas reuniões que decorriam numa sala da Unidade de Neonatologia. Estavam presentes o psicólogo, que dirigia o

grupo, e uma enfermeira ou enfermeiro. A escolha da hora teve a ver com o facto de nessa hora estarem presentes um grande número de mães e também coincidir com a hora da visita médica, em que as mães eram solicitadas a abandonar a enfermaria, permanecendo no exterior até terminar a visita. Pelas 13 horas e 30 minutos começava o período de almoço das mães.

O grupo era marcado por grande rotatividade, pois se algumas das mães permaneciam com os seus bebés por muitas semanas, de acordo com o tempo de internamento (no caso de bebés grandes-prematuros por vezes até três meses ou mais), a maior parte ficava duas ou três semanas apenas. A maioria dos bebés permanece no Serviço entre 2 e 14 dias (cerca de 68%). Um número considerável permanece por um período de tempo igual ou superior a 30 dias (cerca de 11%) (Relatório 2003). Havia sempre uma ou outra mãe que estava presente pela primeira vez pelo que as sessões começavam, muitas vezes, com uma pequena introdução em que se expunham os objectivos da reunião. Em seguida, promovia-se uma fase de “*aquecimento do grupo*” em que todos os elementos presentes eram convidados a se apresentarem e a expor alguma informação da esfera pessoal. O objectivo era ultrapassar algumas resistências e criar um ambiente emocional empático.

Seguidamente dava-se a palavra a cada mãe para que apresentasse qualquer assunto do seu interesse ou preocupação relacionado, directa ou indirectamente, com o seu bebé. Geralmente um tema sobressaía entre os outros que, dadas as suas características vivenciais, passava a constituir assunto central da comunicação no grupo. Os temas mais negativos ou mais positivos produziam ressonâncias afectivas nas outras mães presentes. Estas faziam comentários, sugestões, forneciam apoio e davam esperanças referindo, muitas vezes, a sua experiência em situações análogas.

Os temas que surgiram mais frequentemente podem ser categorizado do seguinte modo, por ordem da importância que as mães atribuíam:

*Infeções:* A grande preocupação das mães de bebés prematuros era a possibilidade de os seus filhos adquirirem infecções que, dadas as circunstâncias, poderiam ser fatais. Era quase certo que estes bebés apanhariam infecções durante o internamento. Este foi o tema mais frequentemente abordado e o que suscitava maior ansiedade.

*Implicações no desenvolvimento dos bebés:* Quase todas as mães traziam questões relacionadas com as implicações no futuro do bebé da situação médica actual. Ao fim de alguns dias a generalidade das mães adquiria conhecimentos técnicos, muitas vezes pouco fiáveis, sobre os indicadores dos diversos dispositivos electrónicos, sobre a situação do bebé, etc. Desde cedo sabiam que poderiam subsistir lesões mais ou menos graves do sistema nervoso dos seus filhos. Um dos maiores temores frequentemente expresso era de que essas possíveis lesões provocassem qualquer tipo de deficiência que se repercutisse na vida futura da criança.

*Medos e angústias durante a gravidez:* Algumas mães já sabiam que o seu bebé apresentava malformações ou alguma doença ou deficiência durante a gravidez. Uma grande parte destas mães apresentava um padrão de comportamento esperado, quanto a nós, mas mesmo assim curioso. Estas mães, segundo referiram à *posteriori*, geralmente não preparavam o enxoval. Temiam realizar um grande investimento emocional traduzido em todo o trabalho de selecção e preparação de “roupinhas”, alcofa, brinquedos, móveis, etc. que poderia terminar numa grande desilusão. Afirmavam, ao mesmo tempo, que poderia “dar azar” fazer planos e preparativos condicionando, assim, um mau resultado já anunciado.

*O casal e a família:* Este tema era frequentemente abordado e as mães aproveitavam para enaltecer o apoio prestado pelo esposo ou companheiro. Este apoio traduzia-se em atitudes directas em relação à mãe e ao bebé, mas também em atitudes face aos outros filhos (se os havia), apoio económico, etc. Nos poucos casos que nos foi dado observar de mães solteiras, ou em que havia graves problemas conjugais, situações que tinham em comum a falta de apoio do pai da criança, o grupo como que se unia para condenar estes personagens e as suas atitudes e para dar apoio redobrado à mãe em causa.

*Comunicação com os Técnicos de Saúde:* Algumas vezes as mães aproveitavam para expressar opiniões negativas em relação a um ou outro elemento da equipa de saúde. Reclamavam de atitudes que classificavam como “frias”, ou de dificuldades em obter informação clara e suficiente. Em geral alguns comportamentos menos afectuosos da parte do pessoal eram reformulados como sendo resultado da grande pressão sentida pelos técnicos e realçado o grande profissionalismo por todos reconhecido. As mães aproveitavam também para elogiar o comportamento de alguns elementos da equipa de saúde.

