

**U. PORTO**



**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**O PRIMEIRO CONTACTO PAI-BEBÉ:  
UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

**MARIA ARMINDA RODRIGUES ALVES PEREIRA**

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009



MARIA ARMINDA RODRIGUES ALVES PEREIRA

**O PRIMEIRO CONTACTO PAI-BEBÉ:  
UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências em  
Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências de Abel  
Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Professora Doutora Manuela Néné  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Cruz  
Vermelha Portuguesa.



*“Se nos dispomos a descrever um bebé,  
chegamos à conclusão de que estamos  
a descrever um bebé e mais alguém.”*

*Winnicott (1987)*



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Professora Doutora Manuela Néné, que me orientou neste percurso, pela sua disponibilidade, estímulo e paciência e pelo processo formativo que me proporcionou.

Às Enfermeiras que participaram neste estudo, pelo interesse e colaboração que manifestaram e pelo contributo imprescindível à realização deste trabalho.

Aos Pais que aceitaram participar, sem os quais este estudo não seria possível.

Aos amigos que me apoiaram e que me ajudaram a construir este projecto, possibilitando que hoje tenha chegado até aqui.

À minha mãe pela paciência, compreensão e apoio incondicional que me proporcionou em todos os momentos, durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu Nuno por tudo...

A todos

Muitíssimo obrigada!



## RESUMO

O nascimento oferece ao homem a possibilidade de contactar pela primeira vez com o seu filho, contribuindo para a construção da sua identidade enquanto pai e para promover o seu envolvimento emocional com o bebé, que idealizou durante a gestação. Neste contexto, a qualidade dos cuidados de enfermagem nestes primeiros momentos de vida assume um papel relevante, como promotor do vínculo e comportamento parental.

Assim, a presente investigação tem como principal finalidade contribuir e cooperar para a adequação das intervenções de enfermagem na sala de partos, que visam o estabelecimento de uma relação precoce de qualidade entre o pai e o bebé. Adoptamos a metodologia de carácter exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, com o objectivo de conhecer as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto pai-bebé e identificar as intervenções de enfermagem que promovem o envolvimento emocional dos pais com o filho, na perspectiva dos pais.

A amostra foi constituída por 32 pais que assistiram ao nascimento do filho, seleccionados por um processo de amostragem não probabilística acidental e que obedeciam a critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Os dados foram colhidos através da observação sistemática do primeiro contacto pai-bebé e da aplicação de um questionário dirigido aos pais, cujo contacto foi observado. Para a construção dos instrumentos de colheita de dados recorremos à nossa experiência profissional no terreno, à pesquisa bibliográfica e à análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos pais e enfermeiros do serviço, uma vez que desconhecemos a existência de instrumentos que satisfaçam total ou parcialmente os objectivos da nossa pesquisa. Os dados foram analisados através de tratamento estatístico.

As acções de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé observadas em maior número médio de ocorrências no primeiro contacto pai-bebé pertencem essencialmente à Categoria Competência Relacional, nomeadamente: *Emite Reforços; Incentiva o toque; Incentiva o contacto visual Pai-Bebé; Emite ordens e Escuta*. Verificando-se ainda na Categoria Competência Técnico-relacional a acção de enfermagem *Incentiva a aproximação física da tríade*, enquanto o bebé se mantém no ventre materno.

A análise dos dados do questionário sugere que as dimensões da prática de enfermagem mais valorizadas pelos pais como promotoras do envolvimento emocional são: pegar ao colo aproximar-se durante o contacto pele-a-pele e a amamentação, tocar e acariciar, acalmar o choro do bebé, olhar para o bebé e as características do enfermeiro.

Perante o conhecimento dos inúmeros benefícios do contacto precoce do pai com o bebé, universalmente aceites e inquestionáveis, é importante alertar para a necessidade de promover as práticas de enfermagem que estes mais valorizam. Nesta perspectiva, devemos flexibilizar os cuidados necessários e imediatos ao recém-nascido, permitindo que o pai esteja presente e colabore no cuidado ao seu filho, estimulando a sua autonomia com o objectivo que este contacto inicial favoreça a sua relação precoce e de qualidade com o bebé.

## RÉSUMÉ

La naissance offre à l'homme la possibilité de contacter pour la première fois avec son enfant, en contribuant à la construction de son identité en tant que père et de promouvoir son engagement émotionnel avec le bébé, qu'il a idéalisé pendant la gestation. Dans ce contexte, la qualité des soins infirmiers dès les premiers moments de la vie suppose un rôle important, comme un rôle qui promeut le lien et le comportement parental.

Donc, la présente recherche a comme but principal la contribution et la coopération pour l'adéquation des interventions infirmières dans la salle d'accouchement, qui visent l'établissement d'une relation précoce de qualité entre le père et le bébé. Nous adoptons la méthodologie de caractère exploratoire et descriptif, de nature quantitative, dans le but de connaître les pratiques que les infirmiers développent dans le premier contact père/bébé et d'identifier les interventions infirmières qui promeuvent l'engagement émotionnel des parents avec leur enfant, dans la perspective des parents.

L'échantillon a été constitué par 32 parents qui ont assisté à la naissance de leurs enfants, sélectionnés par un processus d'échantillonnage non probabiliste accidentel et qui obéissaient aux critères d'inclusion préalablement établis.

Les données ont été collectées à partir de l'observation systématique du premier contact père-bébé et de l'application d'un questionnaire adressé aux parents, dont leur contact a été observé. Pour la construction des instruments de collecte de données nous faisons appel à notre expérience professionnelle sur le terrain, à la recherche bibliographique et à l'analyse de contenu des entrevues exploratoires réalisées auprès des parents et des infirmiers du service, vu que nous ne connaissons pas l'existence d'instruments qui remplissent totalement ou partiellement les objectifs de notre recherche. Les données ont été analysées par traitement statistique.

Les actions infirmières mises en œuvre dans le premier contact père-bébé observées dans le plus grand nombre en moyenne de présences dans le premier contact père/bébé font partie essentiellement de la Catégorie des Compétences Relationnelles, notamment: *on donne de renforcements; on stimule le contact; on stimule le contact visuel père-bébé; on donne des instructions et on écoute*. Tout en observant la Catégorie des Compétences Techniques et Relationnelles l'action infirmière *Stimule l'approche physique de la triade*, tandis que le bébé est encore dans le ventre maternel.

L'analyse des données du questionnaire suggère que les dimensions de la pratique infirmière les plus valorisées par les parents comme promotionnelles de l'engagement émotionnel sont : prendre le bébé dans ses bras, s'approcher pendant le contact peau contre peau et l'allaitement, lui toucher et lui caresser, calmer les pleurs du bébé, regarder le bébé et les caractéristiques de l'infirmier.

Face à la connaissance des innombrables bénéfices du contact précoce du père avec son bébé, universellement acceptés et incontestables, il est important d'être averti de la nécessité de promouvoir les pratiques infirmières que ces bénéfices valorisent le plus. Dans cette perspective, nous devons rendre flexibles les soins nécessaires et immédiats au nouveau-né, en permettant la présence et la collaboration du père dans les soins de son enfant, en stimulant son autonomie pour que ce contact initial favorise sa relation précoce et de qualité avec le bébé.

## **ABSTRACT**

Birth offers man the chance to contact for the first time with his newborn, contributing to the construction of his identity as a parent and promoting his emotional involvement with the baby, which he has idealized since gestation. In this context the nursing quality care at these first moments in life takes a relevant role as forwarder of this bond and parental behavior.

Thus, the present investigation has as its main goal the contribution and cooperation to the suitable nursing interventions at the delivery room, that aim at the establishment of an early quality relationship between a father and his baby.

We have adopted an exploratory-descriptive methodology of quantitative nature, in order to know the practices nurses develop at the first father-baby contact and to identify the nursing interventions that encourage the emotional involvement of parents with their newborn, on a father's perspective.

The sample was composed by 32 parents who have attended their child's birth selected by a non-probabilistic accidental sampling process, obeying to previous inclusion criteria.

The data was collected by systematic observation of the first father-baby contact and by a list of questions made to the parents. To build the data collection instruments we have resorted to our professional field experience, to bibliographic research and to exploratory interviews' contents made to parents and to on duty nurses, as we aren't aware of the existing instruments which will totally or partially satisfy our research objectives. Data was analyzed statistically.

The nursing practices implemented at the first father-baby contact observed at the majority of occurrences belong to the Relation Skill Category, concerning: *gives reinforcement, incentives touch, incentives visual contact between father and baby, gives*

*orders and listens*. On Technical Relation Skill Category we find: *incentives the triad's physical approximation*, while the baby is on the womb.

The list of questions analyses suggest that the dimensions of nursing practices most valued by parents as prosecutor of emotional involvement are: holding, approaching during skin-on-skin contact and breastfeeding, touching and cherishing, calming the baby while crying, look at the baby, as well as the nurse's characteristics.

Before the knowledge of the several benefits of precocious contact between father and the baby, universally accepted and unquestionable, it is important to alert to the need of promoting nursing practices which are most valued. We should make necessary and immediate care to the newborn more flexible, allowing father to be present and to cooperate at attending his baby, stimulating his autonomy with the objective that this initial contact allows his quality and early relationship with the baby.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

% - percentagem

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CIPPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dp = Desvio padrão

*et al* – e outros

ICN - International Council of Nurses

Máx. = Valor máximo

Mín. = Valor mínimo

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	21
PARTE I: FASE CONCEPTUAL.....	25
1. O PRIMEIRO CONTACTO PAI-BEBÉ .....	27
1.1. O nascimento .....	28
1.2. Os cuidados imediatos ao recém-nascido .....	29
1.3. A experiência de se tornar pai.....	32
2. O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO PAI COM O BEBÉ.....	37
2.1. O processo de envolvimento emocional do pai com o bebé .....	38
2.2. O recém-nascido e as suas capacidades de interacção .....	42
2.2.1. Capacidade de receber informação .....	43
2.2.2. Capacidade de transmitir informação .....	46
2.2.3. Capacidade para actuar .....	48
3. AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM .....	51
3.1. A evolução da enfermagem enquanto ciência e arte de cuidar .....	52
3.2. As intervenções de enfermagem na promoção da relação precoce pai-bebé.....	57
PARTE II: FASE METODOLÓGICA.....	67
4. PROPÓSITO DA INVESTIGAÇÃO .....	69
5. METODOLOGIA .....	73
5.1. Tipo de estudo .....	74
5.2. Amostragem.....	75

5.3. Instrumentos de colheita de dados .....	76
5.3.1. Entrevistas exploratórias .....	77
5.3.2. Grelha de observação sistemática .....	80
5.3.3. Questionário.....	85
5.4. Tratamento de dados.....	91
PARTE III: RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO .....	95
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	97
6.1. Caracterização dos participantes.....	97
6.2. Práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé .....	98
6.3. Práticas de enfermagem que promovem o envolvimento emocional do pai com o filho, na perspectiva dos pais.....	105
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	113
CONCLUSÕES .....	121
BIBLIOGRAFIA.....	127
ANEXOS .....	137

**Anexo I:** Autorização do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E para realização da investigação

**Anexo II:** Consentimento informado para realização e gravação das entrevistas

**ANEXO III:** Grelha de Observação Sistemática

**Anexo IV:** Questionário

**Anexo V:** Tabela sumária dos resultados da grelha de observação

**Anexo VI:** Estatísticas descritivas e % de casos “Extremamente Importante” relativas às questões do grupo III

**Anexo VII:** Valores de coeficiente de correlação de *Spearman* entre as dimensões valorizadas pelos pais na prática de enfermagem

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela n.º 1:</b> Categorias identificadas nas entrevistas exploratórias .....	80
<b>Tabela n.º 2:</b> Agrupamento das acções de enfermagem por tipo de competências ..	83
<b>Tabela n.º 3:</b> Agrupamento das questões do grupo II por tipo de competências de enfermagem .....	87
<b>Tabela n.º 4:</b> Agrupamento das questões do grupo III por tipo de dimensão da prática de enfermagem .....	88
<b>Tabela n.º 5:</b> Valores de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a consistência interna relativas às competências de enfermagem.....	93
<b>Tabela n.º 6:</b> Valores de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a consistência interna relativas às dimensões das práticas de enfermagem .....	94
<b>Tabela n.º 7:</b> Características da amostra recolhida .....	98
<b>Tabela n.º 8:</b> Frequência relativas à <b>Categoria Competências Relacionais – Incentiva o contacto visual e o toque</b> nos dois momentos de observação .....	100
<b>Tabela n.º 9:</b> Estatísticas descritivas relativas ao número total de unidades de observação por acção de enfermagem .....	101
<b>Tabela n.º 10:</b> <b>Categoria competência Técnico-relacional - Incentiva a aproximação física da tríade</b> .....	103
<b>Tabela n.º 11:</b> <b>Categoria Competência Relacional - Incentiva o toque e Incentiva o contacto visual</b> .....	105
<b>Tabela n.º 12:</b> Estatísticas descritivas relativas às dimensões das práticas de enfermagem .....	106
<b>Tabela n.º 13:</b> Agrupamento das dimensões da prática de enfermagem de acordo com a resposta dos inquiridos .....	109

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico n.º1: Categoria Técnico- relacional - Valoriza a capacidade do pai.....</b>	<b>102</b>
<b>Gráfico n.º2: Categoria Técnico-Relacional – Participação dos pais nos cuidados .....</b>	<b>103</b>
<b>Gráfico n.º 3: Categoria Relacional - Informa em pormenor.....</b>	<b>104</b>
<b>Gráfico n.º 4: Categoria Relacional – Escuta, Emite reforços, Emite conselhos, Emite ordem .....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a paternidade reconhece no homem um papel mais activo, ao participar na gravidez e no nascimento do filho (Balancho, 2005), com implicações positivas na qualidade dos comportamentos parentais (Costa, 1994).

Ao longo da gestação, o pai faz um investimento emocional progressivamente maior na relação com o bebé que vai nascer. O pai acompanha a gravidez, absorve todos os acontecimentos descritos pela mãe, observa o feto em crescimento pelas ecografias, ouve-o pela auscultação cardíaca fetal, e sente-o quanto toca no ventre materno, o que facilita o seu envolvimento emocional com o filho que vai idealizando (Sá, 2004).

Mas, só no momento do nascimento é que o pai tem pela primeira vez oportunidade de contactar com o bebé real. Para Klaus e Kennel (1993) este contacto precoce favorece o desenvolvimento do vínculo do pai com o filho.

A interacção precoce entre o pai e o bebé está na base da construção da vinculação, à qual Bayle (2006) define como uma ligação afectiva entre dois indivíduos. Para a autora, a interacção é uma reacção interpessoal entre duas pessoas que se influenciam e modificam o seu comportamento mutuamente, tal como se verifica com o choro do bebé que induz os pais a acariciá-lo.

Deste modo, os enfermeiros devem promover e incentivar esta relação precoce, a qual contribui, para Figueiredo (2005a), positivamente para o desenvolvimento do vínculo parental ao bebé, e consequentemente, interfere na qualidade das suas interacções e nos cuidados parentais prestados.

O pai ao assistir ao parto e ao colaborar com os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido vai aprendendo sobre si próprio e ao mesmo tempo vai conhecendo o seu filho, pois este traz consigo competências que lhe permite interagir com o meio e com as

peçoas que o rodeiam, sendo capaz logo nos primeiros minutos de vida estabelecer laços afectivos com os pais (Brazelton e Cramer, 2007).

Baseando-nos nesta concepção, entendemos que o pai carece da atenção e dos cuidados dos profissionais de saúde que assistem ao nascimento. E, perante a importância do contacto precoce do pai com o filho para a promoção de laços afectivos, universalmente aceite e indiscutível, parece-nos vantajoso abordar esta temática.

No decorrer da nossa experiência profissional, enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, verificamos a crescente participação do pai no momento do nascimento e os relatos que fazem acerca dos sentimentos que experienciam quando vêm e tocam no bebé. O modo como estabelecem esse primeiro contacto e se envolvem emocionalmente com o recém-nascido, suscitou a nossa curiosidade.

Também fomos motivados para este objecto de investigação, pela constatação de que se trata de uma área do saber em desenvolvimento, em contraste com o que se verifica no primeiro contacto mãe-filho, sobre o qual existem múltiplos estudos de investigação que podem orientar as práticas de enfermagem. Em relação ao pai, surge-nos a questão de como podemos proporcionar esta primeira aproximação com o filho, após o nascimento? O que nos conduz à nossa pergunta de partida para o presente estudo: *Quais as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto do pai-bebé, que promovem o envolvimento emocional, na perspectiva dos pais?*

O termo envolvimento emocional do pai com o bebé ou Bonding, foi introduzido por Klaus e Kennel em 1976 e significa a criação de laços afectivos, isto é, a criação de um tipo de relação tão forte, única e específica, que se forma entre pais e bebés que perdura ao longo da vida.

