

O Papel Maternal de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas

The Maternal Role of Women with Problems of Addition to Psychoactive Substances

Lo Papel Maternal de Mujeres Adictas

Carolina Miguel Graça Henriques¹, Maria Antónia Rebelo Botelho² & Helena da Conceição Borges Catarino³

RESUMO

Enquadramento: Se na gravidez e maternidade é esperado que a mulher se reorganize atendendo ao desempenho de um novo papel e com este se sinta feliz e realizada, nem sempre este processo decorre de uma forma tão 'normalizadora' como esperado. A vulnerabilidade a que algumas mulheres estão expostas, como no caso da adição a substâncias psicoativas quando ficam grávidas e se tornam mães, determina que se questione a forma como o fenómeno da transição para o papel maternal é vivido por estas mulheres.

Objetivos: Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal, de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho.

Métodos: A investigação situa-se numa metodologia qualitativa, de desenho fenomenológico e interpretativo, assente nos contributos conceptuais de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer, tendo-se realizado catorze entrevistas com uma abordagem não estruturada. No processo de análise dos dados colhidos recorremos aos pressupostos processuais de Van Manen.

Resultados: O fenómeno da transição para o papel maternal nestas mulheres revela-se e desvela-se nas suas histórias de consumos (O Situar-se na História de Consumos), num passado (O Situar-se no seu Passado) que lhes permite valorizar o presente e projetarem-se num futuro (Valorizar o Presente e projetar o Futuro), no sentirem-se ora desinvestidas e não cuidadas (O Sentir-se Desinvestida/Não Cuidada) ora investidas e cuidadas por outros (O Sentir-se Investida/Cuidada), no seu projeto de maternidade (O Situar-se no Projeto de Maternidade) e na diade mãe-filho (O Situar-se na Diade Mãe-Filho).

Conclusões: Através deste estudo, os enfermeiros poderão aceder à experiência vivida destas mulheres e com estes achados melhorar e desenvolver a sua intervenção. Para além disso, este estudo propõe-se iniciar o caminho da reflexão sobre as respostas que estas mulheres dão aos seus processos de vida, contribuindo para clarificar algumas ideias estereotipadas, que possibilitem um cuidar em enfermagem mais genuíno e humano, constituindo-se simultaneamente na possibilidade de 'dar voz' a estas mulheres.

Palavras-chave: Transição; Maternidade; Experiência Vivida; Adição; Fenomenologia.

Introduction: If in pregnancy and maternity it is expected that the woman reorganize in the performance of a new role and with this feel happy and fulfilled, this process does not always happen in a way as 'normalizing' as expected. The vulnerability to which some women are exposed, as in the case of the addition to psychoactive substances when they become pregnant and become mothers, determines to question how the phenomenon of the transition to the maternal role is experienced by these women.

Objectives: To understand the lived experience of the transition to the maternal role of women with problems of addition to psychoactive substances, from pregnancy to the first year of the child's life.

Methods: The research is based on a qualitative methodology, with a phenomenological and interpretive design, based on the conceptual contributions of Martin Heidegger and Hans-Georg Gadamer. Fourteen interviews were conducted with an unstructured approach. In the process of analyzing the data collected, we used the procedural assumptions of Van Manen.

Results: The phenomenon of transition to the maternal role in these women is revealed and revealed in their stories of consumption (The Situation in the History of Consumption), in the past (The Situation in their Past) that allows them to value the present, and projecting themselves into the future (Valuing the Present and Projecting the Future), not feeling disinvested and uncared for (Being Disinherited / Uncared for) now invested and cared for by others (Feeling Invested / Care), in her maternity project (The Situation in the Maternity Project) and in the mother-child dyad (The Situation in the Mother-Son Dyad).

Conclusions: Through this study, nurses can access the lived experience of these women and with these findings improve and develop their intervention. In addition, this study proposes to start the path of reflection on the responses that these women give to their life processes, contributing to clarify some stereotyped ideas, that allow a more genuine and human nursing care, constituting at the same time Possibility of 'giving voice' to these women.

Keywords: Transition; Maternity; Living Experience; Addition; Phenomenology.

Introducción: Si se espera que el embarazo y la maternidad a la mujer para reorganizar a la vista de los resultados de un nuevo papel y con esto se sienten feliz y realizada, no siempre este proceso continúa de una manera como 'normalización' como se esperaba. A la vulnerabilidad que algunas mujeres están expuestas, ya que además de sustancias psicoactivas al quedar embarazadas y se convierten en madres, determina que cuestionan cómo el fenómeno de la transición a la función materna es jugado por estas mujeres.

Objetivos: Conocer la experiencia vivida de la transición a la función materna de las mujeres, además de los problemas de sustancias psicoactivas desde el embarazo hasta el primer año de vida del niño.

Métodos: La investigación se encuentra en una metodología cualitativa, diseño fenomenológico e interpretativo, con base en los aportes conceptuales de Martin Heidegger y Hans-Georg Gadamer, habiendo catorce realizaron entrevistas con un enfoque estructurado. En el proceso de análisis de los datos recogidos recurrido a supuestos de procedimiento de Van Manen.

Resultados: El fenómeno de la transición a la función materna en estas mujeres se presenta y se revela en sus historias de consumo (La situar en la historia de consumo), en el pasado (El Sitúate en el pasado) que les permite a valor el presente y proyectarlo en un futuro (valor presente y proyec-

¹ Pós Doutorada em Ciências da Saúde, Doutorada em Psicologia, Doutorada em Enfermagem; Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Enfermeira-Especialista em SMO, carolina.henriques@ipleiria.pt, Portugal

² Doutorada em Filosofia; Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; rbotelho@esel.pt, Portugal.

³ Doutorada em Psicologia; Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria; helena.catarino@ipleiria.pt, Portugal.

tar el futuro), la sensación ahora despojado y no se cuida (la sensación desinvertido / no le importaba) ahora invertido y cuidado por los demás (el sentimiento de cuidado) en su diseño de maternidad (la Situación en el proyecto de maternidad) y la diada madre-hijo (la Situación en la diada madre-hijo). **Conclusiones:** A través de este estudio, las enfermeras pueden acceder a la experiencia de vida de estas mujeres y estos hallazgos para mejorar y desarrollar su intervención. Por otra parte, este estudio se propone iniciar el camino de la reflexión sobre las respuestas que estas mujeres dan a sus procesos de vida, ayudando a clarificar algunas ideas estereotipadas que permiten a nadie que se ocupe de la enfermería más auténtica y humano, siendo al mismo tiempo en capacidad de "dar voz" a estas mujeres.

Palabras clave: transición; la maternidad; La experiencia vivida; Adición; Fenomenología.