*Problemas logísticos:* Frequentemente eram trazidos pelo grupo problemas logísticos relativos, por exemplo, ao mau funcionamento do refeitório do hospital, ao acondicionamento das mães de condição económica mais débil em alojamento fornecido pelo hospital, etc. Muitas vezes foi possível melhorar estas dificuldades recorrendo ao contacto entre a enfermeira chefe e os responsáveis pela gestão deste tipo de apoios.

Ao longo das sessões eram fornecidas informações e esclarecimentos sobre a situação do bebé, pois algumas mães expunham por vezes crenças e medos desajustados. A participação da enfermeira era aqui muito importante, pois ela dispunha dos elementos para fornecer os esclarecimentos necessários.

No final da sessão eram realçados aspectos positivos que emergiam do assunto central da reunião. Era dado especial relevo ao contributo de um ou outro elemento, embora se desse importância à participação de todos. Aproveitava-se para deixar ao grupo, ou a uma mãe numa situação emocional



mais crítica, uma nota final positiva tendo por base o que tinha sido apresentado e discutido durante a sessão.

### Apoio individual

Algumas mães (muitas vezes o casal) solicitavam apoio no contexto individual (ou de casal). Este apoio era também oferecido sempre que a equipa médica ou a equipa de enfermagem sinalizava alguma situação para qual, pela gravidade do momento, se indicava apoio emocional.

O apoio era fornecido de acordo com os pressupostos da consulta psicológica, tendo em conta o que anteriormente se disse a propósito da Intervenção em crise. Estamos perante uma crise situacional que surge na sequência de um acontecimento invulgar sobre o qual o sujeito não tem qualquer controlo. Este processo caracteriza-se por ter um início repentino e ser inesperado. Foi seguido um modelo de intervenção breve, faseado em três níveis de acordo com os seguintes objectivos (Kanel, 2002):

- a) Estabelecimento do contacto com a mãe ou casal, desenvolvendo uma relação de confiança e empática, de modo a facilitar a intervenção. Nesta fase a exploração de aspectos da esfera sócio-económica e cultural permitia um conhecimento da situação familiar, dificuldades do casal, problemas diversos, mas também uma identificação de recursos e potencialidades a ser usadas posteriormente.
- b) Identificação do problema e análise dos seus aspectos particulares. Tratava-se aqui de investigar a crise actual, assim como a perspectiva e interpretação do paciente. Interessava também conhecer experiências anteriores do mesmo tipo e os modos, ou estratégias, usados para resolvê-las. Era também importante identificar os sentimentos ou crenças desajustadas apresentados pelo paciente como: sentimentos de culpa, sentimentos de inferioridade, etc. Na maior parte dos casos observados, o problema era o choque que decorria do confronto com um parto prematuro e o internamento, ou a situação crítica do recém-nascido. Lembramos o caso de uma mãe, recentemente separada do pai da criança, cujo problema era a agressividade do ex-companheiro que aproveitava as visitas ao hospital para a perseguir. Para outra mãe, a crise decorrente do internamento de um bebé prematuro era vista como uma oportunidade para o casal aprofundar o seu relacionamento.
- c) Identificação, selecção e Implementação de estratégias de confronto com o problema. Este passo implicava descobrir, com o paciente, modos novos ou já antes usados de diminuir as consequências da situação ou de aumentar a sua competência para lidar com o problema. Importava também melhorar o nível do funcionamento global do paciente. Quase sempre o esposo e a família de origem constituíam

fortes recursos de apoio, noutros casos os sentimentos religiosos proporcionavam a esperança numa solução. A percepção do suporte fornecido por outras mães e a confiança na equipa de saúde eram recursos que alimentavam a esperança de um desfecho favorável de muitas mães e pais.

Procurou-se fundamentalmente pôr em prática atitudes de apoio e empática. Encorajou-se a expressão de sentimentos, de medos e angústias relativas aos desfechos possíveis. Tivemos, entre outros, o objectivo de identificar as estratégias de “coping” preferenciais do paciente, encorajando que estas fossem postas em acção, e ajudar a mobilizar recursos pessoais, do casal e da família, que contribuíssem para o equilíbrio emocional.

Em alguns casos, dada a gravidade do estado emocional, a mãe foi encaminhada para apoio psiquiátrico.

### AValiação

A avaliação foi realizada entre 6 a 8 meses depois quando a criança vinha a uma Consulta de Desenvolvimento. Esta avaliação era qualitativa e consistia em perguntar à mãe a sua opinião sobre as reuniões deste grupo ou o apoio individual que obtiveram. A opinião expressa verbalmente foi sempre positiva.