A qualidade desta relação, define muito do futuro desenvolvimento da interacção pai-filho (Bowlby, 1990), pelo que é fundamental reflectirmos sobre as práticas de enfermagem, nomeadamente sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, pois são estas profissionais que estão presentes no nascimento e por isso, nos primeiros momentos de encontro entre os pais e os seus filhos.

É necessário reflectir sobre as nossas práticas quotidianas, para que a sua riqueza e utilidade continue a ser valorizada pela sociedade. E como refere Hesbeen (2000:75), *“antes de trabalhar pelo reconhecimento das enfermeiras há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem”*. Neste sentido, a investigação em

enfermagem tem de centrar-se a nível do cuidar, permitindo conhecer as necessidades fundamentais da pessoa a quem prestamos cuidados (Collière, 1999).

A investigação em enfermagem tem vindo a permitir a construção dum corpo teórico, cujo principal objectivo é orientar a prática dos cuidados de enfermagem, aumentar o campo de conhecimentos na disciplina e contribuir para o aumento de saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem, assegurando a credibilidade da profissão (Fortin, 2003).

A investigação é fundamental pois é um processo que permite encontrar respostas às questões que surgem na prática do dia-a-dia. É uma caminhada sistematizada, que permite investigar problemas ou fenómenos, com o objectivo de obter respostas a questões precisas. Ainda segundo Fortin (2003:18) “*a investigação numa disciplina profissional permite precisar as esferas de aplicação que lhe são próprias e definir as suas finalidades e os seu objectivos junto da comunidade*”.

Dada à natureza do tema a investigar, recorreremos a um estudo de carácter exploratório-descritivo, para dar resposta à nossa questão de partida.

Estruturalmente, este trabalho é constituído por três partes. A *Parte I* integra a *Fase conceptual*, que tem por finalidade apresentar conceitos baseados na bibliografia que facilitem compreensão e pertinência do problema em estudo.

Assim, o *Capítulo 1 – O primeiro contacto pai-bebé* pretende clarificar conceitos teóricos relacionados com nascimento, com os cuidados imediatos ao recém-nascido e com a experiência do homem se tornar pai. O *Capítulo 2 – O envolvimento emocional do pai com o bebé* aborda o processo de vinculação dos pais ao recém-nascido atendendo à importância das competências de interacção do neonato. O *Capítulo 3 – As práticas de enfermagem* apresenta uma reflexão sobre a evolução da disciplina de enfermagem enquanto ciência e arte de cuidar e sobre as práticas de enfermagem que promovem a relação precoce do pai com o filho no momento do nascimento.

A *Parte II* constitui a *Fase metodológica*, descreve a metodologia desenvolvida durante o processo de investigação. No *Capítulo 4 – Propósito da investigação* damos a conhecer os objectivos, finalidades e motivações do presente estudo. O *Capítulo 5 – Metodologia* apresentamos o tipo de estudo, a amostragem, os instrumentos de colheita de dados e tratamento de dados.

A *Parte III* designada por *Resultados da Investigação*, é constituída pelo *Capítulo 6 –*

*Apresentação e análise dos dados e pelo Capítulo 7 – Discussão dos resultados*, onde apresentamos, analisámos e discutimos os resultados obtidos, tendo subjacente o referencial teórico consultado e a nossa experiência profissional.

Em seguida, terminamos com as principais conclusões, salientando os aspectos que pareceram-nos mais significativos. Deixámos algumas propostas para intervenções futuras e delineamos sugestões para próximas investigações, decorrentes do presente estudo, de modo a contribuir de forma positiva para o envolvimento emocional do pai com o bebé, no seu primeiro contacto após o nascimento.

**PARTE I:**



**FASE CONCEPTUAL**



## 1. O PRIMEIRO CONTACTO PAI-BEBÉ

*“O filho (...) deve, logo após o nascer ser de novo acolhido pelo corpo, pelo olhar, pelo cheiro e até em muitos casos pelo gosto do peito.”*

(Biscaia, 2002:73)

Durante a gravidez a mãe e o bebé estabelecem uma relação afectiva ou simplesmente biológica, ela sente-o a mexer e só com a separação imposta pelo nascimento a mãe o pode ver, cheirar e sentir nos seus braços fortalecendo a relação já iniciada durante a gravidez. O pai só poderá contactar fisicamente com o seu filho quando ele nasce, embora já durante a gravidez possa estabelecer um envolvimento emocional com o bebé que foi idealizando, ele também pode conversar com ele e sentir os seus movimentos no abdómen materno. Deste modo, o pai embora fisicamente ausente no período da gravidez é também, convidado a iniciar o seu processo de ligação afectiva com o feto em desenvolvimento. Porém, só após o nascimento o pai terá pela primeira vez a possibilidade de sentir o bebé imaginado, provavelmente diferente do que foi idealizado durante a gravidez.

No presente estudo, consideramos o primeiro contacto pai-bebé o período compreendido entre o nascimento e as duas horas de puerpério imediato, tempo no qual a tríade mãe-bebé-pai permanecem na sala de partos. Durante este tempo decorrem intervenções de enfermagem inerentes ao processo de nascimento e aos cuidados imediatos ao recém-nascido importantes de serem analisadas, uma vez que influenciam o modo como este primeiro contacto decorre, interferindo na experiência do homem, que se torna pai.

## **1.1. O nascimento**

A gravidez, o parto e o nascimento são processos fisiológicos que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais. São fases de grandes transformações no corpo e na vida emocional da mulher, também com repercussões na figura do pai, que exigem cuidados especiais. São nove meses de preparação que culminam com o nascimento de um novo ser que irá integrar-se na família.

A gestação termina com o trabalho de parto, o qual é caracterizado por um período de tempo, no qual ocorrem intensas alterações físicas e psicológicas na mulher e casal, verificando-se uma tempestade de emoções fortes como o medo, a ansiedade, a dor e a alegria (Bobak *et al*, 2005), aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos.

O trabalho de parto desencadeia-se quando surgem contracções uterinas dolorosas em simultâneo com o início da dilatação e extinção do colo do útero (Graça, 2005).

Podemos dividir o trabalho de parto em quatro períodos clínicos, que designamos por:

- Primeiro período: dilatação
- Segundo período: expulsão
- Terceiro período: dequitação
- Quarto período: puerpério imediato ou hemostase

O primeiro período do trabalho de parto inicia-se com o aparecimento de contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. O período expulsivo compreende o intervalo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do recém-nascido. O terceiro período do trabalho de parto inicia-se após o nascimento do recém-nascido e cessa com a saída da placenta (Bobak *et al*, 2005).

O puerpério imediato diz respeito às duas horas após o nascimento (Bobak *et al*, 2005), nas quais a mãe e o recém-nascido devem ficar sob vigilância da equipa de enfermagem. Este é o período em que o pai, permanece na sala de partos com a mãe e o recém-nascido, iniciando os primeiros momentos de contacto com o filho.

## 1.2. Os cuidados imediatos ao recém-nascido

Após o nascimento são prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido, os quais irão depender da sua estabilidade clínica que é avaliada através do Índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida. Os parâmetros clínicos avaliados são: a frequência cardíaca; a respiração; o tônus muscular; a irritabilidade reflexa e a coloração da pele. Cada item é classificado de 0 a 2 e de acordo com a classificação de Graça (2005), se o somatório for superior a 7 considera-se que o recém-nascido tem boa vitalidade; quando o valor está compreendido entre 5 e 7 o recém-nascido apresenta depressão ligeira; entre 3 e 4 indica depressão moderada e se menor que 3 classifica-se como depressão grave, que necessitará de manobras de reanimação.

Na assistência imediata ao recém-nascido clinicamente estável será necessário apenas secá-lo cuidadosamente, mantê-lo aquecido, avaliar a sua adaptação à vida extra-uterina e entrega-lo à mãe e ao pai, para estabelecerem um contacto íntimo e precoce.

Tendo por base as orientações preconizadas pela OMS (1996, 2008) os cuidados imediatos ao recém-nascido, consistem em assegurar a permeabilidade da via aérea, conservar a temperatura corporal, clampar e cortar o cordão umbilical e em seguida colocar o recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe, para facilitar a lactação, a termoregulação e a colonização com as bactérias da mãe antes de contactar com as bactérias do hospital. Em seguida, deve-se estimular o aleitamento materno precoce nos primeiros trinta minutos de vida.

Após este primeiro contacto do recém-nascido com os pais, poderá realizar-se a administração da vitamina K e do colírio oftalmológico. Em relação ao banho do neonato, a OMS (2008) recomenda que se efectue após as 24 horas de vida, embora ainda não se verifique esta prática em algumas instituições.

A prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido não deve interferir no primeiro contacto dos pais com o bebé e estes devem ser inseridos nesses mesmos cuidados com a finalidade de favorecer o seu envolvimento com o filho, capacitando-os das suas competências parentais. A este respeito Erlandsson, *et al* (2008) apresentam um estudo fenomenológico que tem como objectivo descrever o significado da experiência dos pais que cuidaram dos filhos durante as primeiras horas de vida após o nascimento, enquanto estes estavam separados das mães por necessidade de cuidados pós-operatórios. Os autores concluem que os pais experimentam sentimentos de responsabilidade para com o bebé, contribuindo para a sua aproximação.

A participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido nas primeiras horas após o nascimento ainda não é um procedimento frequente na nossa realidade. Por esta razão, consideramos importante conhecer a opinião dos pais, uma vez que a execução dos primeiros cuidados aos recém-nascido, pode interferir com o modo como o pai contacta pela primeira vez com o filho.

Este primeiro contacto após o parto é caracterizado por Klaus e Kennell (1993:107) como um momento favorável à vinculação, cuja experiência é *“significativa e estimulante”* e que os pais jamais esquecerão no futuro. Os autores descrevem que, em algumas instituições, o recém-nascido é colocado no peito materno durante um ou dois minutos, imediatamente após o parto e, embora esta prática seja importante, a falta de privacidade, as condições físicas e o curto período de tempo não permite que a mãe toque e explore o filho. Em contrapartida, os mesmos autores sugerem que a mãe, o pai e o bebé devem permanecer pelo menos quinze a vinte minutos a sós, após o dequite e a correcção da episiotomia. Klaus e Kennell (1993:114) são apologistas que a mãe deve abraçar o recém-nascido em contacto pele-a-pele num período de tempo suficiente, para que *“sejam capazes de participar plenamente na excitante transformação de três indivíduos separados em uma nova unidade familiar.”*

Nos últimos anos, assistimos a um conjunto de mudanças no papel do pai no processo de nascimento, as quais devem repercutir-se na actuação dos profissionais de saúde. Neste sentido, Macfarlane (1992) defende que o homem que acompanhou a mulher durante a gravidez e o parto deve integrar-se nos cuidados ao recém-nascido e pegar nele ao colo, pois irá facilitar o seu desempenho parental posteriormente, e quanto a nós, irá facilitar o primeiro contacto pai-bebé e conseqüentemente o envolvimento emocional da tríade. A autora descreve um estudo efectuado na Suécia que apoia esta hipótese, em virtude de um grupo de pais que entrou no hospital duas vezes para pegar no filho e mudar a fralda imediatamente após o nascimento demonstrou que estes pais dedicavam mais tempo ao filho no regresso a casa, do que os pais de um grupo de controlo que não tiveram esta oportunidade.

As intervenções dos profissionais de saúde em relação aos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido influenciam a aproximação precoce entre os pais e o recém-nascido, tal como corrobora o estudo realizado por Cruz *et al* (2007). Com o objectivo de compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e de que modo as intervenções dos profissionais contribuíram para facilitar a aproximação ao filho, os autores realizaram um estudo descritivo de abordagem qualitativa. As mães descreveram que os cuidados imediatos prestados ao filho, longe do seu campo visual, provocam

medo e sensação de separação. As autoras concluem que os cuidados imediatos interferem negativamente no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo precoce, todavia, as mães aceitam a actuação dos profissionais e justificam que estes cuidados são essenciais para o recém-nascido.

Para melhores resultados e para facilitar estas práticas, a sala de partos deve permitir prestar os cuidados ao recém-nascido no mesmo espaço onde permanecem os pais e integra-los nos cuidados, com a finalidade de reduzir o stress dos pais inerente à separação e favorecer o primeiro contacto.

Os cuidados prestados ao recém-nascido imediatamente após o nascimento são essenciais para a sua adaptação ao meio extra-uterino, neste contexto destaca-se a importância que a realização dessas intervenções assume. Porém, o profissional de saúde deverá adoptar uma postura que apoie o contacto precoce entre os pais e o filho, promovendo o envolvimento emocional da tríade. Deste modo, cada intervenção de enfermagem deve trazer um universo de possibilidades para o profissional, que permitirá ampliar o significado do cuidado em vez de o reduzir a um procedimento de natureza meramente técnico.

Reflectindo sobre este facto, o enfermeiro pode flexibilizar os cuidados necessários e imediatos ao recém-nascido, permitindo que o pai esteja presente e colabore no cuidado ao seu filho, estimulando a sua autonomia com o objectivo que este contacto inicial favoreça a sua relação futura com o bebé.

O nascimento de um filho marca uma nova etapa na vida do homem, implica a sua adaptação ao novo papel de pai e um aumento da sua responsabilidade. É fundamental para o pai compreender que ele é importante para o seu filho e que o seu envolvimento na prestação de cuidados ao mesmo tempo, contribui positivamente para a vinculação entre os dois (Soares, 2001; Figueiredo, 2002; Mendes, 2002).

### 1.3. A experiência de se tornar pai

O envolvimento do pai ao longo da gestação e nascimento, surge descrito por vários autores como favorável à mulher, ao próprio e ao bebé (Gomes Pedro, 1985; Bayle, 2006; Brazelton e Cramer, 2007), contudo tal como a mãe, o pai precisa de nove meses de gestação para se ajustar à sua nova identidade. Este percurso, da gestação ao nascimento surge descrito por Brazelton e Cramer (2007), como tarefas psicológicas onde inicialmente ocorre a adaptação à notícia da gravidez. Em seguida através do reconhecimento do bebé, percebe que este irá separar-se da mãe, começando finalmente a conceber o seu futuro filho como indivíduo.

Tal como a mulher, o homem quando sabe que vai ser pai vivência um turbilhão de emoções ao longo de todo o período da gestação. Numa fase inicial o futuro pai poderá experimentar um sentimento de exclusão, mesmo quando a gravidez foi planeada e desejada por ambos. Ao anunciar a gravidez à família e amigos, o homem poderá sentir-se, tal como Brazelton e Cramer (2007:50) referem “*fora de palco*”, em que a futura mãe se tornará o “*centro das atenções*”.

O corpo grávido da mulher poderá originar dois sentimentos no homem, o de exclusão e o de inveja, independentemente do seu grau de envolvimento na gravidez (Lobato, 2006), pois é a mulher que garante o crescimento do filho e o sente a mexer. Durante o desenrolar da gestação o pai não pode contactar directamente com o seu filho, adoptando um papel de espectador e ansiando pelo momento do nascimento, que lhe irá permitir conhecer e cuidar do bebé.

À medida que a gravidez progride, o homem experimenta em simultâneo com o sentimento de exclusão, o sentimento de responsabilidade pela gravidez da mulher, podendo culpar-se por todos os sintomas que esta experimenta. Brazelton e Cramer (2007) afirmam que os futuros pais têm mais náuseas, vômitos, distúrbios gastrointestinais do que os homens que não estão à espera de um filho. Neste período o homem pode desenvolver um conjunto de sintomas físicos e emocionais, designado por Síndrome de Couvade. Couvade é um termo francês que significa incubar e foi usado inicialmente pela Antropologia para descrever os rituais masculinos relacionados com o nascimento (Gomez, 2005).

O sentimento de exclusão poderá ser reduzido se o pai for integrado na gravidez, como por exemplo, sentir os movimentos fetais no ventre materno, vê-lo na ecografia, falar acerca da gravidez e assumir a responsabilidade dos cuidados inerentes à gravidez.

Bayle (2006) considera a ecografia um instrumento precioso para fomentar o sentimento de responsabilização para a mãe e, em especial para o pai, facilitando o envolvimento emocional dos pais com o filho.