INTRODUÇÃO

Sabemos que se por um lado a gravidez implica um processo de ajustamento físico e psicológico, os momentos que lhe sucedem, como o parto, o período pós parto e os primeiros anos de vida dos filhos, implicam a superação de um conjunto de desafios e tarefas adaptativas que irão marcar a transição para o papel maternal (Canavarró, 2001; Mercer, 2004; Rubin, 1984).

Situando o Ser Humano como um ser-no-mundo, o homem é um ser-com-outro, com consciência do seu eu e da sua própria identidade, que se relaciona com outros seres (Heidegger, 2006). É através da experiência vivida (Dilthey, 1989), que nos é dada a possibilidade de aceder à relação do sujeito-mundo, constituindo-se esta relação como uma realidade pré-refletida e autobiográfica (Dilthey, 1989), onde o Ser Humano se envolve com o mundo num determinado tempo e numa situação do mundo como é a transição para o papel maternal.

A vulnerabilidade a que algumas mulheres estão expostas, como no caso da adição a substâncias psicoativas quando ficam grávidas e se tornam mães, determina que se questione a forma como o fenómeno da transição para o papel maternal é vivido por estas mulheres, na possibilidade de compreensão e desocultação deste fenómeno (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

O objetivo geral deste estudo é compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, tendo sido esboçados objetivos específicos tendo por base marcos temporais (momentos) na experiência vivida destas mulheres, nomeadamente:

- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento da gravidez;
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento do trabalho de parto e parto;
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas

de adição a substâncias psicoativas no momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança);

- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas durante o primeiro ano de vida do filho;

Faça à nossa problemática definimos como questão orientadora da nossa pesquisa: Qual é Experiência Vivida da Transição para o Papel Maternal de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho?

Orientados pelos trabalhos de Martin Heidegger (2006) e Hans-Georg Gadamer (2004) para uma busca da compreensão como totalidade, entendemos que esta pesquisa se situa no paradigma de desenho fenomenológico e interpretativo. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospectivo no que respeita à colheita de dados. As participantes foram selecionadas de forma intencional, tendo em conta os critérios de inclusão definidos. De acordo com a natureza deste estudo, foi selecionada a entrevistada fenomenológica com uma abordagem não estruturada, com vista à obtenção de informação que permitiu conhecer e compreender o fenómeno. Com vista a orientarmos-nos no processo de análise dos dados acedidos, recorremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990).

Com a finalidade de explorar a variabilidade da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, entendemos que só assim nos é possível compreender e desocultar a experiência contextual e significativa destas mulheres visível, para que estas possam ser consideradas como recetores ativos das ações do cuidador, nomeadamente dos enfermeiros.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Centrando-se na reflexão sobre o ser, o conceito heideggeriano de homem, nomeado como *Dasein* (*pre-sença ou ser-aí, ser-no-mundo, ser-com-os-outros*), associa-se às conceções de angústia, autenticidade

dade e inautenticidade, sendo a liberdade fator essencial ao homem, esse...um ser livre e capaz de vida autêntica, imerso na sociedade e preocupado com a construção do mundo a sua volta (Naves, 2009).

Para Heidegger (2006, p. 62), só o homem (*ser-aí*) existe, sendo este privilegiado, devido *"a aceitação do dom da existência que lhe entrega a responsabilidade e a tarefa de ser e assumir esse dom"*, uma vez que o homem só pode ser *"compreendido a partir da sua existência, da possibilidade (que lhe é própria) de ser ou não ser ele mesmo"*.

Considerando o erro da metafísica tradicional, o esquecimento do ser, Heidegger (2006) propõe-se inaugurar uma nova ontologia, procurando a compreensão do ser, tendo por base os procedimentos fenomenológicos herdados de Edmund Husserl.

Configurando-se a situação do homem como *claireira do ser*, onde este se esconde e se revela, *Dasein*, é marcado pela pre-sença, a qual, só é possível com fundamento no ser-no-mundo em geral (Heidegger, 2006). A compreensão do ser-no-mundo como estrutura essencial da presença é que possibilita a "visão penetrante da espacialidade existencial da pre-sença" (Heidegger, 2006, p. 94). *Dasein*, este ser-no-mundo, é alguém que "espacializa", por ser pre-sença no mundo no qual se encontra.

Dentro de uma história e cultura, a experiência vivida expressa a relação do Homem com o mundo, sendo vivida num tempo e como uma realidade pré-refletida. Sendo o vivido experienciado autobiográfico, ela, a experiência, é transformada para além da imediateidade, num conteúdo intemporal e numa recordação, entendido como aquilo que está guardado na memória - o que recorda uma experiência já vivida, o que expressa uma situação já passada (Makkreel & Rodi, 1985).

Partindo do entendimento de que o ser humano só pode ser compreendido a partir da sua própria existência, a experiência vivida (Dilthey, 1989) pelas mulheres aquando da gravidez, parto, pós-parto e primeiros anos de vida da criança, parecem ser determinantes para o conhecimento do ajustamento, adaptação e transição à maternidade e ao papel maternal, sendo que os enfermeiros deverão ser capazes de os compreender nas suas especificidades e diferenças neste processo (Watson, 2002, 2004, 2012).

Embora os conceitos de gravidez e maternidade sejam ainda hoje muito analisados por uma conceptualização naturalista (experiência natural, comum às mulheres, predisposição biológica para procriar) e essencialista (competências inatas para ser mãe), os mesmos devem ser explorados como processos vivenciados pelas mulheres (Monteiro, 2005), em que a gravidez se traduz pelo período que medeia a concepção e o parto, e a maternidade por um processo que

se inicia no período pré-concepcional não havendo um término definido para a conclusão do mesmo. Assim, a maternidade assume-se como um processo a longo prazo, em que nos primeiros anos de vida da criança, pelas necessidades cuidativas a desempenhar, a "dívida de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanente", o exercício da mesma tem uma maior visibilidade (Canavarro, 2001, p.19).

Inserido no projeto de maternidade, a gravidez é entendida como o período onde se ensaiam cognitivamente papéis e tarefas maternas, podendo iniciar-se ou não o processo de vinculação pré-natal à criança. Reestruturando-se relações para a inclusão de um novo membro na família, a experiência da maternidade é múltipla e variável, dependendo em larga medida do significado que lhe é atribuído por quem o experiencia (Canavarro, 2001), tendo como fim a consecução do papel maternal (Mercer, 2004).

Compreendendo o fenómeno da gravidez e maternidade como períodos de desenvolvimento e de transição, os mesmos caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas, associados a processos de mudança, implicando por isso, a necessidade de reorganização (Canavarro, 2001; Chick & Meleis, 1986).