Foi notado que a opinião dependia da magnitude da recuperação da criança. Se a criança estava bem todo o processo de internamento em Neonatologia era interpretado como uma experiência positiva. A opinião das mães de bebés que faleceram, ou dos que foram transferidos para outra Unidade de Saúde, ou nunca vieram à Consulta de Desenvolvimento, nunca foi avaliada.

### CONCLUSÕES

O apoio prestado às mães e pais, com crianças internadas em situação mais ou menos grave é reconhecido por todos os intervenientes na saúde infantil como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe, a curto e longo prazo (Garel, Bahard, & Blondel, 2004; Laucht Esser & Schmidt, 2001).

As barreiras e resistências que identificamos do lado das mães, quanto à sua participação num grupo de apoio, parecem relacionadas com factores instrumentais como dificuldades de horários consensualmente convenientes a um número de pessoas que permita formar e manter um grupo ao longo do tempo.

Outro obstáculo tinha a ver com diferenças de estatuto entre as mães presentes. Em grande parte dos casos esta resistência acabava por desaparecer conforme o tema central ia galvanizando as atenções.

No grupo, a expressão de aspectos muito íntimos não era encorajada e, se necessário, a temática era então explorada no contexto de apoio individual

Na nossa opinião, é necessário que os resultados deste tipo de intervenções sejam avaliados com metodologia adequada. Se o objectivo é fornecer apoio emocional então é natural pensar-se que as mães e pais dos bebés em pior estado ou que não vingam, são as que mais necessitam desta intervenção. Será importante pensar-se na avaliação dos resultados nestas circunstâncias.

Embora não tenha sido possível estudar qualquer correlação entre os benefícios sentidos pelos pais e possíveis benefícios evidenciados na evolução da saúde dos bebés, esta experiência sugere que os efeitos positivos são justificação suficiente para que se mantenha este tipo de serviço.

## REFERÊNCIAS

Als, H. (1986). A synactive model of neonatal bahavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in premature infant and for support of infants and parents in neonatal intensive care environment. In J.K. Sweeney (Ed.), *The high-risk neonate: Developmental therapy perspectives. Physical & Ocupational Therapy in Pediatrics*, 6(3/4), 3-55.

Brown, L., & Heermann, J. (1997). The effect of developmental care on preterm infant outcome. *Applied Nursing Research*, 10(4), 190-197.

Buehler, D., Als, H., Duffy, F., McAnulty, G., & Liederman, J. (1995). Effectivness of individualized developmental care for low-risk preterm infant: Behavioral and electrophysiologic evidence. *Pediatrics*, 96(5), 923-932.

Cronnin, C., Shapiro, C., Casiro, O., & Cheang, M. (1995). The impact of very low-birht-weight infants on the family is long lasting. A matched control study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(2), 151-158.

Garel, M., Bahard, M., & Blondel, B. (2004). Conséquences pour la famille d'une naissance très prémature deux mois après le retour à la maison. Resultats de l'enquete qualitative de l'EPIPAG. *Archives de Pédiatrie*, 11(20), 1299-1307.

Guimarães, H. (2003). *Relatório de Actividades 2003*. Serviço de Neonatologia – Hospital S. João – Porto.

Kanel, K. (2002). *A guide to crisis intervention*. New York: Brooks/Cole Publishing Company.

Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1985). Pregnancy, birth, and the first days of life. In M.D. Levine, W.B. Carey, & A.C. Crocker (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics* (pp. 64-80). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Mcmillan Pub. Inc Ca.

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology. The moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 292-300.

Lawhon, G. (1997). providing developmentally supportive care in the newborn intensive care unit: An evolving challenge. *Journal of Perinatology & Neonatal Nurse*, 10(4), 48-61.

Lestard, K., & Lennox, K. (1995). Developmental care: Making your NICU a gentler place. *Cannadian Nurse*, 91(2), 23-26.

Littlejohn, S. (1982). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar Eds.

Sizun, J., Ratynski, N., & Mambrini, C. (1999). Implanter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatal: Pourquoi, comment? *Archives de Pédiatrie*, 6, 434-439.

Roma-Torres, A., Almeida, J. P., Viana, V., Barbosa, M.C., Coreia, M., Vilas-Boas, A., Norton, L., & Lima Reis, I. (1995). Reuniões de grupo de pais de crianças leucémicas: Repercussões sistêmicas na família e na unidade de tratamento. *Arquivos de Medicina*, 9, 283-286.

Viana, V., Guimarães, M.J., Barbosa, M.C., & Teixeira Santos, N. (1999). Percepção, opiniões e atitudes das mães relativamente ao Departamento de Pediatria do Hospital de S. João – Porto. *Arquivos de Medicina*, 13, 17-21.