O envolvimento do pai na gravidez poderá ser caracterizado por três estilos. Gomez (2005) descreve o pai observador, o qual encara a gravidez como um acontecimento normal e da responsabilidade da mulher, negando qualquer envolvimento emocional. O pai instrumental auxilia a mulher nas questões práticas da gravidez e o pai expressivo envolve-se a nível emocional, desejando partilhar todas as experiências com a mulher. Esta conduta é influenciada por vários factores, como a personalidade, crenças sobre os papéis sexuais, gravidez planeada e desejada, experiências anteriores. Convém salientar no entanto que o homem pode adoptar diferentes estilos ao longo da gestação, uma vez que a experiência da gravidez para o homem não é desencadeada por alterações hormonais, mas sim por transformações pessoais e sociais (Bayle, 2006).

As mudanças que ao longo dos tempos se operaram na forma de ver e de compreender a paternidade trouxeram o futuro pai a um local até então inacessível para ele: a sala de partos.

A mulher em trabalho de parto confronta-se com um ambiente estranho e com a linguagem desconhecida dos profissionais de saúde, o que pode provocar insegurança e medo à mulher. Bobak *et al* (2005) descreve que o medo durante o trabalho de parto origina tensão, que por sua vez origina dor e conseqüentemente aumenta o medo. A presença de uma pessoa de confiança da mulher transmite mais segurança e oferece-lhe apoio emocional.

Em 1985, a parturiente adquiriu o direito legal com a publicação da Lei n.º 14 de 6 de Julho, de escolher alguém da sua confiança para estar presente durante o trabalho de parto e nascimento do filho. Esta prática tem benefícios para a mulher e criança, e em especial quando o acompanhante escolhido é o pai, pois irá permitir que o primeiro contacto com o filho seja precoce. A OMS (1996) através do guia de assistência ao parto, confirma esta perspectiva, encorajando que o acompanhante escolhido pela mulher seja o pai. Contudo, a decisão da presença do pai na sala de partos deve ser tomada em conjunto pelo casal durante a gravidez, estando implícito em primeiro lugar o desejo da mulher, pois trata-se de uma experiência na vida destes que deve ser positiva e não imposta.

O nascimento constitui o momento mais desejado pelo casal e pela família permitindo olhar, tocar e sentir o bebé que foi crescendo ao longo dos nove meses, num plano físico e emocional. No entanto, nesta etapa todas as atenções estão centradas para a mãe e depois para o bebé, fazendo com que o pai se sinta muitas vezes desprotegido. Constatamos que algumas mulheres ainda se referem à gravidez e ao parto como um acontecimento exclusivamente feminino, no entanto observamos que o número de homens que desejam participar no nascimento do filho está a aumentar, o que exige dos profissionais de saúde uma reflexão, por forma a adaptarem as suas práticas à realidade.

Num estudo etnográfico de carácter exploratório, desenvolvido com o objectivo de conhecer o impacto da participação dos pais no nascimento, Carvalho (2003) concluiu que a presença dos pais não foi valorizada pela equipa de saúde, nem como suporte psicossocial à grávida, nem como evento da paternidade. Segundo este autor, o desejo dos pais assistirem ao nascimento relaciona-se principalmente com o apoio à gestante e experiência da paternidade, enquanto que a mãe julga que a participação do pai no parto contribui para a satisfação do casal. Estes resultados são concordantes com o estudo realizado por Martins *et al* (2006) que conclui que os pais pretendem assistir ao parto para apoiar e proteger a mulher e assistir ao nascimento do filho.

A presença do pai na sala de partos conta com algumas dificuldades, que Carvalho (2003:396) descreve: o medo do pai, a vergonha da mulher e questões laborais. A autora afirma que a *“participação dos pais no nascimento traz o núcleo familiar para o ambiente institucional, constituindo um desafio e uma possibilidade de construção atenta à qualidade do nascimento das crianças”*, numa perspectiva da humanização dos cuidados de saúde.

Os pais ao assistirem ao nascimento do filhos vivem experiências positivas pelo suporte emocional que proporcionam à mulher e pelos sentimentos e emoções que experimentam, os quais podem favorecer o maior envolvimento emocional precoce com o filho (Tomeleri *et al*, 2007).

Através de um estudo qualitativo de carácter de exploratório, Chandler e Field (1997), realizaram entrevistas etnográficas a catorze pais com o objectivo de conhecer as expectativas destes antes do nascimento, durante o trabalho de parto e parto do primeiro filho e compara-las com a experiência após o nascimento, analisando o significado atribuído. Os pais esperavam fazer parte integrante dos cuidados prestados ao casal, mas tiveram a percepção que foram relegados apenas como suporte emocional da mulher, o que foi mais exigente do que eles idealizaram. No final do trabalho de parto, os

pais tiveram a percepção que o foco de atenção dos profissionais de saúde passou da parturiente para o bebé. As autoras concluem que os pais devem ser implicados nos planos de cuidados e necessitam de um suporte para poderem desenvolver o seu papel de apoio à mulher, principalmente quando esta experimenta dor.

No nosso dia-a-dia profissional temos a consciência que não basta promover a presença dos pais junto das parturientes, é preciso incluí-los nos nossos cuidados, para ajudá-los a viver a experiência do nascimento do filho na sua plenitude. Neste sentido, o pai pode estar motivado para se envolver no nascimento do filho, mas muitas vezes, alega falta de competência e de auto-confiança (Gomez, 2005). Um meio para alterar esta perspectiva paterna passará pela sua participação em sessões de preparação para a parentalidade, com o objectivo de conhecer o processo do nascimento e compreender qual o papel que pode assumir na sala de partos (Ribeiro e Lopes, 2006). Brazelton e Cramer (2007) acrescentam que estas sessões constituem agentes de mudança importantes que irão determinar novos modelos de paternidade através da participação mais activa dos homens no nascimento do filho.

O comportamento paterno em relação ao filho é descrito, por Klaus e Kennel (1993), como o resultado da combinação dos antecedentes parentais e das práticas dos profissionais de saúde com a gravidez actual ou anterior. Por antecedentes parentais, os autores entendem os cuidados paternos que receberam durante a infância, a herança genética e cultural, os relacionamentos familiares, as experiências com gestações anteriores, o planeamento e preparação para a gravidez. Relativamente às práticas dos profissionais, especificam o seu comportamento e atitudes, o atendimento e apoio durante o parto, os primeiros dias de vida, a separação dos pais e filho e as regras hospitalares. A combinação destes factores parece influenciar a qualidade da vinculação dos pais ao filho, podendo conduzir a uma relação de qualidade ou a distúrbios da paternidade, os quais poderão manifestarem-se por ansiedade, preocupações exageradas em relação ao bebé ou mesmo maus-tratos infantis.

Em relação aos antecedentes paternos, estes serão imutáveis na altura do nascimento do filho, todavia, enquanto enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, devemos estar atentos à atitude dos profissionais de saúde que assistem ao nascimento, no sentido de desenvolvermos comportamentos promotores do envolvimento emocional pai-bebé.

Deste modo, a experiência de um homem se tornar pai é um processo de desenvolvimento influenciado pela sua própria atitude psicológica, mas também pela

orientação institucional que o pai recebe nas consultas de vigilância pré-natal, nas sessões de preparação para a parentalidade e apoio durante o trabalho de parto e nascimento do filho (Brazelton e Cramer, 2007).

Para o pai, o parto é um momento de intensas emoções que lhes possibilita a primeira aproximação directa com o filho sem intermédio da mulher. Neste contexto, a sua participação no parto e no puerpério imediato facilita a formação de uma relação precoce entre o pai e o filho, contribuindo para o fortalecer os laços afectivos e permitir ao pai colaborar na prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido.

## 2. O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO PAI COM O BEBÉ

*“Um bebé não pode existir sozinho,  
é parte essencial de uma relação.”*

Winnicott (1987)

O nascimento é o começo de uma nova etapa, o filho deixa de ser idealizado, imaginado e passa a ser real. O contacto do pai com o bebé imediatamente após o parto, tem um importante efeito no processo de envolvimento emocional, como podemos constatar na nossa pesquisa bibliográfica.

Ao longo do trabalho privilegiamos o termo *envolvimento emocional pai-bebé*, como etapa parcelar que promove a vinculação do pai ao filho, uma vez que o que nós pretendemos analisar neste estudo são as práticas de enfermagem inerentes a esta primeira interacção e que influenciam o modo como este se envolve afectivamente com o filho.

O contacto precoce dos pais com o bebé confere-lhes segurança, pois desejam conhecer o filho imediatamente após o nascimento para se certificarem que é perfeito, pelo que deve ser concedido um tempo mínimo aos pais e ao bebé, para que a vinculação possa ter lugar neste momento tão importante. Klaus e Kennel (1993) afirmam que o contacto imediatamente após o nascimento ajuda no desenvolvimento do vínculo do pai com o filho.

O envolvimento activo do pai na gravidez e no nascimento têm implicações positivas, não só na forma como a experiência é vivida, mas também na qualidade dos comportamentos parentais, como por exemplo, tocarem no bebé e assumir-se como pai (Costa; 1994).

O estudo realizado por Erlandsson *et al* (2007) apurou que os recém-nascidos que usufruíam do contacto pele-a-pele com o pai durante as primeiras duas horas após a

cesariana choravam menos, acalmavam-se mais facilmente e adormeciam mais rapidamente do que o grupo que não teve este contacto.

O pai ao presenciar e colaborar nos cuidados ao recém-nascido vai aprendendo sobre si próprio e ao mesmo tempo vai conhecendo o seu filho, pois as suas competências permite-lhe interagir com o meio que o rodeiam e estabelecer laços afectivos com os pais. Estas interacções devem ser promovidas e incentivadas pelos enfermeiros, dando a conhecer algumas das competências do recém-nascido aos pais, de modo, a que estes conheçam melhor o seu bebé.

A este respeito, Figueiredo (2005a) alerta para a importância de se criarem condições que promovam a formação e desenvolvimento do vínculo parental ao bebé, tendo em atenção, que o envolvimento emocional dos pais com o filho interfere na qualidade das suas interacções e dos cuidados parentais prestados.

## **2.1. O processo de envolvimento emocional do pai com o bebé**

À medida que a gravidez avança, o pai faz um investimento emocional progressivamente maior na relação com o bebé que vai nascer. O pai atento à gravidez, absorve todos os acontecimentos descritos pela mãe, observa o feto em crescimento pelas ecografias, ouve-o pela auscultação cardíaca fetal, e sente-o quando toca no ventre materno, o que facilita o seu envolvimento emocional com o filho. Para Sá (2004), estes momentos contribuem para o desenvolvimento da vinculação pé-natal.

Podemos caracterizar a vinculação como resultado de um processo longo e gradual, dividido em três níveis: pré-natal, perinatal e pós-natal.

Na vinculação pré-natal, os pais ao longo da gestação vão mudando a visão que têm do seu filho, evoluindo de uma imagem do bebé fantástico, para o bebé imaginário e por fim para o bebé real no momento do nascimento (Sá, 2004). Durante os nove meses de gravidez os pais vão-se envolvendo afectivamente com o filho, estabelecendo uma relação precoce (Brazelton e Cramer, 2007). A vinculação materna poderá ser mais fácil, porque a mãe sente o bebé a crescer dentro dela, enquanto que o pai só o pode fazer a nível do imaginário (Bayle, 2005).

A vinculação perinatal envolve todos os acontecimentos inerentes aos processo de nascimento do recém-nascido e o primeiro contacto deste com os pais, podendo as

práticas dos profissionais influenciar o processo vincutivo, sendo neste nível de vinculação que a presente investigação incorre. Sá (2004) apresenta o exemplo do bebé com lábio leporino cuja vinculação perinatal será mais favorável se ocorrer através do contacto pele-a-pele do que através de interacções visuais dos pais com o filho.

Após o nascimento e o confronto dos pais com o bebé real, estabelecem-se interacções entre os pais e os filhos que contribuem para o desenvolvimento da vinculação pós-natal.

A interacção precoce entre os pais e o bebé está na base da construção da vinculação, à qual Bayle (2006) define como uma ligação afectiva entre dois indivíduos. Para a autora, a interacção é uma reacção interpessoal entre duas pessoas que se influenciam e modificam o seu comportamento mutuamente, tal como se verifica com o choro do bebé que induz os pais a acariciá-lo.

A vinculação é a forma como os progenitores e o bebé estão em relação e como expressam os laços afectivos, tendo uma base biológica (Bayle, 2005). Os comportamentos do bebé, tais como o sugar, o olhar, o chorar, sorrir vão desencadear nos pais reacções e comportamentos que orientam esta interacção, aos quais Bowlby chamou comportamentos de vinculação (Montagner, 1993).

Imediatamente após o parto, existe uma predisposição dos pais para com o bebé, a que Figueiredo (2005b) designa por "*bonding*" ou vinculação. Embora o processo de vinculação seja gradual e o envolvimento emocional com o filho tenha já sido construído durante a gravidez, os momentos de parto e pós-parto imediato são cruciais no estabelecimento do *bonding*, devendo ser privilegiados os momentos de interacção pais/filho, logo após o nascimento.

A este respeito, Klaus e Kennel (1993) descrevem a existência de um período sensitivo após o parto, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e em que se verificam interacções complexas entre ambos, que ajudam a uni-los. A descrição deste período crítico ou sensível foi baseada nas experiências sobre o *imprinting*, realizadas com mamíferos, onde se verificou que a mãe rejeita a cria quando não tem nenhum tipo de contacto com ela imediatamente após o parto. Porém, actualmente este conceito tornou-se mais flexível (Figueiredo, 2003), como podemos constatar em situações de doença do neonato ou materna que obriga a separação da díade após o nascimento.

A qualidade das experiências precoces e das relações que se estabelecem, influenciam o desenvolvimento posterior e a qualidade da relação de vinculação, permitindo ao bebê construir modelos dinâmicos de vinculação de acordo com as relações estabelecidas (Bowlby, 1990).

Segundo Parke e O'Leary (1974) citados por Malpique (1998), quando o pai acompanha activamente a mulher durante a gravidez e parto, este estabelece uma relação com o bebê semelhante à da mãe (olha-o, toca-o, segura-o, sorri-lhe e embala-o). Para estes autores e para Klaus e Kennel (1993) os pais criam uma ligação ao bebê desde os primeiros momentos de vida, que em alguns casos já existia antes da gravidez ou até mesmo da concepção.

Apesar da presença do pai no momento de nascimento ser importante, Palkovitz (1985) citando Yogman (1982), considera que o contacto físico imediato assume maior influência no desenvolvimento da relação pai-filho.

O estudo realizado por Rodholm e Larson (1979) descrevem a interação do pai com o bebê durante o primeiro contacto após o nascimento, no qual observam uma sequência ordenada de comportamentos. O pai tocava nas extremidades inicialmente com a ponta dos dedos e depois com as palmas das mãos, ao mesmo tempo que se intensificava o contacto olho-a-olho. Klaus e Kennel (1993) apresentam o estudo de McDonald (1978) que constatou resultados semelhantes.

Em 1994, Eidelman *et al* publicaram um estudo comparativo do comportamento paterno e materno em relação ao toque dos seus recém-nascidos, no qual descrevem que as mães tocam mais na face e mãos do filho do que no corpo, enquanto que os pais preferem tocar mais nas mãos dos recém-nascidos (citado por Klaus e Kennel, 1993).

Macfarlane (1992) no seu estudo observa doze nascimentos, dos quais seis o pai esteve presente e três deles pegaram no bebê. Constatou que as mães despendem mais de metade do tempo a sorrir para o marido e menos para o recém-nascido.

O International Council of Nurses (ICN), classificou a vinculação como um foco de atenção da prática na prestação de cuidados de enfermagem pertencente ao foco papel parental, por consistir numa resposta humana a um processo de vida que visa a aproximação afectiva pais/filhos, o que promove uma base sólida para a sobrevivência e desenvolvimento saudável da criança.

A vinculação é caracterizada como “(...) *um tipo de parentalidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e o(s) pai(s); formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância*” ICN (2005:70).

O processo de vinculação é influenciado por acontecimentos que podem ocorrer mesmo antes da concepção, sentimentos de apego ao feto, aceitação da gravidez e interacção com o feto. Deste modo os pais que estão fortemente vinculados ao filho antes do seu nascimento podem melhorar o seu apego devido aos acontecimentos que ocorrem durante o período sensitivo. Ou este poderá ser um período em que os sentimentos de apego realmente se iniciam para alguns pais (Klaus e Kennel, 1993).