Quando nos centramos em mulheres com comportamentos de adição a substâncias psicoativas (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000), facilmente percebemos que o processo de consecução do papel maternal, enquanto processo de transição, é um fenómeno de elevada complexidade, onde se entrecruzam múltiplos fatores associados à pessoa, ao ambiente que o rodeia e aos processos saúde-doença, estando presentes experiências, interações e condições ambientais que expõem estas mulheres a uma situação de vulnerabilidade com riscos acrescidos (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

O processo de transição envolto no processo gravídico, no trabalho de parto e parto, no período pós parto e primeiros meses de vida dos filhos, neste contexto, está relacionado com o facto de a transição poder ser originada por uma mudança voluntária e/ou esperada ou, pelo contrário, ocorrer de uma forma não controlada, indesejada e imprevista (Chick & Meleis, 1986). Dependendo do contexto social e cultural em que ocorre, e de acordo com a fase do ciclo vital a que se reporta, reconhece-se que a transição remete para uma mudança significativa na vida destas mulheres, através da alteração e redefinição de papéis e de estados (transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença), como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto

social (Chick & Meleis, 1986).

Assim, os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações, nas expectativas ou nas capacidades (Meleis & Trangenstein, 1994). A situação da mulher face à toxicodependência não é amplamente conhecida e a informação escasseia. Segundo o Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2000), as mulheres consumidoras de drogas carregam um maior estigma do que os homens, sendo que este relatório ressalva a importância de se desenvolver mais investigação com mulheres consumidoras de drogas e se encontrarem respostas mais adaptadas que tenham em conta os seus problemas e necessidades específicas, nomeadamente, no que diz respeito à maternidade. O referido documento refere que as mulheres consumidoras de drogas cometem menos crimes quando comparadas com os homens e tendem mais frequentemente a financiar os seus hábitos de consumo através da prostituição.

METODOLOGIA

Através dos pressupostos existenciais de Heidegger, procurámos aceder à conceptualização do sujeito vivido, no mundo e com o mundo, alicerçando-nos também na hermenêutica gadameriana, visando esta, revelar e esclarecer qual o significado mais profundo do que está oculto.

Afastando-nos de um paradigma interpretativo da procura do sentido exato da norma, direccionamos fundamentados nos trabalhos de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer para uma busca da compreensão como totalidade, em que a linguagem nos medeia o acesso ao mundo e às coisas.

Face à questão de investigação, entendemos que esta pesquisa se situa no paradigma qualitativo (Savin-Baden & Major, 2013), de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, o que permitirá ao investigador o acesso ao fenómeno, à sua apreensão e compreensão, sendo que o mesmo tem início na experiência vivida do investigador no âmbito da sua atividade profissional. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospectivo no que respeita à colheita de dados.

Na investigação realizada, os sujeitos foram selecionados tendo por base o fenómeno em estudo, com papel ativo na pesquisa, tendo o investigador o objetivo de obter uma descrição densa do fenómeno em estudo (Smith, Flowers & Larkin, 2013). Segundo Cohen, Philips e Palos (2001) para a produção de conhecimento em enfermagem, os enfermeiros deve-

rão aprofundar o seu estudo sobre os indivíduos em condições vulneráveis já que isso lhes permitirá aceder aos fenómenos encobertos, desenvolver intervenções de enfermagem que derivem dos achados encontrados, competência e sensibilidade cultural e conhecer a natureza heterógena dos indivíduos alvo dos seus cuidados.

Procurando a compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, partimos para encontros significativos com estas, através de uma escolha propositada e intencional (amostragem com propósito / proposital) orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), detendo estas um conhecimento aprofundado sobre as participantes, permitindo desta forma ao investigador atingir os objetivos do estudo e responder à questão de investigação.

Entendemos definir como critérios de elegibilidade para a participação no nosso estudo, mães com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que soubessem ler e escrever e que acordassem voluntariamente participar na nossa investigação. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e devidamente autorizado pela mesma Administração Regional de Saúde.

Todas as participantes estavam ao abrigo de programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos) no âmbito dos Centros de Respostas Integradas, desde o período pré-natal até ao momento da colheita de dados.

Não se pretendendo qualquer tipo de representatividade ou extrapolação, já que neste tipo de investigação o que se pretende é dar contributos significativos para a compreensão do fenómeno em estudo, definimos dez, o número mínimo de participantes, com vista a alargar ao máximo as possibilidades de análise e interpretação do fenómeno em estudo, com o objetivo de que este se torne claro, no entanto, os estudos fenomenológico-hermenêuticos não se centram no número de casos, mas sim na captura dos significados individuais face ao fenómeno a estudar (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

Entendemos que a entrevista fenomenológica com uma abordagem não estruturada nos permitiu uma descrição colorida do fenómeno, permitindo às participantes narrarem nas suas próprias palavras a sua experiência vivida do fenómeno, bem como a possibilidade de uma melhor interpretação da forma

como o mesmo é experienciado pelas participantes do estudo.

Neste âmbito e tendo já clarificado que tratam-se de uma investigação fenomenológico-hermenêutica em que o investigador é co-participante na mesma, não podemos deixar de enfatizar que ao longo do desenvolvimento da mesma o investigador tem a responsabilidade em analisar a sua influência na pesquisa.

Procurando a compreensão do significado da experiência por quem experienciou, realizaram-se várias reuniões formais com os profissionais de saúde que acompanhavam as participantes, no período de janeiro a maio de 2015. Os objetivos destas reuniões passaram por perceber, face aos critérios definidos para participação na investigação, o número de mulheres que respondiam aos mesmos e permitir ao investigador aproximarmos-nos do contexto do estudo, criando laços de confiança com a equipa que cuida destas mulheres há alguns anos, já que seriam sempre estes a referenciar as potenciais participantes, após lhes facultarem a informação sumária sobre a investigação a desenvolver.

Posteriormente à realização das reuniões para a sinalização de uma ou mais possíveis participantes, a investigadora mostrou-se sempre disponível para ter um contacto prévio com as participantes, com vista a clarificar todos os aspetos inerentes à investigação, seus objetivos, colheita e análise dos dados. Os contactos prévios que antecederam à realização das entrevistas ocorreram num local selecionado pelas participantes, que passou pelas suas próprias casas, jardins ou salas disponíveis nos Centros de Respostas Integradas. Após explanado todo o desenvolvimento do estudo, as participantes foram convidadas a ler o termo de consentimento e caso concordassem em participar na investigação, assinavam o mesmo. Nesse mesmo dia ou noutro devidamente agendado, atendendo às disponibilidades das participantes e da investigadora, foi marcado o primeiro momento para a realização da entrevista num lugar e num momento mais conveniente para as participantes, já que “quanto mais confortável estiver, mais provável é que partilhe informação importante” (Streubert & Carpenter, 2011, p.37).

Definimos à partida um momento (encontro) para a realização das entrevistas com as participantes. No entanto, atendendo ao contexto de vida destas mulheres, à sua situação de vulnerabilidade e ao fenómeno em estudo que consideramos como sendo de grande complexidade, houve necessidade em alguns casos, de realizar dois encontros com as participantes. As entrevistas decorreram tendo por base uma atitude dialogante entre a investigadora e as participantes, sustentadas nos objetivos traçados

para a investigação que serviram de mote ao diálogo, em que é no encontro do ser por meio da linguagem que tudo acontece.

A gravação da entrevista realizou-se em suporte áudio, no sentido de converter as entrevistas em textos escritos, tal como a tomada de notas de campo em suporte de papel através de um bloco de notas. O processo de realização das entrevistas demorou cerca de quatro meses e decorreu entre os meses de maio e agosto de 2015.

Após a validação da transcrição pelas participantes, os textos foram analisados com vista a retirar dos mesmos os aspetos não relacionados com o fenómeno em estudo, permitindo ao investigador procurar centrar-se no fenómeno em estudo, deixando de lado aspetos muito abstratos ou divagações relacionados com outros assuntos. Segundo Benner, Tanner e Chesla (2009), isto permite recolher e destapar os fenómenos.

No processo de análise fenomenológica, o investigador mergulhou nos dados, fazendo leituras e releituras circulares dos mesmos (Smith, Flowers & Larkin, 2013), buscando a compreensão de cada dado em relação ao todo, e do todo em relação a cada dado (circulo hermenêutico).

Com vista a orientarmos-nos no processo de análise dos dados acedidos através das entrevistas recorremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990).

RESULTADOS

As participantes neste estudo aludem à sua experiência vivida face à transição para o papel maternal através de uma narrativa que as levou a recentram-se em quatro momentos (gravidez; trabalho de parto e parto; pós parto; primeiro ano de vida do filho) do percurso vivido, de onde emergiram temas e subtemas essenciais face ao fenómeno em estudo.

Invisíveis, quase invisíveis, estas participantes levam-nos a refletir sobre a condição de vulnerabilidade em que se encontram. Sem grandes boas de salvação, o passado de entre as profundezas da água parece estar sempre presente, onde para chegarem à possibilidade de um futuro, têm que se manter a flutuar num presente cheio de dificuldades.

“(…) Eu era toxicodependente, era sem abrigo, não tinha ninguém. (...) A minha preocupação não era nenhuma. Eu queria era fumar e trabalhar para fumar, à espera de morrer. (...) A primeira vez que consumi ainda me lembro. Fumei um bocadinho de nada, de nada. Eu não estava habituada, que olhe, fiquei a dormir uma data de horas e senti-me tão bem. Olhe a partir daí, pronto, foi a minha desgraça [chora]. Fiquei agarrada.” (Ana – N2)

“Eu no início não sabia que estava grávida. Tinha

uma vida muito complicada, queria era curtir e andar por aí. (...) Ele um dia disse-me: “eh pá, temos que arranjar ‘guito’ para sustentar isto. Podias era começar a andar aí na estrada para fazermos dinheiro!” Eu vi-me desesperada, a precisar também de consumir para andar bem-disposta... fui para a estrada. Ao início foi horrível, senti que não era eu, mas quando comecei a ter dinheiro e a poder comprar a droga para consumir, foi mais fácil. Estava alienada! (...) Queria ter podido limpar a minha vida, mas já não dava.” (Irene – N4)

Se para Heidegger (2006) a ideia da vulnerabilidade (*vulnus*) se relaciona com suscetibilidade do ser humano a ser ferido, Levinas (2013) remete-nos para a ideia que a vulnerabilidade se relaciona também com a dependência ao outro, a quem cada um se apresenta e expõe. Desta forma, estas mulheres situam-se e vagueiam num passado difícil, onde quase não existiram, tornando-se por isso, invisíveis para o mundo e para elas próprias. Parece-nos, que nestas mulheres existe como que uma incapacidade de encontrar um significado e um sentido de responsabilidade da sua existência (Frankl, 1987).

Da história de vida passada faz parte, para algumas das nossas participantes, um ambiente familiar instável e degradado, onde não existem relações significativas com familiares e, portanto, a ausência de figuras de investimento afetivo para com elas é salientado em algumas das suas narrativas. Também a investigação conduzida por Galera, Bernal e O'Brien (2005) em vinte mulheres com filhos pequenos que realizaram tratamento para o problema da dependência do álcool ou drogas, nos remete para a ideia que muitas destas mulheres experienciam e são vítimas da ausência de afeto no relacionamento familiar durante a infância, o que nos parece que pode ser um elemento dificultador para o desenvolvimento da identidade materna e para o encetar experiências de afeto e cuidado.

Nas vidas destas mulheres foi presente um companheiro desviante, desviante porque para a maioria das participantes foi através do mesmo que tiveram contacto pela primeira vez com o mundo das drogas, da prostituição e experienciaram a violência física.

“Eu quando engravidei tinha deixado de fumar até tabaco, mas depois experimentei uma vez ‘cavaló’ (heroina) com o meu marido e ficámos agarrados. (...) tive de ser muito forte, porque volta e meia o meu marido fumava e eu vi-o feliz e todo contente e tinha inveja do estado dele. (...) Se no início ele ficou muito contente e feliz com a gravidez, quando andava de cabeça no ar com aquelas coisas, não me ligava nada e não queria saber. (...) Nunca me tratava mal, nem nada, mas estar a fumar aquilo à minha frente e andar todo alvorado, é difícil doutora!” (Patrícia – N7)

“Eu estava com um companheiro mas nós não tí-

nhamos nenhuma relação, isto é, era uma relação sem amor, sem nada, só estávamos. (...) Acreditava que ele me ia ajudar e a minha vida ia andar para a frente, mas depois a nossa vida era consumir, era andar para trás e para a frente, era roubar, era dormir, e assim passávamos os dias. (...) Ele é que controlava a minha cabeça, ele é que me mandava fazer tudo, ele é que mandava e mim! (...) ele não me ajudava a recuperar, porque se eu estava a fazer a metadona, ele ia para casa e consumia à minha frente.” (Nélia – N8)

Se à partida estes homens seriam fonte de amor e de apaziguamento delas próprias, os mesmos conduziram-nas a experiências aditivas, sendo as mesmas, em alguns casos, usadas pela sua invisibilidade, como fonte de rendimento através da prostituição, para que, o dinheiro que dali provinha ‘alimentasse’ o vício de ambos. Imersas nesta realidade, estas mulheres retratam pelas suas narrativas e contextos, as dificuldades que experienciaram em tentar mudar a sua ‘estranha’ forma de vida.