A vinculação é descrita por Montagner (1993) como um processo dinâmico e contínuo que se desenvolve ao longo do tempo, de acordo com as interacções passadas e presentes do bebé.

Neste contexto, consideramos o conceito vinculação pai-filho como uma ligação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual e, que se traduz num processo de adaptação mútua, no qual o pai e o bebé participam activamente. É uma relação de apego e reciprocidade em que são criados e mantidos laços afectivos. Promove sentimentos de bem-estar, segurança e protecção, ou seja, um conjunto de emoções positivas que vão influenciar o desenvolvimento saudável do bebé e da parentalidade. Tratando-se de um processo contínuo, que se pode iniciar antes da concepção, prolonga-se ao longo da gravidez e fortalece-se no momento do nascimento.

A vinculação a um recém-nascido alicerça-se em relações anteriores à própria gravidez e acentua-se durante o desenrolar desta, com a idealização de um filho imaginário, que faz parte do universo dos pais durante os nove meses anteriores ao nascimento (Brazelton e Cramer, 2007). Deste modo, se tivéssemos a pretensão de investigar como as intervenções de enfermagem após o nascimento influenciam a vinculação paterna deveríamos atender a inúmeros factores relacionados com o período pré-concepcional e gestacional.

Actualmente existem programas que fomentam o envolvimento do pai na gravidez e no parto, nomeadamente, nas aulas de preparação para a parentalidade, nas consultas de vigilância pré-natal com a visualização da imagem ecográfica do feto e da presença do pai na sala de partos no momento do nascimento do filho. No entanto, devemos reconhecer nas nossas práticas quotidianas e nos comportamentos maternos que ainda

existem alguns vestígios de exclusão que os pais podem continuar a sentir quando se dirigem aos cuidados de saúde.

Enquanto profissionais de saúde seremos os agentes de mudança que podem fomentar o envolvimento do pai neste processo, contribuindo para a determinação de novos modelos de paternidade. Devemos reconhecer o papel paterno no momento do nascimento e promover o seu envolvimento emocional com o bebé, reduzindo o seu papel de mero espectador. Para isso, os profissionais de saúde deverão estar atentos ao nível de envolvimento que cada pai pretende no momento do nascimento e no primeiro contacto com o bebé.

## **2.2. O recém-nascido e as suas capacidades de interacção**

Os recém-nascidos são dotados de capacidades de interacção que lhes permitem sobreviver e adaptar-se ao meio extra-uterino, e em simultâneo, favorecem o envolvimento emocional dos pais (Brazelton e Cramer, 2007). A estas capacidades Sá (2004) chamou de competências para a relação ou competências para a vinculação.

O envolvimento emocional do pai com o bebé assenta sobre um leque de competências perceptivas do recém-nascido, que se encontram presentes no nascimento ou emergem pouco tempo depois (Montagner, 1993). O recém-nascido é capaz de ver, ouvir e reconhecer os cheiros e gostos para além de ter uma extrema sensibilidade ao tacto. É também capaz de receber e transmitir informação, comunicando com o meio envolvente.

É portanto, indispensável que o enfermeiro que assiste ao nascimento tenha conhecimento destas capacidades do recém-nascido, para poder compreendê-lo e apoiar os pais no processo de interacção com o filho. O enfermeiro deverá, ainda, informar os pais acerca dessas aptidões do recém-nascido, de modo, que estes compreendam as reacções do filho e o estimulem, permitindo que este primeiro contacto contribua para um envolvimento emocional eficaz e precoce.

Neste contexto Malpique (1998:31), considera que os recém-nascidos apresentam competências que os tornam activos no processo de interacção e os pais são sensíveis e capazes de *“fazer uma maternagem precoce ao seu bebé”*, embora, os estudos antropológicos confirmem que a mãe predomina como prestadora de cuidados ao bebé.

Enquanto profissionais de saúde, quando incentivamos os pais a interagir com o filho é importante atender ao estado de consciência do recém-nascido para que a estimulação possa ser adequada. Deste modo, a interacção dos pais com o bebé na primeira hora de vida é de extrema importância, na medida em que o recém-nascido se encontra acordado, num estado de inactividade alerta. Klaus e Kennell (1993) descrevem as observações efectuadas por Emde e Robinson (1981) que concluíram que o recém-nascido permanece neste estado por um período de 45 a 60 minutos após o nascimento. Será este, então, o momento oportuno para a interacção, pois tal como Brazelton e Cramer (2007:81) descrevem, o corpo e a face do bebé estão *“relativamente calmos e inactivos, e o olhar é vivo e brilhante. Os estímulos visuais e auditivos provocam reacções previsíveis.”*

O conhecimento sobre o estado de vigília do recém-nascido é importante porque influencia consideravelmente, a qualidade e a natureza da interacção do pai com o filho, pois constituem verdadeiras mensagens que devem ser interpretadas pelos pais (Sá, 2004).

Deste modo, entendemos que na primeira hora após o parto, a mãe, o pai e o bebé devem permanecer juntos e tranquilos, apenas dedicados a estabelecer a primeira interacção da tríade, aproveitando todas as capacidades que o recém-nascido tem para interagir. Pois, este momento constitui a primeira oportunidade de interacção precursora do apego que Bowlby (1990) definiu. Figueiredo (2003) considera que este período de alerta pode estar envolvido na promoção do bonding inicial entre a mãe e o filho.

A interacção do recém-nascido com o meio envolvente e com os pais depende da sua capacidade de receber informação usando os seus cinco órgãos dos sentidos, da sua capacidade de transmitir informação, que nesta fase precoce de vida se resumem ao choro e ao sorriso reflexo, e por fim, à sua capacidade de actuar de acordo com os seus reflexos.

### 2.2.1. Capacidade de receber informação

Nos últimos meses, o feto interage com mãe in-útero, respondendo a vários estímulos: ouve, vê e é sensível ao tacto. Estes mecanismos sensoriais são fundamentais para sustentar a ligação e a relação do bebé com o meio envolvente, permitindo-lhe receber informação através dos seus órgãos dos sentidos.

Desde o nascimento que o recém-nascido é capaz de dirigir a sua atenção para o rosto do adulto e entrar em interacção com ele, embora apresente uma reduzida acuidade visual. Nas primeiras horas de vida, o campo de visão do recém-nascido permite-lhe perceber objectos a uma distância de cerca de 25 cm (Sá, 2004), o que corresponde à distância entre o bebé e a mãe durante a amamentação ou quando o pai pega nele ao colo.

Um estudo realizado por Brazelton e Cramer (2007), conclui que quando os pais pegam no filho ao colo e o colocam próximo da sua face, este fica mais calmo e abre os olhos, favorecendo o envolvimento emocional de ambos. Por isto, os autores consideram que os colírios que se aplicam ao recém-nascido, por rotina após o parto, interferem negativamente neste primeiro contacto pois causam o edema das pálpebras. Esta afirmação é baseada no estudo efectuado por Butterfiel *et al*, (1982) no qual se verificou que o adiamento da aplicação do colírio para trinta minutos após o parto permitiu aos pais estabelecer um contacto visual precoce com os filhos e trinta dias após o nascimento, estes pais demonstravam-se significativamente mais sensíveis aos impulsos visuais e auditivos dos filhos, comparativamente com o grupo de pais que não tiveram a mesma oportunidade. Para Brazelton e Cramer (2007:70) *“todos os jovens pais anseiam por um relacionamento visual com os seus bebé, a seguir ao parto”*.

Também pela mesma razão, Klaus e Kennell (1993) recomendam que a aplicação do colírio ocorra após o primeiro contacto prolongado com os pais. Os autores afirmam que o contacto olho-a-olho é um importante meio de estimular os cuidados parentais.

Esta opinião é concordante com Sá (2004:141), pois o autor considera que o contacto olho-a-olho na interacção mãe-filho contribui para que esta *“não o reduza a um funcionamento físico e digestivo, mas que o sinta como pessoa”*.

O recém-nascido quando nasce já traz consigo experiências sensoriais auditivas do útero materno, que se desenvolvem a partir da vigésima semana de gestação (Montagner, 1993).

Desde as primeiras horas de vida, o bebé demonstra que ouve, que está atento ao som e que é capaz de localizar a origem do som seguindo-o com movimentos dos olhos e cabeça. Ainda na vida uterina o feto reconhece e diferencia sons de diversas frequências manifestando o seu contentamento ou desagrado através de algumas alterações do ritmo cardíaco e movimentos fetais (Brazelton e Cramer, 2007).

Também sabemos, que um bebé que tenha ouvido certas melodias durante a gestação pode reconhecê-las e acalmar-se ao ouvi-las, depois de nascer. Do mesmo modo, um bebé acalma-se, geralmente, ao ouvir sons ritmados provavelmente por evocar o barulho dos batimentos cardíacos da mãe aos quais se habituou durante nove meses consecutivos. Também reconhece a voz do pai, se teve a oportunidade de a ouvir durante a gravidez.

Após o nascimento, pode avaliar-se a audição do bebé, provando que volta nitidamente os olhos ou a cabeça na direcção do som. Por outro lado, ruídos inesperados provoca uma reacção de susto ou sobressalto, enquanto que o barulho rotineiro e mantido, como o som de aspirador, não provocam qualquer reacção.

A criança é especialmente sensível à voz humana. Ouvir a voz da mãe, especialmente a voz aguda que todas as mães tendem a adoptar quando falam com os bebés, ou pelo contrário, sons de tonalidade grave têm um efeito pacificador e tranquilizante sobre a criança (Brazelton e Cramer, 2007). Os pais devem ser incentivados a falar com os bebés, especialmente quando estes estão acordados e não têm fome, pois ao reconhecerem a capacidade do filho para reagir à sua voz poderá fomentar o seu envolvimento emocional.

O gosto é outro sentido que tem forte influência na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Os mecanismos neurológicos que possibilitam as sensações do gosto, desenvolvem-se a partir do quarto mês de gestação. O recém-nascido tem o sistema gustativo bem desenvolvido, sendo capaz de distinguir diferentes sabores que desencadeiam diferentes respostas. Brazelton e Cramer (2007) apresentam o estudo realizado por Johnson e Salisbury (1975) onde se verificam diferentes tipos de sucção consoante o tipo de líquido oferecido no biberão. Quando se oferece água salgada o recém-nascido rejeita, quando se dá leite de vaca ele mama continuamente e para em intervalos regulares, enquanto que com o leite materno o recém-nascido mama por impulsos, com intervalos regulares. Para os autores este comportamento desenvolve nas mães um comportamento mais interactivo, favorecedor da vinculação.

Os recém-nascidos têm um sistema olfactivo bem desenvolvido, fortemente apurado e apto a distinguir os cheiros. Reagem a odores fortes como o álcool ou o vinagre virando a cabeça, manifestando o seu comportamento de desagrado. Devido à aprendizagem olfactiva que o recém-nascido é capaz de desenvolver durante as primeiras experiências de amamentação, ele reconhece o cheiro do seio materno. Esta ilação é verificada

quando uma mãe pega no filho, ele volta a face para o seio, antes mesmo do mamilo tocar na boca, devido á sua sensibilidade olfactiva (Brazelton e Cramer, 2007).

Klaus e Kennell (1993) e Montagner (1993) descrevem os estudos realizados por Marcflane (1975) e Schaal *et al* (1980) que comprovam que os recém-nascidos a partir do quinto dia de vida distinguem o cheiro do leite das suas mães do de outras mães, considerando os autores que esta capacidade olfactiva desempenha um papel essencial na formação do apego do recém-nascido à mãe.

O sentido do tacto é accionado muito cedo, ainda na vida intra-uterina, uma vez que o feto é sensível aos estímulos tácteis que lhe chegam a partir dos movimentos da mãe. A massagem suave do ventre materno provoca movimentos do feto, enquanto que os movimentos bruscos da parede abdominal da mãe levam o feto a adoptar atitudes de defesa, como o sobressalto. Depois do nascimento, os pais utilizam o tacto para o estabelecimento de relação com o filho, através do pegar ao colo, acalmar o bebê e acariciar enquanto tocam no filho.

O comportamento materno e paterno no contacto táctil com o bebê apresenta diferenças que Brazelton e Cramer (2007) descrevem através da citação dos estudos realizados por Dixon *et al* (1981). Os autores, observaram que enquanto a mãe procura acalmar o choro do bebê, tocando-lhes ou pegando ao colo, os pais tendem mais a abanar ou a embalar os filhos a um determinado ritmo, como se brincassem com eles.

Desta forma, a estimulação táctil tem um significado fundamental para o desenvolvimento emocional e afectivo entre os pais e o bebê. Há uma troca recíproca que leva ao desenvolvimento, em cada um, das mudanças comportamentais que ocorrerão na presença dessa interacção.

### 2.2.2. Capacidade de transmitir informação

O recém-nascido além de possuir competências para receber informação, nasce igualmente dotado de capacidades que lhe permite expressar os seus sentimentos, respondendo ao ambiente de várias formas. O recém-nascido nasce assim com duas formas de transmitir informação: o choro e o sorriso reflexo.

No recém-nascido, o choro é uma forma de comunicação que ocorre a partir de uma resposta reflexa motivado pela dor, fome, mal estar ou desconforto, com a finalidade de

obter atenção. Para Brazelton e Cramer (2007) o choro origina nos pais uma reacção automática de preocupação, responsabilidade e culpa que os obriga a reagir e a identificar o motivo pelo qual o filho está a chorar. Este comportamento do recém-nascido promove o envolvimento emocional dos pais, principalmente quando estes conseguem satisfazer as necessidades do filho e acalmá-lo. Os autores, citando Boukydis (1979) asseguram que uma mãe consegue distinguir o choro do seu filho de outros recém-nascidos ao fim do terceiro dia e que no fim da segunda semana começa a identificar a causa do choro. O pai consegue também reconhecer o motivo que origina o choro do filho ao fim da terceira semana.

No momento do nascimento, o choro é o primeiro sinal de vida, o primeiro som, o indício mais claro da vitalidade do bebé, para os pais. Porém, ao assistir ao nascimento do recém-nascido e ao participar no estabelecimento deste primeiro contacto dos pais com o filho devemos informa-los sobre o choro do recém-nascido, com o objectivo de corrigir significados impróprios atribuídos ao choro e que possam interferir nesta primeira interacção.

O recém-nascido apresenta um grau de maturidade facial neuromuscular que lhe permite exhibir inúmeras expressões faciais, que os pais captam a todo o momento, é o exemplo do sorriso. O sorriso endógeno ou reflexo, não é de todo um sorriso social, mas sim um sorriso puramente fisiológico. Manifesta-se essencialmente quando o bebé está sem fome e na altura em que vai dormir, demonstrando a sua satisfação interna. Mas em pouco tempo o sorriso começa a ser uma manifestação de reconhecimento de objectos e situações, adquirindo lentamente um valor social (Sá, 2004; Camarneiro, 2007).

Nas horas posteriores ao nascimento, Montagner (1993) descreve a existência de um fenómeno designado por Bower (1979) de “sincronia interaccional” responsável por promover a vinculação entre o bebé e o seu meio social. A “sincronia interaccional” diz respeito a discretas modificações de comportamento do recém-nascido quando um adulto fala com ele.

As expressões faciais, nas quais incluímos o sorriso reflexo do recém-nascido, constituem um factor determinante nos comportamentos de aproximação materna (Gomes-Pedro, 1985) e paterna.

### 2.2.3. Capacidade para actuar

Assim que nasce o recém-nascido é dotado de um certo número de reflexos, isto é, reacções automáticas desencadeadas por estímulos, que impressionam os seus diversos receptores, e em especial os pais. Este conjunto de habilidades tendem a favorecer a sua adaptação ao ambiente e interfere com a sua interacção com os pais, ou seja, as suas respostas originam nos pais determinados comportamentos (Brazelton e Cramer, 2007). O quadro n.º 1 resume os reflexos existentes nesta fase da vida.

A resposta reflexa do recém-nascido permite que os pais prevejam o seu comportamento à medida que contactam com o filho e o exploram, promovendo os cuidados parentais.

Por exemplo, a estimulação das bochechas vai determinar que o recém-nascido abra a boca numa tentativa de agarrar e sugar, fazendo a pega do mamilo, para dar início à amamentação. O conhecimento dos pais deste reflexo de procura irá contribuir para facilitar a amamentação e proporcionar um sentimento de segurança e bem-estar à mãe que amamenta e ao pai que participa nesta primeira refeição do filho, sentimentos estes, essenciais a um envolvimento emocional satisfatório.