A Gravidez surge na vida destas mulheres, na maioria das vezes, de forma não planeada e não desejada. O seu surgimento faz-se, como já vimos, num contexto de consumo de drogas e de desestruturação do eu, em que este eu é como que ausente de identidade, “Ser eu é, para além de toda a individualização que se pode ter de um sistema de referências, possuir a identidade como conteúdo” (Levinas, 2014, p.24).

Com ambivalência, caracterizada por avanços e recuos, estas mulheres por um lado não desejam a gravidez, mas por outro parecem ver na mesma e o que aquela gravidez possa simbolizar, a oportunidade de mudança, possibilitando-as, por isso, a valorizar aquele momento presente e permitirem-se projetar um futuro. A possibilidade de terem um futuro é a possibilidade de saírem da tona de água; é a possibilidade de se sentirem iguais a outras mães e mulheres; é indiscutivelmente a possibilidade de “(...) afirmar a própria identidade do eu humano a partir da responsabilidade, isto é, a partir da posição ou da deposição do eu soberano na consciência de si, deposição que é precisamente a sua responsabilidade por outrem.” (Cardoso, 2002, p.50).

Quando situadas no seu projeto futuro da maternidade, estas mulheres exprimem o sentimento de felicidade, sentimento este que lhes dá possibilidade de se sobrepujarem e de modificarem o curso histórico da sua vida e da sua história de consumos, pela “(...) capacidade humana de transcender uma situação difícil e descobrir uma verdade orientadora” (Frankl, 1987, p.13).

Se a responsabilidade por um novo ser é aquilo que possibilita uma nova identidade para estas mulheres, é ele também que possibilita identificarem-se

e reencontrarem a sua identidade através do que lhe acontece. “É a identidade por excelência, a obra original da identificação.” (Levinas, 2014, p.24). Por este novo ser, as participantes do estudo exprimem especial ligação e vinculação a este, através das carícias que dão à sua barriga e dos diálogos que têm com o seu bebé in útero, enfim, através de todas as formas de apego ao bebé que trazem na sua barriga:

“(…) mas depois conforme ela ia crescendo dentro de mim foi, eh pá, foi uma paz...uma coisa maravilhosa...ai! (...) Gostava de dormir agarrada à minha barriga quando ela já estava grande e sentir a bebé a mexer, é uma coisa maravilhosa, doutora. (...) Eu falava para a minha filha, desabafava com ela, ela estava ali comigo, dentro de mim.” (Dora – N1)

“Olhe, comia a horas, tomava banhinho, passeava com a minha barriga e falava para o meu bebé. Quando fiz a primeira ecografia foi muito bom, ouvia o coração...[chora]. (...) Quando chegava a casa deitava-me e lá ficava eu a falar com ele!” (Irene – N4)

Ao longo da gravidez as participantes expressam sentirem-se investidas e cuidadas, quer pelos profissionais de saúde das instituições de saúde onde vigiaram a sua gravidez, quer pelos profissionais dos centros de respostas integradas.

“Passado uns tempos, uma doutora da CPCJ veio ter comigo e perguntou-me se eu não queria vir para o CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) fazer a metadona. (...) Claro que quando vim para o CAT senti mais apoio, senti-me mais capaz (...).” (Nélia – N8)

“A equipa foi espetacular e apoiou-me muito e isso facilitou aqueles momentos mais difíceis.” (Cristina – N9)

A comunicação que vislumbra atenção para com o outro e o gesto cuidativo dos outros para com elas, permitiu-lhes sentirem-se protegidas, mais capazes e seguras, “A comunicação ou compreensão dos gestos faz-se através da reciprocidade das minhas intenções e dos gestos dos outros, dos meus gestos e das intenções discerníveis na conduta das outras pessoas. É como se a intenção da outra pessoa habitasse o meu corpo e a minha, o dele.” (Merleau-Ponty, 2010, p.215).

Chegámos ao tempo...ao tempo do encontro com o outro a que estas mulheres se ligaram afetivamente. Um outro ainda desconhecido, mas imaginado de muitas e múltiplas formas, em que o medo de alterações e malformações no bebé atormentou o momento vivido por estas mulheres no decurso do seu trabalho de parto e parto. Para com este outro ser, estas mulheres exprimem sentimentos de amor e de ligação afetiva, referindo-nos um sentimento de profunda tristeza quando separadas do mesmo.

“O meu bebé nasceu bem, as enfermeiras mostraram-me, mas rapidamente foram com ele para a incu-

badora [chora]. Disso tive pena! As outras tinham os seus bebés, estavam ali ao pé delas, eu para além de estar completamente sozinha, quem tinha nascido para me fazer companhia tinha sido levado embora, isso foi terrível! [chora] (...) Quando cheguei à unidade, aí doutora chorei tanto, tanto! O meu bebé muito pequenino, dentro daquela caixa de vidro, fartei-me de chorar.” (Irene – N4)

“Quando ela nasceu eles levaram-na e isso marcou-me um bocado, porque eu deixei de a ver (...).” (Patrícia – N7)

Se na possibilidade, o encontro com o mundo se poderá fazer para estas mulheres nos ditames desta relação afetiva, somente *Dasein* é capaz de compreender seu próprio ser e somente ele, de igual modo, é capaz de perceber e se relacionar com o mundo que o rodeia (Filho, 2010).

Quando estas mulheres se recolocaram situadamente no seu trabalho de parto e parto, apesar do sentimento de felicidade que aquele momento carregava, um dos principais aspetos recordados pelas mesmas foram as dores sentidas.

“(…) estava farta de dores mas também ao mesmo tempo, fogo, estava feliz, queria ver a minha filha, abraçá-la, queria ver a minha filha, a gravidez durou séculos.” (Dora – N1)

“Olhe, lembro-me tanto, tanto das dores que eu nem tenho explicação. Foram horríveis e eu ia-me dando uma coisa.” (Maria – N3)

A dor continua a ser uma das principais recordações negativas associadas ao trabalho de parto e parto.

Embora não tenha sido expresso pela maior parte das nossas participantes, não podemos deixar de salientar que cinco referiram que, durante o trabalho de parto e parto, se sentiram desinvestidas por parte dos profissionais de saúde, exprimindo que sentiram a diferença no cuidar quando se comparavam com outras utentes internadas.