**Quadro n.º 1:** Principais comportamentos reflexos no neonato.

<b>Reflexo</b>	<b>Resposta esperada do recém-nascido (Wong et al, 2006)</b>
<b>Reflexo coreano</b>	Ao aplicar uma luz intensa em direcção ao olho, o recém-nascido pisca o olho. Este reflexo mantém-se por toda a vida.
<b>Reflexo pupilar</b>	Ao dirigir uma luz intensa em direcção ao olho, a pupila contrai-se em ambos os olhos. Este reflexo mantém-se por toda a vida.
<b>Olhos de boneca</b>	Ao virar lentamente a cabeça do recém-nascido para a esquerda e para a direita, os seus olhos permanecem imóveis.
<b>Sucção</b>	Ao colocar o dedo na boca do recém-nascido, este inicia movimentos de sucção. Persiste durante toda a infância, mesmo sem estimulação, quando está a dormir.
<b>Procura ou rotação da cabeça</b>	Ao tocar na bochecha ao lado da boca, o recém-nascido vira a cabeça para esse lado e começa a sugar. Desaparece dos 3 aos 4 meses, mas pode persistir até aos 12 meses.
<b>Extrusão</b>	Ao tocar ou pressionar a língua para baixo, o recém-nascido coloca a língua para fora. Desaparece aos 4 meses de vida.

<b>Reflexo</b>	<b>Resposta esperada do recém-nascido (Wong et al, 2006)</b>
<b>Babinski</b>	Ao estimular a região plantar no sentido do calcanhar em direcção aos dedos do pé, verificamos a hiperextensão dos dedos com dorsiflexão do hálux. Desaparece após o primeiro ano de vida.
<b>Apreensão</b>	Ao colocar o dedo na palma da mão e nos dedos dos pés do recém-nascido, este agarra o dedo da mão, este reflexo diminui aos 3 meses para ser substituído pelo movimento voluntário. Na apreensão plantar, o recém-nascido curva os dedos do pé e diminui por volta dos 8 meses.
<b>Gatinhar</b>	Em decúbito ventral numa superfície plana, o recém-nascido tenta gatinhar usando as mãos e os pés. Desaparece às 6 semanas de vida.
<b>Marcha</b>	Ao segurar o recém-nascido de modo que as plantas dos pés toquem numa superfície rígida, este esboça movimentos de caminhar. Desaparece após as 3 a 4 semanas de vida.
<b>Galant</b>	Ao estimular com o dedo uma lado da coluna vertebral da cabeça até as nádegas, o tronco do recém-nascido curva-se para o lado estimulado. Desaparece em torno das 4 semanas de vida.
<b>Moro</b>	Ao deixar cair subitamente a cabeça do recém-nascido para trás, o recém-nascido estende e abduz as extremidades bilateralmente e simetricamente, com o polegar e o indicador em forma de C. Desaparece após os 3 a 4 meses, sendo mais forte nos primeiros 2 meses de vida.

Com a finalidade de orientar os profissionais de saúde na avaliação do comportamento do recém-nascido e, conseqüentemente, ajudar os pais a compreenderem o comportamento do filho, Brazelton desenvolve a Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal (Neonatal Behavioral Assessment Scale ou NBAS), que é publicada em 1973. Em 1984 surge a segunda edição da escala, numa versão revista de acordo com a sua implementação durante dez anos (Seabra-Santos, 2001).

A escala tem como objectivo registar e avaliar as capacidades dos recém-nascidos quando submetidos a alguns estímulos, de acordo com o seu estado de consciência. Os estímulos são de diversos tipos, tais como, o tacto, o embalar, a voz ou o comportamento facial, por exemplo. Para Brazelton e Cramer (2007) a sua maior utilidade é permitir aos pais conhecer o comportamento do filho, para que consigam compreender e interagir com o bebé.

O recém-nascido é um ser de aparência frágil, que suscita nas pessoas que o rodeiam, sentimentos de protecção e afecto. Contudo, é dotado de capacidades para receber e transmitir informação e para actuar consoante a informação recebida.

Podemos concluir que o recém-nascido apresenta competências para responder aos estímulos dos pais que são indispensáveis à sua capacidade de interacção e comunicação. E o pai ao desenvolver as suas capacidades para reconhecer os comportamentos do filho contribui para que esta interacção fomente os laços afectivos entre ambos os intervenientes.

### 3. AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

*“Cuidar da vida... Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida (...).”*

Collière (2003:1)

O cuidar é tão antigo quanto o Homem, desde sempre existiu a necessidade de cuidar da Pessoa Humana e do seu corpo: cuidar do corpo que nasce, do corpo da criança, do corpo saudável, do corpo doente, do corpo envelhecido, do corpo morto... pelo que podemos dizer que enfermagem é tão antiga quanto a existência humana, no entanto, apenas surge como profissão no século XX.

A enfermagem é uma ciência em desenvolvimento, afirmando-se como um saber teórico e um saber prático que lhe permite responder aos permanentes desafios da ciência e da técnica, na área da saúde. Mas apesar da evolução a que se assiste, a essência da enfermagem continua a ser o cuidar da pessoa, de modo a proporcionar cuidados holísticos, que todo o ser humano tem direito nas diferentes fases do seu ciclo de vida. É nesta relação com o Outro, que o *saber ser* torna-se condição indispensável para a nossa profissão, para além do *saber saber* e do *saber fazer*, contribuindo deste modo para a humanização dos cuidados de saúde.

Enfermagem enquanto disciplina emergente, preocupa-se com as respostas do ser humano tanto no processo da doença como da saúde numa perspectiva holística do cuidar, encarando o homem global como ser social e ser cultural pelo que, para a construção de conhecimentos deve ter contributos de outras áreas do conhecimento, mais concretamente a sociologia e a antropologia.

De acordo com esta perspectiva, pretendemos agora reflectir sobre o contributo do conhecimento científico para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem. Para tal, fazemos uma breve abordagem dos paradigmas da disciplina de enfermagem, das

escolas de pensamento de enfermagem e dos modelos teóricos desenvolvidos pelas suas autoras, para que se clarifique conceitos inerentes ao cuidar de enfermagem nos dias de hoje.

### 3.1. A evolução da enfermagem enquanto ciência e arte de cuidar

O homem e a sociedade têm sofrido profundas alterações nos últimos anos, quer devido à acelerada evolução científica e tecnológica quer à própria forma do homem estar e viver em comunidade. A enfermagem tem acompanhado essa evolução, principalmente a partir do contributo de Florence Nightingale (1820-1910), impulsionadora da enfermagem profissional e moderna.

Várias crenças filosóficas tentaram estruturar a disciplina de enfermagem ao longo do tempo, conduzindo à criação de conceitos centrais que se designam por paradigmas. Kérouac *et al* (2003) descrevem-nos três paradigmas da disciplina:

- *Paradigma da categorização*, desenrola-se durante o século XVIII-XIX, no qual os fenómenos podem ser examinados fraccionados em categorias, agrupados em classes e considerados como simples manifestações. Este paradigma aplica-se no modelo biomédico em que se baseia no pensamento cartesiano para tratar a doença, distingue o pai e o recém-nascido como duas entidades separadas.
- *Paradigma da integração*, surge nos anos 50 do século XX, caracteriza-se por perspectivar o fenómeno como único, mas é observado como tendo múltiplas relações com outros fenómenos e integrando-os no seu contexto específico. É de salientar que neste modelo é conferido ao pai a capacidade para participar no nascimento do seu filho.
- *Paradigma da transformação*, desenvolve-se na década de 70 e explica que o conhecimento do fenómeno é pessoal e envolve padrões de conhecimento, em que cada fenómeno é único, mas em interacção com tudo o que o rodeia. Segundo este pensamento, o casal é tido como um ser único com características individuais que permitem a sua participação activa no nascimento do filho e o enfermeiro reconhece essas características e capacidades.

O conhecimento da disciplina de enfermagem implica um quadro conceptual epistemológico e Carper (1978) identifica quatro padrões de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem: os *conhecimentos empíricos*, que se organizam em leis e

teorias baseadas na investigação sistemática com o objectivo de descrever, explicar e prever fenómenos em enfermagem; *conhecimentos estéticos*, que se referem à arte em enfermagem, realçando o significado, o conhecimento subjectivo, as percepções individuais e a empatia; a *ética* que evidencia as obrigações morais do nosso agir e o *conhecimento pessoal* que diz respeito às características pessoais do enfermeiro no processo de aprendizagem.

### **Escolas de pensamento em Enfermagem**

Nas últimas décadas têm surgido vários teóricos de enfermagem com dimensões diferentes do cuidar, influenciados por várias correntes de pensamentos e dando origem a diferentes modelos e teorias que visam a orientação da disciplina de enfermagem.

No início da sua existência, a enfermagem consistia em ser capaz de colocar a pessoa doente nas melhores condições possíveis de modo a que a natureza actuasse sobre ela (Nightingale, 2005).

Posteriormente, na década de 50-60 emerge a *Escola da interação*. Nesta concepção os processos de interação acontecem entre uma pessoa que tem necessidade de ter ajuda e uma outra com capacidade de oferecer ajuda. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve clarificar os seus próprios valores, estabelecer uma relação terapêutica e envolver-se no cuidado (Tomey, 2004). Esta escola contou com alguns teóricos como Peplau, Paterson e King e defende conceitos que afastam o enfermeiro do papel de “auxiliar do médico”, valorizando as suas funções autónomas e a interação com a pessoa.

Na década de 60-70 surge uma nova ideologia influenciada pela hierarquia das necessidades de Maslow e dos estádios de desenvolvimento de Erickson, a *Escola das Necessidades*. Orienta-se pelas necessidades humanas básicas (Virgínia Henderson), pela capacidade do auto-cuidado (Dorotheia Orem), pela utilização do método de resolução de problemas com a finalidade de ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades de saúde e recuperar o máximo de independência possível (Tomey, 2004).

Com raízes na teoria dos níveis de adaptação de Helson, na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy e nos princípios do humanismo, surge outra corrente de pensamento da disciplina de enfermagem: a *Escola dos efeitos desejados* ou *Escola dos sistemas*, como principais defensores conta com Newman e Levine. Esta teórica considera que o fim último dos cuidados de enfermagem consiste em restabelecer o equilíbrio, a homeostasia e a preservação de energia da pessoa (Tomey, 2004).

A *Escola da promoção da saúde* surge na década de 60 dando ênfase à promoção da saúde, utilizando a família como recurso e meta dos cuidados de enfermagem.

A *Escola do Homem como ser único*, emerge do paradigma da transformação, em que Martha Rogers, propõe uma concepção da disciplina da enfermagem com base na visão de Pessoa e cuidados de enfermagem, desenvolvendo o conceito de cuidados holísticos em enfermagem. Para esta teórica, o Homem é um ser único, em que para cuidar é necessário conhecê-lo profundamente, segundo as perspectivas disciplinares da psicologia, sociologia, antropologia, filosofia, história, biologia e física (Tomey, 2004).

A *Escola do cuidar (Caring)* surge nos últimos 20 anos, tendo como teóricas Madeleine Leininger, Patrícia Benner e Jean Watson, as quais acreditam que o desenvolvimento das dimensões do cuidado passa pelo desenvolvimento da espiritualidade (Watson) e da dimensão cultural (Leininger) e que ao serem associadas a outras dimensões anteriormente defendidas melhoram a qualidade dos cuidados de enfermagem. Baseadas nesta escola aparecem a teoria do cuidado humano de Watson e a teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado de Leininger (Tomey, 2004), as quais encaram a saúde como um projecto individual da pessoa que o enfermeiro deve conhecer, podendo ser diferente entre o profissional e a pessoa dependendo da cultura.

Leininger observou no seu trabalho com crianças deficientes que elas tinham comportamentos diferentes de acordo com a sua cultura e que a equipa de saúde não contemplava esses factores culturais no seu plano de cuidados, constatando que as intervenções de enfermagem não surtiam o mesmo efeito em todas as culturas. Perante estas evidências, desenvolve a teoria da diversidade do cuidar cultural e define enfermagem transcultural como uma área principal de enfermagem, que centra o seu estudo na análise comparativa de diferentes culturas e subculturas do mundo em relação aos seus valores do cuidar, expressão, crenças de saúde e de doença, bem como o padrão de comportamentos, com o objectivo de desenvolver um conhecimento científico e humanista para fornecer cuidados de enfermagem culturais e universais (Welch, 2004).

Actualmente a enfermagem, considera como conceitos essenciais de enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003). A pessoa, segundo o paradigma da transformação, é um ser social único, com valores e crenças individuais com capacidade de autodeterminação. De acordo com o paradigma da interacção a pessoa é influenciada pelo ambiente (elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais) em que vive e se desenvolve, procurando atingir o equilíbrio e a harmonia. A saúde é uma representação mental,

subjectiva de bem-estar e de conforto físico, emocional e espiritual, que varia ao longo do tempo pelo que é um processo dinâmico e contínuo que visa atingir o equilíbrio da pessoa. Os cuidados de enfermagem centram-se numa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou família/comunidade, numa perspectiva multicultural, tendo como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde de cada pessoa ao longo do seu ciclo vital, de modo a prevenir a doença, promover processos de readaptação, satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a independência nas actividades de vida, através de processos de aprendizagem da pessoa.

Reflectindo nos conceitos acima descritos, podemos afirmar que a concepção do cuidar em enfermagem sofreu influências de várias escolas, nomeadamente, da escola do cuidar, da escola das necessidades e da interacção, tendo como princípio base a criação de condições favoráveis à pessoa, para que o ambiente possa actuar sobre ela, tal como Nightingale preconizava.

### **Cuidar em Enfermagem**

O termo cuidar pode ter diferentes significados quer entre os enfermeiros quer entre os outros profissionais de saúde, bem como pela própria pessoa que recebe cuidados. Parafraseando Collière (1999:235), os cuidados de enfermagem implicam *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta é primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”*. Neste contexto, os cuidados de enfermagem não se limitam a cuidar na doença, mas também na saúde.

O cuidar em enfermagem é para Hesbeen (2000:10) uma *“atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a saúde”*, exigindo um respeito mútuo. Watson (2002:60), acrescenta uma dimensão espiritual ao cuidar, quando refere que *“o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionada para a protecção e dignidade humana, a preservação da humanidade”*.

A dificuldade em definir cuidar em enfermagem é expressa na seguinte afirmação de Basto (1998:81): *“O conceito de cuidados de enfermagem não só tem variado ao longo do tempo, como varia de grupo para grupo de enfermeiros da mesma época, pois está associada a valores diferentes”*. Esta ambiguidade poderá conduzir o grupo profissional a ter dificuldade em definir o que é enfermagem e o que é ser enfermeiro. Tal como Collière (2003) afirma é necessário explicitar a natureza dos cuidados para obtermos o

reconhecimento de uma identidade profissional e demonstrar os ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e o seu contributo sócio-económico.

Neste contexto, Amendoeira (2006:283) diz-nos que *“os saberes utilizados pelos enfermeiros não só lhes permitem clarificar melhor as áreas de autonomização, como permitem desenvolver processos identitários mais consentâneos com a dinâmica que caracteriza hoje as profissões”*. O autor reforça a necessidade de criar uma definição de enfermeiro e de níveis de competência, para se planificar os diferentes níveis de cuidados e atribuir as respectivas responsabilidades.

Ao falar da evolução do cuidar é necessário fazermos referência ao contributo da mulher para a mesma e à história da prática dos cuidados para compreendermos a profissão e disciplina de enfermagem na actualidade (Collière, 1999). Durante séculos os cuidados com a gravidez e o parto eram reservados às mulheres. As mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres com experiência, eleitas pela comunidade e que transmitiam o seu saber de geração em geração (Bobak *et al*, 2005).

Todo o processo das práticas de cuidados evoluíram em simultâneo com a sociedade e com o papel social da mulher, mas até ao aparecimento de Florence Nightingale, as práticas de enfermagem baseavam-se em valores morais e religiosos, e só a partir dessa época é que surge a preocupação de incluir na formação de enfermagem o conhecimento. Com o desenvolvimento desses conhecimentos surge a figura do enfermeiro como auxiliar do médico, desempenhando tarefas delegadas por este. Durante muito tempo *“a enfermeira desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária das práticas médicas, cujo exercício facilita consideravelmente”* (Collière, 1999:85). Deste modo o enfermeiro procura uma valorização pessoal descurando o principal que deveria ser o ser humano que se encontra dependente dos cuidados.

Todavia, o processo de profissionalização dos enfermeiros surgiu após estes adoptarem o modelo biomédico, em que os cuidados de enfermagem se resumiam a cuidados técnicos conduzindo à desvalorização do cuidar em enfermagem e da relação com a pessoa que recebe cuidados. Para esta situação muito contribuiu a preocupação excessiva com a doença que promove as competências técnicas em detrimento das competências relacionais, como refere Ribeiro (1995:26) *“os utentes são considerados em função da doença que têm, sendo essa a base para a tomada da decisão em enfermagem, que embora eficiente privilegia as tarefas em detrimento da comunicação”*, de acordo com o paradigma da categorização.

Na década de 50, os movimentos sociais internacionais de emancipação da mulher também influenciaram o processo de profissionalização de enfermagem, *“repercutindo-se no reconhecimento das capacidades para serem as mulheres as líderes da enfermagem”* (Amendoeira, 2006:277).

A mudança do cenário domiciliar do nascimento para o hospitalar fez emergir uma nova cultura de atendimento à mulher parturiente, desvalorizando, muitas vezes, as suas características individuais, emocionais, sociais e culturais e gerando desconforto à mulher e família. A esta nova cultura, Carapinheiro (2005) denominou medicocentrismo e hospitalocentrismo, a qual ainda predomina na organização dos serviços de saúde em Portugal. O crescimento das instituições hospitalares e a medicalização do parto incutiu que *“o lugar mais seguro para o parto é o hospital (...) a protecção natural da grávida passa do marido e da parteira para as mãos do médico”* (Nunes, 2003:262).

A partir da segunda metade do século XX apesar das políticas de saúde conferirem ao cidadão um papel central, assiste-se a uma desvalorização do indivíduo como participante activo do processo de saúde, deixando aos profissionais a vantagem de relações dominantes, caracterizadas essencialmente por desigualdades sociais.

Actualmente defendemos a valorização da saúde e da pessoa, em que esta deve ser o centro da nossa actuação, bem como a relação da pessoa com o seu ambiente. Estes conceitos são apresentados em vários modelos conceptuais de enfermagem ao longo dos tempos, *“todos têm em comum quer o facto de serem centrados no utente como sujeito dos cuidados, numa perspectiva holística, quer na acção do enfermeiro, quer ainda na relação entre este e o utente”* (Ribeiro, 1995:28).

### **3.2. As intervenções de enfermagem na promoção da relação precoce pai-bebé**

O estabelecimento da relação precoce do pai com o filho pode ser influenciado pelas práticas de enfermagem. Fernandes (2004) analisou o que são as *“pequenas coisas”* na prática diária dos enfermeiros que trabalham numa sala de partos recorrendo à Grounded Theory. Da análise dos dados obtidos emergiu, entre outras, a categoria *Promover a relação precoce*, que para a autora retracta as intervenções de enfermagem que procuram fomentar e facilitar o contacto físico entre a tríade mãe-bebé-pai e a família,

através de mostrarem o recém-nascido aos pais e incentivarem-nos a tocar e a falarem com ele.

Porém, Tojal (2001) no seu estudo intitulado “*A relação precoce pai-filho*”, concluiu que as normas institucionais e a informação deficiente dada aos pais interferem negativamente no estabelecimento da relação precoce.

Deste modo, urge a necessidade de reflectir, pesquisar, investigar, na tentativa de alterar atitudes e comportamentos para continuarmos no caminho da melhoria dos cuidados de enfermagem e, assim contribuir para a promoção da relação precoce dos pais com o filho, factor esse essencial para o envolvimento emocional da tríade.

### **O caminho para a mudança**

Na sua pesquisa, Basto (1998) descreve alguns factores associados à mudança de comportamento das enfermeiras, nomeadamente, *factores intrapessoais* (competências/auto-imagem, personalidade/antecedentes familiares, atitudes, conflito do papel de enfermeira, satisfação, stress/“burn-out”); *factores interpessoais e situacionais* (distribuição do trabalho/características da função, identidade grupal, liderança, processamento social da informação, interacção com os doentes, tipo de doentes); *factores posicionais* (estrutura organizacional, controlo do trabalho pelos médicos) e *factores ideológicos* (valores, normas, ideologia cuidar/processo de enfermagem).

A autora concluiu no seu estudo que “*a mudança é gradual, indo dos comportamentos mais próximos dos habituais para os menos conhecidos e de aceitação mais duvidosa*” (Basto, 1998:153), confirmando que a atitude, a norma subjectiva e a intenção de realizar um comportamento são factores mediadores da mudança, tendo por base o modelo teórico de Ajzen & Fishbein.

É verdade que na assistência ao parto assiste-se a uma acelerada evolução, exigindo que os profissionais se adaptem gradualmente à mudança. De um modo insidioso o parto passou a encarar-se como um acto hospitalar para bem da mulher e da criança, onde são necessários recursos materiais e humanos especializados e onde actualmente se promove o mínimo de intervenções e o retorno do nascimento à família e ao domicílio.

Um dos factores que muitas vezes contribui para a resistência à mudança de comportamentos é o défice de conhecimento, pelo que a investigação assume um papel importante.

No entanto, para o enriquecimento do nosso corpo de conhecimentos é necessário que as nossas acções resultem de uma tomada de decisão fundamentada, num pensamento crítico, para dar visibilidade e valorizar a nossa actuação. Assim, é fundamental clarificar o que são cuidados de enfermagem, para poder identificar a sua natureza e distinguirmo-nos dos cuidados médicos, determinando a sua complementaridade (Collière, 1999). O que implica que o profissional seja dotado de competências científicas, técnicas e relacionais que permitam delimitar qual a área de actuação do enfermeiro. Assim, a nossa tomada de decisão deverá ser baseada no pensamento crítico que fomos construindo ao longo do nosso percurso pessoal, académico e profissional.

Pensar criticamente é uma condição essencial à prestação de cuidados de enfermagem competentes. Silva (2000:80), citando Facione, descreve o “*ideal critical thinker*” como: curioso, bem informado, honesto, disposto a reconsiderar, ordenado, diligente na procura de informação, sensato, focalizado na pesquisa e persistente na procura de resultados. No pensamento crítico estão envolvidos um conjunto de capacidades cognitivas, tais como a análise, interpretação, inferência, explanação, avaliação e auto-regulação que permitem melhorar a qualidade do nosso pensamento e conseqüentemente das nossas acções.

Para cuidar do Outro são exigidas ao enfermeiro, qualidades pessoais e qualidades profissionais. As qualidades pessoais são influenciadas pelas suas vivências, crenças, valores e formação, assim como o meio em que ele se insere. As qualidades profissionais são fruto dos conhecimentos de natureza humana, técnicos e científicos que possui e desenvolve ao longo da sua formação e experiência do dia-a-dia.

Para Benner (2005), competência profissional envolve estádios de aquisição de capacidades, (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito) com características próprias que reflectem um acumular de competências até ao final de perito. A autora refere a relação positiva entre o conhecimento, experiência e capacidade para raciocinar e resolver problemas, ou seja, o profissional com mais capacidade e mais disposição para raciocinar e resolver problemas, adquire mais conhecimento e experiência. Esta competência profissional, que Benner descreve é fundamental na assistência à mulher e casal, na sala de partos, pois o enfermeiro com o conhecimento, experiência e capacidade de raciocínio irá contribuir para os cuidados de excelência que preconizamos, sendo necessário reflectir, continuamente, sobre a nossa experiência prática (e não apenas acumular experiência) de forma a adquirir a perícia que caracteriza a arte do perito em enfermagem.

Mediante a complexidade dos cuidados em saúde materna e obstetrícia devemos defender uma interacção harmoniosa entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática de cada uma, mas sim o conhecimento e as competências dos profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que cada mulher e família apresentam, ou seja, não deverá prevalecer o paradigma mecanicista sobre o paradigma humanista, com consequente oposição entre uma visão técnica e uma visão humana.

A visão holística encara a pessoa como um todo, sendo a pessoa mais do que a soma das suas partes, mas sim a sua permanente interacção. O que significa que o corpo e o espírito não podem dissociar-se, dando ênfase à pessoa humana, valorizando o ser humano. É neste valor humanista e nas competências relacionais que devemos basear os nossos cuidados de enfermagem, sem contudo descorar as nossas competências técnicas. Tal como Parreira (2007:19) afirma *“estamos, então, perante a perspectiva de que esta é a verdadeira arte que deixa para trás o tecnicismo puro, desprovido de outro significado, revelando uma prática de cuidar através de um verdadeiro artífice de cuidados, únicos e culturalmente congruentes”*.

Humanizar para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a qual passa para Hesbeen (2001:43) pelo *“acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos naturais, científicos e às competências técnicas”*. O enfermeiro tem de conhecer as necessidades da pessoa a quem presta cuidados, planear e executar intervenções baseadas nas suas capacidades cognitivas e relacionais, de modo a proporcionar o bem-estar do outro. É na sala de partos, que o enfermeiro deve reconhecer a importância desta capacidade, de forma a respeitar a dignidade da pessoa e da família, de modo a delimitar o seu campo de actuação e distinguir os cuidados que dizem respeito à equipa de enfermagem dos restantes profissionais de saúde, com a finalidade de proporcionar cuidados de enfermagem de excelência à tríade mãe-bebé-pai.

### **A promoção da relação precoce do pai com o bebé**

Cuidar em obstetrícia tem um significado relevante: *“é assistir quem gera a vida e dá vida à humanidade”* (Leitão, 1995 citado por Couto, 2003:47). O cuidar no contexto do trabalho de parto coloca o corpo no centro da interacção, segundo a perspectiva dual em que não separa o corpo da mente. Ao falarmos do corpo queremos referir, não só o da mãe, do recém-nascido e do pai, mas também o do prestador de cuidados, porque não é possível tocar e olhar o outro sem, reciprocamente, ser-se tocado e olhado.

O corpo da parturiente, do recém-nascido e do pai não devem ser encarados segundo a visão reducionista do pensamento cartesiano, segundo o qual o corpo seria uma máquina que desenvolveria uma série de mecanismos que daria lugar ao nascimento de outro corpo, o recém-nascido e onde se observam três tipos de corpo: o corpo (o meu corpo), o corpo social e o corpo anatómico. O corpo da mãe, do bebé e do pai devem ser tocados e/ou olhados, tendo em consideração a integração de várias dimensões que o compõem, tais como: a espiritual, social e cultural.

Actualmente o pensamento complexo permite construir um novo conceito de corpo, uma nova concepção de corporeidade, cuja dimensão holística integra todas as componentes da experiência do corpo. Parreira (2007:20) alerta para a dimensão espaço-temporal que o corpo ocupa nas práticas de enfermagem, devendo o enfermeiro atender em simultâneo os *“aspectos biológicos e sociais do ser humano, integrando a experiência do corpo-vivido e do corpo-objecto. Porém, o corpo-objecto, bem como algumas partes do corpo, adquirem significados diferentes de uma cultura para outra. E mesmo dentro da mesma cultura o significado pode variar de acordo com as épocas.”* O corpo vivido representa o passado, o presente e o futuro.

A perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty contribuiu para uma nova concepção do corpo, em que este é o meio de expressão do homem, o qual está em interacção com o mundo e através do qual constrói o seu conhecimento. O corpo fala pela expressão e pela linguagem e transmite afectividade, sensibilidade, valores e também silencia. Para este autor, o cuidar em enfermagem é um processo interactivo, no qual é essencial perceber as dimensões da temporalidade, a importância da linguagem e a expressão contida a partir dos corpos (corporeidade) que interagem connosco, como seres situados no mundo, com toda a história que carregam (Tomey, 2004).

Enquanto pessoa, o corpo ganha dignidade no processo de cuidados, que passam a ser personalizados e humanizados. Watson (2002) considera a este propósito que o cuidar em enfermagem transcende o mundo físico e material, evidenciando o mundo emocional e subjectivo da pessoa.

Durante o processo que conduz ao nascimento, o enfermeiro deve olhar o corpo da tríade como corpo sujeito, valorizando a sua interioridade e individualidade, em vez de usar a lógica do corpo objecto, em que se valoriza a exterioridade, apenas aquilo que é visível objectivamente, para não cair numa despersonalização dos cuidados de enfermagem.

Benner (2005) descreve o cuidar como um compromisso e um envolvimento, de ordem relacional que deve ser inerente à prática de enfermagem. Os cuidados devem enquadrar-se numa perspectiva de ajudar o Outro na sua situação singular, como um ser único, com sua carga emocional, as suas experiências pessoais e vivências. O parto engloba tudo isto, é um momento único para a mulher e para o pai, com toda uma componente cultural, que deve ser conhecida pela equipa de saúde.

A cultura exerce, sem dúvida, uma grande influência na vida familiar e influência também a socialização, as expectativas relativamente aos papéis, os valores que vão condicionar os comportamentos, os pensamentos e inevitavelmente a imensidão de experiências que temos ao longo da vida. Por outro lado, o contexto cultural em que se desenvolve a gravidez deve ser um ponto muito importante a ter em conta, por parte do enfermeiro, pois a parentalidade não tem apenas uma componente biológica, mas é influenciada por outras componentes: social, económica, religiosa, emocional e cultural. Todas as culturas têm normas de comportamento específicas para cada fase do ciclo perinatal, e todas as pessoas esperam que as suas necessidades sejam satisfeitas nos serviços de saúde, incluindo a necessidade de que a sua cultura seja respeitada.

Actualmente com a globalização assistimos a uma sociedade multi-cultural onde a gravidez, o parto e a parentalidade são perspectivados de diversas maneiras de acordo com a cultura dos pais, em que a enfermagem transcultural defendida por Leininger, assume um papel importante para garantirmos a qualidade dos cuidados, que tanto se tem falado nesta década.

Para cuidar do casal e da sua família é imprescindível conhecer a sua cultura de modo a proporcionar um cuidar culturalmente responsável e congruente. A título de exemplo, as filipinas, as méxico-americanas, as vietnamitas e algumas nigerianas, rejeitam o colostro, iniciando a amamentação após a descida do leite. Nesta cultura o colostro é considerado prejudicial e impuro (Bobak *et al*, 2005). Neste contexto Parreira (2007:21) afirma que a etnologia *“veio demonstrar que não há culturas primitivas ou exóticas, raças superiores ou inferiores, mas sim pessoas portadoras de uma cultura com crenças e valores próprios”*.

O cuidar de enfermagem implica o respeito pelo Outro, estar atento às suas necessidades, como diz Hesbeen (2001:23) *“o desempenho dos que cuidam, sejam eles quem forem, implica uma atitude própria, a que permita caminhar com.”* Para este autor, isto implica ir ao encontro do Outro para o acompanhar no restabelecimento e promoção da saúde.

O enfermeiro como elemento de uma equipa de profissionais de saúde, é aquele que passa mais tempo junto da pessoa, logo sem dúvida é aquele que melhor pode identificar as suas necessidades e servir de mediador entre a pessoa e os outros profissionais de saúde. Na sala de partos, a mãe e o pai vivem momentos de alguma instabilidade emocional, tendo preocupações naturais relativamente ao desenvolver do trabalho de parto, dúvidas quanto ao filho idealizado, encontram-se fragilizados e com medo do desconhecido, estando o enfermeiro numa posição privilegiada para ajudar. Para Peplau, o enfermeiro deve promover o desenvolvimento da personalidade do indivíduo através da relação interpessoal (Tomey, 2004). E neste contexto, o enfermeiro irá auxiliar no processo de nascimento de modo a proporcionar uma transição para a parentalidade com sucesso.

Podemos analisar a assistência ao nascimento numa perspectiva biomédica, em que valoriza o recurso à tecnologia, visualiza o corpo como uma máquina, excluindo o pai do momento do nascimento do filho ou numa perspectiva humanista, em que desde que a mãe e o recém-nascido estejam em boas condições clínicas, há o contacto pele a pele precoce entre ambos, em que o bebé permanece em cima do abdómen materno, a laqueação do cordão umbilical poderá ser realizada pela mãe e/ou pai (se assim o desejarem), havendo o contacto visual entre a tríade mãe-bebé-pai. No entanto o que por vezes ainda verificamos, é que após o parto, corta-se o cordão umbilical, ergue-se o recém-nascido para mostrar à mãe e é levado para o berço aquecido, não havendo qualquer interacção entre a tríade, dificultando o seguimento do vínculo precoce que se desenvolve logo após o nascimento.