“(…) eu cheguei à maternidade, expliquei a situação toda e veio de lá uma besta-quadrada, que não tem outro nome, que me insultou e disse-me “você está a gozar com a minha cara! Não pode estar com contrações!”, eu disse-lhe “quer que eu me ponha aqui a gritar, se quiser eu grito, mas não me adianta nada!”. A mulher (enfermeira) lá me foi revistar toda por baixo e lá me pediu desculpa (...).” (Sandra – N6)

“Lá, eu senti muita diferença. Quando souberam que eu era toxicodependente, deixaram-me um bocado por ali. (...) Vieram ver-me, mas depois passavam muito tempo sem vir, e eu estava ali sozinha. Achei que não tinham bons modos e uma pessoa naquelas alturas precisa de uma palavra amiga, de um conforto e isso acho que não tive muito. (...) Eu fiquei num quarto sozinha, porque estas situações são assim, põem-nos num quarto sozinhas.” (Nélia – N8).

Se as nossas participantes fantasiaram sobre si mesmas enquanto mães durante o processo gravídico, procuraram transcender-se, irem para além de si, movendo-se na busca de informações e de modelos, incorporando comportamentos observados em outros, projetando-se como mães, é no encontro com o *Outro*, que têm a possibilidade de desenvolver competências cognitivo-motoras e afetivas em relação a este *Outro* que as desafia e que as possibilita.

Numa tentativa de se erguerem acima do seu destino externo, estas mulheres situando-se na relação mãe-filho expressam, quase que inequivocamente, a capacidade de cuidarem de seus filhos. Porque faziam quase tudo, porque eram capazes, porque estavam lá ... os filhos foram o foco, onde centralizaram tudo o que lhes possibilitava serem iguais e diferentes. Diferentes pela possibilidade de superação, iguais pela semelhança, à imagem figurativa do que é 'ser boa mãe'.

"Quando a bebé estava lá eu é que fazia tudo, nos primeiros dias eles é que queriam fazer e eu disse eu quero a minha filha, eu quero fazer. (...) Uma enfermeira lá no hospital então disse-me, anda cá, anda cá, estica os braços vá, tens de aprender, não pode ser só a ver. Eu fiquei tão contente, eu é que lhe dava banho, trocava as fraldas, dava de comer, tudo, tudo, eles não faziam quase nada, tratavam dos outros. Isto era muito importante para mim, eu aprendi a fazer e a minha filha sentia que era eu." (Dora – N1).

Dos achados, parece-nos evidente que é na ligação e vinculação aos seus filhos que estas mulheres se sentem como mães, e é este laço muitas vezes não sentido até então para algumas das participantes, que as faz sobrepujar a si próprias, aos outros e aos contextos que estavam inseridas.

Se nesta possibilidade de Consequência do Ser, o passado parece ser sempre presente, em que a culpa dilacera a alma, é pelo prisma do futuro que há a necessidade premente de cortar com todo um passado.

"Houve um dia que fez uma convulsão, senti-me tão mal, tão culpada, que chorei, chorei até não poder mais. Senti-me muito, muito culpada. O meu filho estava assim por minha causa, a culpa era minha, só minha!" (Irene – N4).

"Já não podia corrigir o passado, só o futuro!" (Paula – N12).

Centradas no período pós parto, as nossas participantes exprimem sentir orgulho ao sentirem-se como mães e ao facto de desempenharem esse papel, considerando o elevado estigma social que estas carregam em relação à capacidade em serem 'boas' mães, como se o ser toxicodependente fosse à partida uma amputação prévia para a capacitação em se tornarem mães. Ninguém nasce mãe! Ser mãe, não nos parece um dado inato que algumas mulhe-

res têm e outras não, parece-nos sim, uma viagem que algumas mulheres fazem e que dá a oportunidade de nesse percurso construir uma outra identidade de si próprias.

"Uma enfermeira até me disse que se admirava porque normalmente as toxicodependentes não querem saber dos filhos, saem e nunca mais voltam por causa do dinheiro, e eu disse, não, eu quero a minha filha, eu quero lutar! A CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) também me disse que não era normal eu querer a minha filha, que era um caso raro." (Dora – N1).

"Uma coisa que me marcou, foi que quando eu tive o meu filho eu era a toxicodependente e a outra senhora que estava lá também a ter o bebé, não era. (...) É como lhe digo, fazem muita distinção!" (Aurora – N14).

No nosso estudo, durante o momento pós parto circunscrito ao primeiro mês de vida da criança, as nossas participantes sentiram-se investidas e cuidadas, realçando as(os) enfermeiras(os) que cuidam, tal como outras formas de apoio formal ou informal que receberam.

Passado o processo gravídico, o trabalho de parto e parto e o período do pós parto, as nossas participantes voltam a visitar o passado (muito presente) do primeiro ano de vida dos seus filhos.

Grande parte das nossas participantes continuam a enunciar o como se sentiam capazes para cuidar dos seus filhos. Estivessem estas institucionalizadas com os seus descendentes, quer com estes em suas casas, as nossas participantes exprimem e tornam muito evidente a capacidade que têm em cuidar dos seus filhos. Com sentimentos de afeto e de vínculo, enunciam quase que categoricamente o que afinal eram capazes de fazer, tal como tantas outras mães, realçando (como se fosse inequivocamente necessário) tais capacidades, traduzindo as mesmas a possibilidade de validar que afinal foram 'boas' mães.

"A melhor experiência e o que mais me marcou durante o primeiro ano foram os primeiros oito meses de vida da minha filha, porque eu fui com ela para uma instituição e estive sempre com ela, era eu que cuidava dela. (...) Lá, eu fazia tudo à minha filha, dava-lhe amor, carinhos, o banho, a comida, brincava com ela, e eles sempre a vigiar-me. (...) Eu falava para a minha filha, cantava, eu esquecia-me que havia lá mais pessoas, ignorava-as, era como se fosse só eu e ela dentro de uma casa. (...) A minha filha logo que se sujava eu trocava logo a roupa toda, quando ela fazia chichi eu mudava logo a fralda, limpava logo com toalhetas, logo! Elas gozavam comigo. Andava lá uma toda baba, a cheirar a azedo, a minha não, cheirava sempre bem e andava limpinha." (Dora – N1)

"Nós cuidamos do nosso filho com muito amor e carinho e hoje eu sinto-me mais mãe, mais capaz! (...)

Durante este ano que passou, adorava passear com ele no carrinho de bebê, andar com ele na rua. Adorei aquelas fases todas de dar a comida, das papas, das sopas, foi muito bom!” (Paula – N12). Denota-se nestas mulheres a tentativa ‘quase desenfreada’ de enunciar o que faziam com os seus filhos, possivelmente pela necessidade invisível de darem aos olhos do Outro (que valida o Eu) a prova da consecução da sua maternidade, e pelo sentimento de estigma social em relação à capacidade em serem mães.