O enfermeiro tem um papel importante na promoção do primeiro contacto entre o pai e o bebé, assim como no desenvolvimento de uma relação precoce de qualidade. E, as suas intervenções devem desenvolver-se durante a gravidez, o trabalho de parto, nascimento e no puerpério, com o objectivo de favorecer o envolvimento emocional da tríade.

Atendendo a que no último trimestre de gestação, o pai torna-se mais participativo, percebe o seu futuro filho como um indivíduo (Brazelton e Cramer, 2007), este período é um momento de grande receptividade do pai e também da mãe. Pelo que, é nesta altura que é recomendado a iniciação dos cursos de preparação para a parentalidade, onde os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia podem desenvolver com excelência o seu papel. O enfermeiro deve ser um agente dinamizador da aprendizagem, satisfazendo as necessidades e motivações dos pais, para que possam viver a experiência do nascimento do filho na sua plenitude.

Neste sentido torna-se de extrema importância que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia conheça o casal grávido, nas suas expectativas e medos, de modo a poder planear cuidados que auxiliem os pais a atingir uma identidade parental (Lopes e Fernandes, 2005).

A participação do pai nas consultas de vigilância pré-natal e sessões de preparação para a parentalidade devem ser fomentadas pelos profissionais de saúde, e estes não devem centrar as suas acções apenas na mãe e no feto, mas também no envolvimento do pai na gravidez e nascimento do filho. Compete ainda ao enfermeiro ajudar o homem a adaptar-se ao duplo papel de marido e pai, neste processo de mudança na vida familiar.

A participação do pai no trabalho de parto e parto, é tanto mais importante, quanto esclarecido o homem estiver sobre o papel que deve desempenhar e quanto mais seguro se sentir. Figueiredo (2003) descreve o estudo realizado por DeVries *et al* (1993) que mostra que quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões referentes ao parto, bem como nos cuidados imediatos ao recém-nascido, maior é a sua satisfação e o seu envolvimento emocional com o filho. Perante isto, deveremos repensar sobre as práticas de enfermagem quer relacionadas com a mãe quer com o pai.

Na assistência ao trabalho de parto é fundamental a relação de ajuda que o profissional estabelece com o casal para promover o seu envolvimento activo no nascimento do filho. O acto de cuidar exige que o enfermeiro desenvolva competências técnicas e relacionais, onde a sua capacidade de escuta e disponibilidade são de valorizar.

O pai quando entra na sala de partos para acompanhar a mulher em trabalho de parto e assistir ao nascimento do filho deve ser informado sobre o seu papel e sobre a própria dinâmica do serviço, para minimizar os seus receios e ampliar a sua capacidade de apoiar a mulher e de se envolver emocionalmente com o filho.

Após o nascimento o pai tem, pela primeira vez, oportunidade de se relacionar fisicamente com o filho. E, como já vimos é durante os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido que o pai começa esta interacção. A participação dos pais na execução destes cuidados constitui momentos excelentes para os sensibilizar sobre as características e competências dos seus filhos e permitir a interacção física e visual. Esta prática de enfermagem facilita o esclarecimento de dúvidas, diminui os medos do pai para cuidar do filho tornando-o mais confiante, para além de contribuir para que o pai conheça o filho e saiba qual é momento e o modo mais adequado para interagir com ele.

Todas estas intervenções para Seabra-Santos (2001) concorrem para que os pais tenham experiências positivas com o filho e assim reforçar o processo vincutivo do pai em relação ao bebé e favorecer o envolvimento emocional do pai nos cuidados parentais.

A qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe nos primeiros anos de vida, é de importância vital para a sua saúde mental futura. Sendo a relação com a mãe, enriquecida com as relações com o pai e irmãos; que se encontra na base do desenvolvimento harmonioso da personalidade (Bowlby, 1990).

A este respeito, Klaus e Kennel (1993) descrevem o estudo realizado por Lind, no qual se observou que os cuidados parentais com o bebé nos primeiros três meses de vida, aumentavam muito, quando se pediu ao pai que despisse o filho duas vezes e que estabeleceu-se contacto olho-a-olho com ele, por uma hora, durante os primeiros três dias de vida. Os mesmos autores citando Parke, referem que o contacto precoce do pai com o bebé deve ter como finalidade para além de motivar o interesse e sentimentos pelo filho, desenvolver o mesmo tipo de competências no pai, que a mãe desenvolve.

O enfermeiro especialista de saúde materna e obstetria encontra-se numa posição privilegiada para fomentar a relação precoce do pai que assiste ao nascimento do filho, de modo, a auxiliá-lo na interacção com o bebé, avaliar as suas capacidades e características do seu comportamento, bem como, através da sua competência para informar, instruir e treinar os pais nos cuidados que podem prestar ao filho.



**PARTE II:**

---

**FASE METODOLÓGICA**



#### 4. PROPÓSITO DA INVESTIGAÇÃO

Esperar um filho, é um dos acontecimentos mais importantes da vida de um homem e representa um desafio, à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade, pois tal como acontece às mulheres também os homens são afectados pela gravidez e nascimento do seu filho (Brazelton e Carmer, 2007). Colman e Colman (1994:167), acrescentam que *“agora que os homens são encorajados a envolverem-se na gravidez e a assistirem ao parto, estão a acontecer coisas maravilhosas.”* Esta nova concepção de paternidade oferece uma participação activa e emocional ao homem, não somente na gravidez, mas também, no parto e no pós-parto.

Ao longo do presente trabalho abordamos a temática do primeiro contacto pai-bebé, tendo para tal, mergulhado nos saberes de outros autores, por vezes alheios à disciplina de enfermagem, o que enriqueceu o nosso trabalho e conduziu-nos até à nossa questão de partida.

Como vimos, o primeiro contacto pai-bebé é um momento de extrema importância para o desenvolvimento de uma relação precoce de qualidade entre pai e filho. No entanto, esta prática ainda poderá ser mais valorizada pelos profissionais de saúde, realçando a importância das suas intervenções junto dos pais. É de grande importância para os enfermeiros que prestam cuidados, que se questionem sobre a sua prática: porque o fazem, como o fazem e se o que fazem corresponde às necessidades dos pais. Deste modo, contribuímos para o reconhecimento e valorização das múltiplas intervenções de enfermagem que realizamos neste primeiro contacto, quer pelos outros profissionais de saúde quer pelos pais.

Perante os benefícios do contacto precoce pai-bebé, universalmente aceites e inquestionáveis, torna-se urgente reflectir sobre as acções de enfermagem que medeiam esta primeira interacção pai-bebé, imediatamente após o nascimento.

Como vivência o pai o fenómeno do nascimento do filho? Quais são as intervenções de enfermagem que promovem o envolvimento emocional do pai com o bebé? Qual o papel dos profissionais de saúde nesta aproximação afectiva do pai com o filho? Como desejam os pais experimentar o primeiro contacto com o bebé real, diferente do filho que idealizaram durante a gestação? Estas e outras questões surgem relacionadas com o tema proposto a estudar, mas perante a dimensão do assunto iremos restringir este estudo a uma questão, a qual procuramos responder no decurso da investigação.

Desta forma, o que inicialmente eram interrogações e preocupações pessoais relativamente ao tema central, transformou-se num percurso de investigação, conduzindo-nos à formulação da questão de investigação, que segundo Miles e Huberman (1994) facilitam a passagem do quadro conceptual a considerações posteriores, relacionadas com a instrumentalização e análise dos dados, de modo a que possamos levar a cabo os objectivos propostos.

Atendendo que não definimos hipóteses, para precisar o rumo desta investigação, traçamos a seguinte questão de partida: *Quais as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto do pai-bebé, na sala de partos, que promovem o envolvimento emocional, na perspectiva dos pais?*

Todavia, para promover o contacto precoce é necessário atender às necessidades dos pais, que se confrontam com uma situação nova, muitas vezes vivendo sentimentos de ansiedade, medo, angústia e stress devido ao nascimento do filho que idealizaram durante a gravidez. E este primeiro contacto do pai com o filho deve ser analisado, tendo em consideração a cultura e individualidade da pessoa humana, de modo, a proporcionar cuidados de enfermagem verdadeiramente congruentes.

Assim, assume-se como relevante o desenvolvimento do presente estudo pois, sendo a promoção da vinculação um objectivo inerente às práticas de enfermagem com que nos defrontamos diariamente, poderá contribuir para uma melhor compreensão da mesma. É importante, os enfermeiros reflectirem sobre o significado que atribuem aos cuidados de enfermagem, e neste sentido, a investigação assume um papel fulcral, uma vez que permite “melhorar a prática dos seus membros, de modo a que os serviços oferecidos aos seus clientes tenham maior eficácia” (Polit e Hungler, 2004:3).

Esta problemática conduziu-nos à definição dos objectivos da pesquisa, que parafraseando Fortin (2003:40) constituem “(...) enunciados que indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”:

- Conhecer as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto pai-bebé, na sala de partos;
- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o envolvimento emocional dos pais com o filho, na perspectiva dos pais.

Assim, a presente investigação tem como principal finalidade contribuir e cooperar para a adequação das intervenções de enfermagem na sala de partos, que visem o estabelecimento de uma relação precoce de qualidade entre o pai e o bebé.



## 5. METODOLOGIA

Na primeira parte deste trabalho apresentamos alguns conceitos teóricos que foram importantes para orientar o planeamento deste estudo de investigação. Citando Lakatos (2001:110) "*nenhuma pesquisa parte da estaca zero*". O autor acrescenta que alguém já deve ter feito pesquisas iguais ou semelhantes ou complementares à pesquisa que se pretende efectuar.

A revisão bibliográfica permitiu-nos efectuar uma análise profunda, sistemática e crítica acerca de alguns conceitos estritamente relacionados com questões que cruzam o cuidar de enfermagem com a participação do pai no nascimento, o primeiro contacto deste com o filho e a sua contribuição para a promoção de uma relação precoce de qualidade do pai com o filho.

Neste capítulo, passamos a descrever a metodologia usada neste estudo de investigação, que nos conduzirá a uma melhor compreensão do fenómeno. Para Fortin (2003) a metodologia refere-se ao conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de obter resposta para a questão de partida previamente formulada. É através do método científico que o investigador obtém conhecimentos, recorrendo a métodos de colheita de dados, de classificação, de análise e interpretação de dados.

A fase metodológica da investigação é de extrema importância para o processo de aprendizagem e tem de ser conduzida com total rigor científico, de forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados.

## 5.1. Tipo de estudo

As opções metodológicas seguidas neste trabalho resultam do tipo de problema, dos objectivos definidos e de todo o contexto em que o trabalho se realiza. Pelo que, perante a natureza da questão de investigação, *quais as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto do pai-bebê, na sala de partos, que promovem o envolvimento emocional, na perspectiva dos pais*, impôs-se a adopção da metodologia de carácter exploratório-descritivo, de natureza quantitativa.

A pesquisa exploratória proporciona mais informação sobre a problemática das práticas de enfermagem inerentes ao primeiro contacto entre o binómio pai-filho, juntamente com a pesquisa descritiva, na qual os factos são observados, registados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do investigador. Segundo Fortin (2003:161) os estudos descritivos permitem *“obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação.”*

Este tipo de pesquisa tem como principal objectivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias relacionados com as práticas de enfermagem (Lakatos, 2001), de modo, a que a investigação traga novos conhecimentos sobre como proceder nesta primeira interacção, contribuindo para modificar e/ou clarificar conceitos e abrir horizontes para estudos posteriores.

Tal como Wood e Haber (2001:47) afirmam a pesquisa exploratória normalmente não apresenta hipóteses, uma vez que o interesse do investigador centra-se em conhecer melhor o fenómeno, orientando o rumo da pesquisa apenas pela questão de partida. Os autores acrescentam que a partir dos resultados da pesquisa exploratória, o investigador poderá formular hipóteses para pesquisas futuras, denominando este tipo de estudo como *“pesquisa geradora de hipótese”*.

Decidimos realizar o estudo no serviço onde exercemos funções, pelo conhecimento que temos do mesmo e ainda porque necessitamos de conciliar o nosso estudo com o trabalho que nela realizamos. E, principalmente porque interessa-nos utilizar os resultados do estudo para intervir no sentido da melhoria das práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebê no serviço onde trabalhamos.

## 5.2. Amostragem

A selecção dos participantes do nosso estudo, teve em conta o objecto de estudo, pelo que, seleccionamos uma amostra de 32 pais que estiveram presentes na sala de partos, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, entre 13 de Julho a 30 de Outubro de 2009. O tipo de amostragem foi não probabilística accidental, na medida em que os sujeitos do estudo foram seleccionados em função da sua presença num local, num determinado momento (Fortin, 2003).

O estudo contou com a participação dos pais que aceitaram participar e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão pré-estabelecidos:

- Assistir ao nascimento do filho;
- Pais de recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas;
- Índice de apgar do recém-nascido ao 1º minuto de vida > 7;
- Parto eutócico realizado pelo enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia.

A amostragem pode ser avaliada quanto à sua adequação e propriedade. Segundo Morse (1991) citado por Polit e Hungler (2004:239) a adequação diz respeito à *“suficiência e à qualidade dos dados proporcionados pela amostra”*. A propriedade refere-se aos métodos usados para seleccionar a amostra. Uma amostra adequada conduz a resultados com informação rica e completa, em que se atingiu a saturação de dados e uma amostra apropriada *“resulta da identificação e do uso de participantes do estudo que melhor possam suprir informações”*.

O tamanho da amostra da pesquisa deve ser determinado em função da finalidade do estudo e da homogeneidade do fenómeno (Fortin, 2003). O mesmo autor acrescenta que quando se trata de um estudo exploratório é possível recolher informação suficiente através de amostras pequenas e o mesmo se verifica quando estudamos uma população homogénea.

Neste contexto, estabelecemos estudar 32 participantes, dado que o nosso objectivo é conhecer a realidade em causa, sem pretensão de efectuar generalização de resultados a outras populações. Consideramos que embora se verifiquem algumas variações na prestação de cuidados de acordo com o enfermeiro e com as circunstâncias do nascimento, podemos concluir que a nossa população é homogénea, pois as práticas de enfermagem tendem a ser semelhantes no seio da equipa. Por se tratar de uma investigação de natureza académica tivemos em atenção o factor tempo que também contribuiu para determinar o número de participantes, embora tenha sido sempre a nossa

preocupação obter uma amostra suficientemente adequada para detectar diferenças estatísticas e permitir efectuar uma generalização dos resultados apenas para o serviço onde foi desenvolvida a pesquisa.

### **5.3. Instrumentos de colheita de dados**

Os instrumentos de colheita de dados foram construídos tendo em conta os objectivos da presente investigação, os quais estão relacionados directamente com a prática dos cuidados de enfermagem na assistência imediata ao recém-nascido e família.

Para a colheita de dados nesta investigação, recorreremos à observação sistemática do primeiro contacto pai-bebé e à aplicação de um questionário dirigido aos pais, cujo contacto foi observado. Esta abordagem permitiu-nos conhecer as práticas de enfermagem efectuadas no primeiro contacto pai-bebé através da observação e identificar quais dessas práticas é que promovem o envolvimento emocional através do questionário.

Para a construção dos instrumentos de colheita de dados recorreremos à nossa experiência profissional no terreno, à pesquisa bibliográfica e à análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos pais e enfermeiros do serviço, uma vez que desconhecemos a existência de instrumentos que satisfaçam total ou parcialmente os objectivos da nossa pesquisa.

Os métodos de colheita de dados devem ser objectivos e sistemáticos, isto é, os dados não pode ser influenciados e simultaneamente têm de ser recolhidos do mesmo modo por todas as pessoas que estão envolvidas na pesquisa (Wood e Haber, 2001), pelo que passamos a clarificar cada um dos instrumentos utilizados.

No decorrer deste trabalho atendemos aos princípios éticos que regem a investigação. Fortin (2003) descreve cinco direitos fundamentais do ser humano, determinado pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito ao tratamento justo e igual, os quais se baseiam no princípio ético do respeito pela pessoa humana, a qual é autónoma e capaz de decidir se quer ou não participar na investigação.

Antes de iniciar a realização da investigação, foi enviada uma carta à comissão de ética do hospital seleccionado para a aplicação do estudo, a solicitar o seu consentimento. Após a sua autorização foram seguidas as suas orientações quanto à colheita de dados (Anexo I). Os sujeitos do estudo foram informados relativamente ao objectivo do estudo e do anonimato, confidencialidade e privacidade a que este estudo obedece.