Como se erguessem acima do seu destino externo ao optarem por serem dignas do seu sofrimento, estas mulheres, no olhar sombrio pelo seu passado sentem-se mães...mesmo quando tudo falhou, mesmo quando a perspectiva de futuro é incerta...mesmo quando não foram capazes.

“Todos os momentos que passei e passo com a minha filha são momentos felizes da minha vida. A minha filha dá-me força para tudo. (...) Eu tenho muitas, muitas fotografias da minha filha, conforme ela ia crescendo eu ia tirando. Tenho tudo guardado. Eu para mim os dias de estar com a minha filha era uma alegria tão intensa, tão intensa.” (Ana – N2)

“É muito difícil, duro mesmo, mas acho que sentir-mo-nos mães e gostarmos de sermos mães ajuda um bocado, porque temos uma razão, um motivo para irmos em frente, para além de nós mesmos. Eu não me via sem os meus filhos!” (Carlota – N13)

Duvidamos se sublevação ou revolta serão os conceitos adequados para traduzirem o sentir destas mães perante a possibilidade ou efetiva institucionalização dos seus filhos, no entanto, com medo, angústia, tristeza e choro, as nossas participantes expressam por um lado o medo que a institucionalização ocorra e por outro, a tristeza que sentem quando os seus filhos são institucionalizados, muitas vezes longe do domicílio materno, o que lhes limita ou cria dificuldades acrescidas na possibilidade de os visitarem, pelos constrangimentos sociais e económicos que estas mulheres de uma forma geral possuem.

“Eu, com a ajuda de advogados consegui evitar isso, daí a bebé ter ficado à guarda dos meus sogros, mas eu vivi aterrorizada com isso nesta fase da vida da minha filha. Tinha medo! Não saía à rua com ela porque tinha medo que a levassem. (...) Eu não concordo que ponham os miúdos nas instituições. Quando me disseram isso, chorei muito nesse dia. Como é que uma pessoa que ama tanto a sua filha, ficava de repente sem ela?” (Maria – N3).

Face às instituições e técnicos da segurança social, as participantes deste estudo expressam o sentir revolta, porque queriam e esperavam mais...

Estas mulheres sentem que por estas instituições e profissionais são avaliadas e são ‘eles’ que afinal de-

cidem se são ‘capazes’ ou ‘não são’ de serem mães... são ‘eles’ que afinal atestam as suas ‘capacidades’ em serem ‘boas’ mães.

“Não nos ajudam, não nos apoiam, mas para avaliarem se fazemos bem e se somos capazes toda a gente vem.” (Maria – N3)

Focadas no primeiro ano de vida dos seus filhos, as participantes balanceiam entre esse período das suas vidas e um passado mais passado do qual fez parte a presença de um companheiro desviante, em que não só as marcou pela entrada no mundo das drogas e em alguns casos no mundo da prostituição, como o mesmo se traduziu num elemento muito dificultador para a efetivação da consecução do papel maternal e da identidade materna.

Compreende-se que a projeção que as nossas participantes fazem do futuro, carrega o sentimento de revolta ao que ele exige como ponto de partida. Estas mulheres partem de uma situação de saúde e social abaixo da linha de água, o que as coloca numa situação de vulnerabilidade acrescida. Deste enfoque, se o que vislumbram de futuro lhes permite ir caminhando, por outro, as dificuldades percebidas desse mesmo futuro constituem-se como obstáculos concretos à concretização da consecução do papel maternal.

É no *tempo do encontro*, que esse *Outro* as leva a sentirem a diferença no cuidar, medo, felicidade e amor, havendo espaço para sentimento de tristeza quando separadas daquele *Outro* que as possibilitava encontrarem-se com o seu Eu.

Na *consequência de seu ser*, estas mulheres exprimem o sentirem-se mães e a capacidade de cuidarem dos seus filhos, quase sempre atormentado por uma história de vida passada onde esteve presente um companheiro desviante e um futuro incerto, onde as exigências encetadas no mesmo, a (possibilidade de) institucionalização do filho, a vigilância por parte de outros e o estigma social em relação à capacidade em serem mães, as fazem exprimirem-se com tristeza e revolta.

Se na *possibilidade da consecução do papel maternal* gravitam de forma transicional para a identidade em serem mães, estas mulheres continuam a culpabilizarem-se por uma história de vida passada e todas as consequências que esta determinou em suas vidas e de seus filhos, sentindo por isso, necessidade de cortar com um passado ainda muito presente. Se a percepção do estigma social em relação à capacidade em serem mães é enfatizado por estas mulheres, é com o sentimento de orgulho e de vínculo ao seu filho, que estas se sentem mães e com capacidade para cuidarem dos seus filhos, evocando aqueles que foram capazes de cuidarem delas.

Pela necessidade de ajustamento ao fenómeno

da maternidade, de adaptação e na experiência simultânea de uma transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença, a consecução maternal faz-se, para estas mulheres, num passado e numa história de consumos, em que o projeto de maternidade é presente, fortemente alicerçado na diáde mãe-filho. Procurando valorizar o momento presente e numa necessidade quase constante de projetar o futuro, as participantes desta investigação salientam o sentimento de quando e quanto se sentiram cuidadas e o seu inverso (Esquema 1).

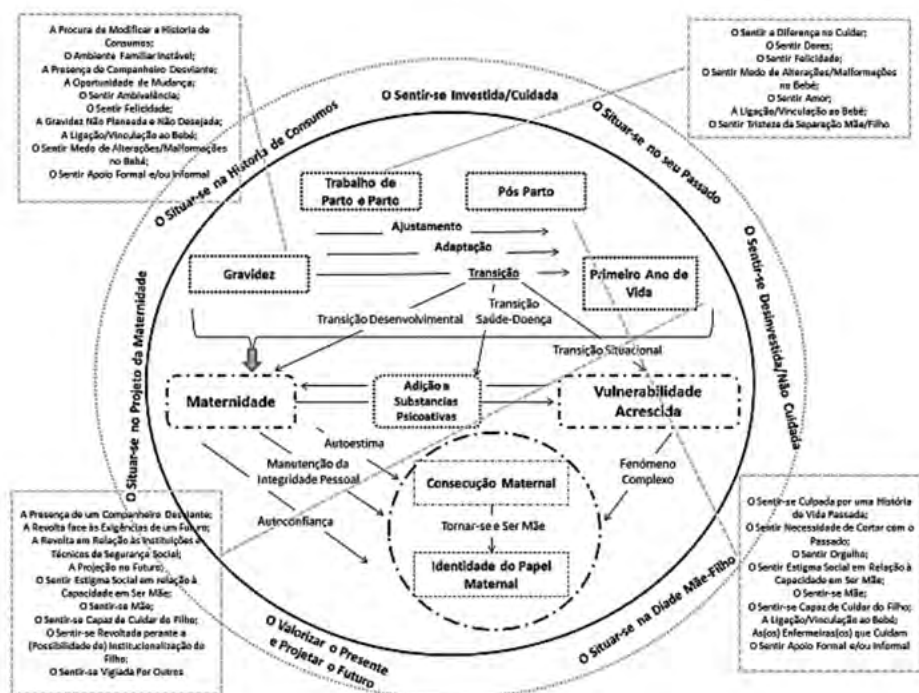
CONCLUSÃO

Entendemos, que a experiência vivida da transição para o papel maternal das nossas participantes que partem de uma condição de vulnerabilidade acrescida, constitui possivelmente um dos mais exigentes e desafiadores fenómenos vividos por estas mulheres, já que, determina só por si, um conjunto de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, exigindo em simultâneo, a implementação de esforços adaptativos e de novos padrões de vida.

Assistindo-se ainda nos dias de hoje a uma ideia

socialmente construída do que é ser mãe, as trajetórias de vida destas mulheres e os seus contextos, parecem determinar sentimentos e representações normalizadoras da transição para o papel maternal nestas mulheres, afastando-nos da conceção da experiência singular do fenómeno da transição para o papel maternal face a cada mulher que o experencia.

A transição para o papel maternal neste contexto vivido, constitui um tipo particular de metamorfismo, em que o *Eu* experiencia descontinuidade na sua vida, necessidade e tomada de consciência de novas competências, adoção de respostas comportamentais de ajustamento e de adaptação, reorganização de papéis e reestruturação de relações com os *Outros*, implicando para estas mulheres uma reconstrução da sua autoidentidade enquanto pessoas. Desta forma, consideramos que a problemática que aqui encetámos é de grande interesse e constitui um foco de atenção dos enfermeiros, tendo estes o desígnio de facilitar os processos de transição e de prestar mais e melhor atenção aos indivíduos mais vulneráveis, invisíveis e desprotegidos, não só para



Esquema 1 – Representação esquemática dos temas essenciais que emergem da busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho.

fortalecer e promover as competências parentais nestas mulheres, que lhes permita aplicar adequadamente a responsabilidade do cuidado dos seus filhos, mas também, como forma de criar um espaço que facilite a comunicação, a resiliência e o desenvolvimento psicossocial, pessoal e familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer Publishing Company.

Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, A. (2002). *Fulgorações do Eu. Indivíduo e singularidade no pensamento do Renascimento*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Letras: Edições Colibri.

Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Cohen, M. Z., Phillips, J. M. & Palos, G. (2001). Qualitative research with diverse populations. *Seminars Oncology Nursing*, Aug, 17 (3), pp. 190-6.

Dilthey, W. (1989). Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History. (R. Bezantos, Trans.) Detroit: Wayne State University Press.

Filho, J. (2010). Heidegger e a Conceção de "Outro" em Ser e Tempo. *Revista Aproximação*, 3, 56-76.

Frankl, V. (1987). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. Porto Alegre: Sulina.

Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and Method*. London: Continuum Publishing Group, 56 et. seq.

Galera S., Bernal M. & O'Brien, B. (2005). Mulheres Vivendo no Contexto de Drogas (e Violência) – Papel Maternal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, novembro-dezembro.

Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).

Lévinas, E. (2013). *Ética e Infinito*. Lisboa: Edições 70.

Lévinas, E. (2014). *Totalidade e Infinito* (3.ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Makkreel, R. & Rodi, F. (Eds.). (1985). *Wilhelm Dilthey: Selected Works. Poetry and Experience*, Volume V. New Jersey: Princeton University Press

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.

Merleau-Ponty, M. (2010). *Phenomenology of perception*. New York: Routledge Classics.

Monteiro, R. (2005). *O Que Dizem As Mães: Mulheres Trabalhadoras e suas Experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.

Naves, G. (2009). Liberdade e Autenticidade em Martin Heidegger: Uma Análise Fenomenológica do Homem. *Poros, Uberlândia*, 1(1), 63-77.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Recuperado de http://www.emcdda.org/publications/publications_ann-rep.shtml

Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer.

Savin-Baden M. & Major C. (2013). *Qualitative Research. The essential guide to theory and practice*. New York: Routledge.

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2013). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications Ltd.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing – Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott: Williams & Williams.

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000). *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. ODCCP Studies on Drugs and Crime – Guidelines. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

Van Manen, M. (1990). Researching Lived Experience. *Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2004). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2ªEd. United Kingdom: Copyrighted Material.

ESTADO FUNCIONAL PATERNO 6-8 SEMANAS PÓS-PARTO

The functional status-fathers 6-8 weeks after birth

El estado funcional de los padres 6-8 semanas después del parto

Ana Catarina Fernandes Barata¹; Isabel Margarida Dias Mendes²; 85ónia Margarida Santos Coelho³

RESUMO

Enquadramento: O homem atual envolve-se, demonstra interesse e está presente física e emocionalmente no decorrer da gravidez, parto e pós-parto. A parentalidade marca um momento de crise, que à luz do modelo de adaptação de Roy exige uma adaptação e responsabilização dos pais aos novos papéis apresentados. Considerando-se estado funcional o modo adaptativo do desempenho desses papéis.

Objetivos: Avaliar e descrever o estado funcional dos pais 6 a 8 semanas após o parto, analisar a associação entre fatores de natureza sociodemográfica e obstétrica e o estado funcional paterno e comparar o estado funcional em pais primíparos e em pais múltiparos.

Método: estudo quantitativo descritivo-correlacional e transversal, aplicação de autoquestionário com a caracterização sociodemográfica e com o Inventário do Estado Funcional-Pais (IEF-P), após autorização das comissões de ética e aprovação da comissão nacional de proteção de dados (CNPD). A amostra não probabilística do tipo acidental é constituída por 67 pais.

Resultados: O estado funcional paterno não é influenciado pela idade, habilitações literárias, local de residência, estado civil e paridade. Sendo parcialmente influenciado pela situação profissional e local de vigilância pré-natal.

Conclusões: A estabilidade profissional parece transmitir estabilidade emocional. O homem que assegura o sustento da família sente-se mais dis-

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

² Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

³ Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego da ARSCentro; Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Doutoranda em Enfermagem no Centro de Investigação Interdisciplinar do Instituto Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa (Porto).