### 5.3.1. Entrevistas exploratórias

A realização das entrevistas exploratórias têm como principal objectivo aprofundar conhecimentos acerca do fenómeno em estudo e complementar a informação obtida através da pesquisa teórica (Quivy e Campenhoudt, 2008), assim como da nossa experiência profissional.

Neste sentido, optamos por efectuar entrevistas semi-estruturadas a dois pais e a dois enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, com a finalidade de conhecer as intervenções de enfermagem realizadas no primeiro contacto pai-bebé, reconhecidas pelos pais e defendidas pelos enfermeiros.

Na entrevista semi-estruturada, o entrevistador apresenta o tema a desenvolver e formula questões abertas, de modo a que no final da entrevista os objectivos propostos sejam alcançados (Fortin, 2003).

Durante a realização das entrevistas exploratórias tivemos em consideração as orientações de Quivy e Campenhoudt (2008:74), para quem o entrevistador deve "*fazer o menor número possível de perguntas*", intervindo apenas para recuperar a dinâmica da entrevista ou incentivar o entrevistado a aprofundar determinados assuntos.

Neste estudo, as entrevistas foram realizadas em meio natural, na sala de partos. As entrevistas foram gravadas e os pais assinaram o consentimento informado (Anexo II). Os dados que servem de base ao estudo foram recolhidos mediante a aproximação com a realidade em análise, privilegiando-se um contacto profundo com os indivíduos e suas circunstâncias, no seu ambiente natural. Para isto, contribuiu a nossa experiência profissional neste serviço.

As entrevistas aos pais foram realizadas nas primeiras duas horas após o nascimento, uma vez que a vivência dos pais face ao primeiro contacto com o bebé está mais

presente na memória e será mais fácil de relatar a experiência, pois após este período os pais serão chamados a novas tarefas e onde irão viver novos sentimentos.

As entrevistas realizadas aos enfermeiros foram efectuadas de acordo com a sua disponibilidade e permitiram conhecer quais as práticas que estas consideravam importantes para o envolvimento emocional do pai com o bebé, após o nascimento, através da seguinte questão aberta: *No seu dia-a-dia profissional, quais são as intervenções de enfermagem que implementa na aproximação do pai ao bebé imediatamente após o parto e nas primeiras duas horas de puerpério?*

Aquando da realização das entrevistas, pretendeu-se envolver o pai em todo o processo, com a intenção de criar um ambiente favorável à expressão de sentimentos vividos no primeiro contacto pai-bebé. A questão inicial colocada aos pais foi: *Fale-nos, como foi o primeiro contacto com o seu bebé?*

Ao longo das entrevistas, todos os informantes envolveram-se nas questões, contudo os pais manifestaram mais dificuldade em responder, o discurso era mais lento com períodos de silêncio, transparecendo as emoções que estavam a viver com o nascimento do filho. Por outro lado, no discurso dos enfermeiros as palavras fluíam rapidamente para descrever as acções de enfermagem que consideravam importantes implementar no primeiro contacto pai-bebé. Aos dois enfermeiros que participaram na entrevista foi pedido sigilo relativamente ao objectivo do nosso estudo e não fizeram parte da nossa observação.

As entrevistas tiveram a duração aproximada de 10 minutos e foram gravadas. Posteriormente foi efectuada a transcrição integral e procedemos à análise de conteúdo, segundo Bardin.

A análise de conteúdo envolve um conjunto de tarefas que implicam a organização dos dados colhidos, *“divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspectos importantes e do que deve ser apreendido e da decisão final do que vai ser transmitido”* Bogdam e Biklen (1994:205).

No que se refere à organização da análise, seguimos as propostas de Bardin (2004:89), que preconiza as seguintes fases de análise de conteúdo: pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados e, que para o autor através deste conjunto de técnicas obtemos *“(...)indicadores que permitem a inferência de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.”*

Na fase de pré-análise efectuamos uma leitura flutuante, onde absorvemos as primeiras impressões e sistematizamos as ideias iniciais. Neste contexto, as entrevistas foram lidas na sua íntegra várias vezes, com o intuito de fazer uma apreensão do seu sentido global e mergulhar nas experiências que os sujeitos descrevem.

A segunda fase proposta por Bardin, a exploração de material, proporcionou-nos quadros de referência que permitiu organizar os fragmentos da informação, dando-lhe uma organização lógica. Nesta etapa, foram definidas as categorias e subcategorias que permitiram ordenar a informação recolhida. Em seguida seleccionamos as unidades de registo, que Bardin (2004:98) define como “*unidades de significado a codificar*” e que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base.

A terceira e última fase de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004:101), o tratamento dos resultados obtidos “... *consiste basicamente em tornar significativos os dados que resultaram do processo de tratamento, isto é, dota-los de capacidade de falarem por si.*”

Através da entrevista exploratória recolhemos dados descritivos na linguagem dos pais, que permitiu-nos desenvolver conhecimentos sobre a maneira como os pais interpretam os cuidados de enfermagem aquando o nascimento do filho e como os enfermeiros pensam acerca dos cuidados que prestam.

A tabela n.º 1 apresenta as principais categorias que emergiram da análise de conteúdo, as quais serão descritas em pormenor na operacionalização da grelha de observação.

**Tabela n.º 1:** Categorias identificadas nas entrevistas exploratórias realizadas aos enfermeiros (E1 e E2) e aos pais (P1 e P2).

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<b>Competência técnica</b>		“dar o banho, prestar os primeiros cuidados”E1; “levaram o bebê para a parte da limpeza” P2; “os pais não podem estar lá dentro na sala” P2; “estive a ver enquanto a enfermeira o vestiu” P2.
<b>Competência relacional</b>	Incentivar o contacto visual	“olhe o seu bebê” E1; “ele estar a olhar” P1; “Só o queria ver” P1; “o ver sim!” P2; “primeira preocupação é ver o bebê” P2;
	Incentivar o toque	“pode beijar, pode tocar” E1; “para tocar” E2 ; “ponho o pai a acariciar o bebê” E1; “Querida agarra-lo, segura-lo” P1; “sensação que de pegar é muito boa” P2;
	Informa em pormenor	“explicar tudo” E2; “digo que vou tratar do bebê” E1;
	Emite conselhos	“Nós ensinamos” E2;
	Emite Ordens	“Agora é assim pegue!” E1;
	Emite reforços	“é muito importante o elogiar”E1; “vê afinal até tem muito jeitinho” E1; “Comportou-se muito bem!” E1.
<b>Competência técnico-relacional</b>	Valoriza a participação do pai	“pergunta aos pais se querem cortar o cordão” E1; “quer ser ele mesmo a cortar o cordão” E2;“pedimos a colaboração dele” E2; “perguntaram-me se eu queria cortar o cordão umbilical, pegar nele ao colo” P2;
	Participação do pai	“pai ir ver o banho” E1; “ele a vestir” E2;“ele participar no banho” E2; “pegar nele ao colo” P1;
	Incentiva a aproximação da tríade	“bebê no colinho da mãe” E1; “em contacto pele-a-pele” E2; “digo ao pai para se aproximar” E2; “colinho da mãe, envolvo o pai” E1; “por o bebê à mama e permitimos que o pai ajude” E2; “preferi apreciar a mãe a pegar nele ao colo” P1.

### 5.3.2. Grelha de observação sistemática

Realizamos observação sistemática com o objectivo de conhecer as práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebê, pelo que as práticas de enfermagem foram consideradas a nossa unidade de observação. Para a construção da grelha de observação sistemática contribuiu a nossa experiência profissional no terreno,

o referencial teórico consultado e a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos pais e enfermeiros.

No nosso dia-a-dia profissional, verificamos por vezes algumas diferenças entre aquilo que o profissional faz na prática e aquilo que sabe que deve fazer. Quando o questionamos como actua, este diz-nos que executa os cuidados tal como deveriam ser realizados, havendo mesmo o risco deste profissional não ter consciência da discrepância entre o real e o ideal. Por esta razão, optamos pela observação sistemática.

Para que ocorra observação científica é necessário que as observações sejam realizadas de acordo com os objectivos específicos do estudo e exista um plano sistemático para observar e registar os dados. Wood e Haber (2001) acrescentam ainda que todas as observações devem ser verificadas e controladas, bem como estarem relacionadas com conceitos e teorias científicas. São estas características da observação, enquanto instrumento de recolha de dados, que a distinguem da observação que fazemos no nosso quotidiano profissional, durante a prestação de cuidados de enfermagem.

Quanto ao papel do observador, optamos pela observação não participante dado que assumimos o papel de espectador no contacto com a realidade a ser observada. Como tal, não nos integramos na prestação de cuidados, com o intuito de minimizar a nossa interferência nos cuidados de enfermagem prestados e consequentemente enviesar os resultados da pesquisa. O tipo de observação foi directa, na medida em que o próprio investigador efectuou directamente a recolha das informações (Polit e Hungler, 2004).

Deveremos atender que a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados (Wood e Haber, 2001; Fortin, 2003; Polit e Hungler, 2004). Para minimizar a influência nas práticas de enfermagem devido à nossa presença, foi omitido o objectivo integral do estudo, pelo que apenas explicamos à equipa de enfermagem que estávamos a observar o contacto do pai com o bebé. Com isto pretendemos obter dados mais reais e minimizar a alteração do seu comportamento face à nossa presença, uma vez que os informantes desconheciam o enfoque da nossa observação. Polit e Hungler (2004:265) chama a este acontecimento de *reatividade “problema de distorção de comportamento devido à presença conhecida de um observador”*.

O campo de análise é a sala de partos, da instituição anteriormente referida e a nossa observação irá incidir nas acções de enfermagem inerentes ao primeiro contacto pai-bebé. Consideramos o primeiro contacto pai-bebé o período compreendido entre o

nascimento e as duas horas de puerpério imediato, tempo no qual a tríade mãe-bebé-pai permanecem na sala de partos. Iremos observar os dois primeiros momentos em que o pai contacta com o seu filho. Não estabelecemos limite de tempo para a observação do primeiro momento, na medida em que esta aproximação caracteriza-se por ser habitualmente de curta duração, no contexto em que o estudo está a ser desenvolvido. Porém, dado que o segundo momento de contacto do pai com o bebé é normalmente prolongado, determinamos observar apenas os primeiros dez minutos desse contacto, por verificarmos que é nesse período de tempo inicial onde ocorrem o maior número de intervenções de enfermagem dirigidas ao pai.

Desta forma, definimos como objectivo principal da nossa observação conhecer as práticas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia realizadas nos dois primeiros momentos do primeiro contacto pai-bebé.

A observação é estruturada porque o pesquisador vai a campo com um roteiro previamente elaborado. Isto implica estabelecer, antecipadamente, as categorias necessárias à análise da situação. Para que as categorias sejam estabelecidas adequadamente, é conveniente que o pesquisador realize um estudo exploratório, ou mesmo estudos dirigidos à construção dos instrumentos para registo dos dados Quivy e Campenhoudt (2008).

Os dados observados foram recolhidos com a ajuda de uma grelha de observação para posteriormente facilitar o seu registo, tratamento e análise, assim como, facilitar a observação dos dados essenciais ao objectivo do estudo e minimizar a ocorrência de distorções resultantes da técnica de observação.

Uma vez que trabalhamos no mesmo serviço, o acesso ao grupo esteve facilitado e apenas sentimos necessidade de não revelar os verdadeiros objectivos da pesquisa.

A observação, enquanto instrumento de colheita de dados tem a vantagem de permitir-nos observar e analisar quais as práticas de enfermagem efectuadas no primeiro contacto pai-bebé, para posteriormente, conhecer quais as intervenções que promovem o envolvimento emocional deste binómio, segundo a perspectiva do pai.

### **Operacionalização de categorias**

A observação sistemática ou estruturada implica a construção de um sistema de categorias, o qual descreve de *“modo sistemático, quantitativo, os comportamentos e eventos que emergem de um ambiente”* (Polit e Hungler, 2004:269), permitindo a

descrição precisa dos fenómenos a observar. Este tipo de observação é destinada a responder a propósitos preestabelecidos, ou seja, já se sabe antecipadamente o quê, como e quando se vai observar.

De acordo com a nossa experiência profissional no terreno, o referencial teórico consultado e análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos pais e enfermeiros, construímos a grelha de observação, tendo em consideração as categorias que podem contribuir para o envolvimento emocional pai-bebé (Anexo III).

Para que o preenchimento da grelha obedeça a critérios universais, foram operacionalizadas categorias, das quais ressaltam comportamentos a observar.

Identificamos três categorias para descrever as práticas de enfermagem no que se refere ao primeiro contacto pai-bebé: competências técnicas, competências relacionais e competências técnico-relacionais, conforme apresentado na tabela n.º 2.

**Tabela n.º 2:** Agrupamento das acções de enfermagem por tipo de competências

<b>Competências Técnicas</b>	<b>Competências Relacionais</b>	<b>Competências Técnico-relacionais</b>
Cortar o cordão umbilical Aspiração de secreções Banho do recém-nascido Peso do recém-nascido Administração da vitamina K Aplicação do colírio Colocação da fralda Vestir o recém-nascido	Escuta Emite conselhos Emite ordens Informa em pormenor Incentiva o contacto visual Incentiva o toque ao bebé Emite reforços	Valoriza a capacidade do pai Participação do pai aos cuidados Incentiva a aproximação física da tríade

Por *competências técnicas* consideramos todas as intervenções de enfermagem do domínio do fazer e incluímos nesta categoria todas as acções de enfermagem inerentes aos cuidados imediatos ao recém-nascido descritas nas entrevistas exploratórias, na bibliografia consultada e baseada na nossa experiência profissional, que poderão coincidir com os momentos em que se estabelece o primeiro contacto pai-bebé, tais como: Cortar o cordão umbilical; Aspiração de secreções; Banho do recém-nascido; Peso

do recém-nascido; Administração da vitamina K; Aplicação do colírio; Colocação da fralda e Vestir o recém-nascido.

Por *competências relacionais* entendemos todas as acções de enfermagem relacionadas com o processo de comunicação e com o estabelecimento de uma relação de ajuda com o pai. Nesta categoria foram operacionalizados os seguintes comportamentos a observar:

- **Escuta** – sempre que o enfermeiro se mostra disponível para dialogar com o pai, ouvindo-o e respeitando os momentos de silêncio. Posteriormente, confirma o diálogo.
- **Emite conselhos** – quando o enfermeiro utiliza determinados ensinamentos na tentativa de mudar o comportamento do pai.
- **Emite ordens** – quando o enfermeiro pretende mudança de comportamento, inculcando disciplina.
- **Informa em pormenor** – o enfermeiro explica ao pai os procedimentos técnicos que realiza e o comportamento do recém-nascido, de modo claro e preciso: a) Corte do cordão umbilical; b) Aspiração de secreções; c) Banho do recém-nascido; d) Peso do recém-nascido; e) Administração da vitamina K; f) Aplicação do colírio; g) Colocação da fralda; h) Vestir o recém-nascido; i) Choro; j) Outros.
- **Incentiva o contacto visual pai-bebé** – o enfermeiro estimula o pai a olhar atentamente para o recém-nascido, quer através de indicações verbais ou não verbais.
- **Incentiva o toque ao bebé** - o enfermeiro apela ao pai para tocar, acariciar e/ou pegar no colo o filho, quer através de indicações verbais ou não verbais.
- **Emite reforços** – o enfermeiro elogia a participação/comportamento do pai, quer através de indicações verbais ou não verbais.

Por *competências técnico-relacionais* definimos todas as acções de enfermagem do domínio técnico que poderão ser desenvolvidas pelo pai sob supervisão e auxílio do enfermeiro e as quais implicam sempre o estabelecimento de uma relação de ajuda. Nesta categoria ressaltam os seguintes comportamentos observáveis:

- **Valoriza a capacidade do pai** – o enfermeiro apela para as potencialidades do pai, capacitando-o de: a) Cortar o cordão umbilical; b) Dar o banho ao recém-nascido; c) Colocar a fralda; d) Vestir o recém-nascido; e) Acalmar o recém-nascido.

- **Participação do pai nos cuidados ao recém-nascido** – sempre que o enfermeiro concede as seguintes actividades ao pai, sob a sua supervisão e auxílio: a) Corta o cordão umbilical; b) Banho do recém-nascido; c) Coloca a fralda; d) Veste o recém-nascido; e) Acalma o recém-nascido; d) Pega ao colo o recém-nascido.
- **Incentiva a aproximação física da tríade** – sempre que o enfermeiro estimula o envolvimento físico do pai durante as seguintes acções: a) contacto do recém-nascido no ventre materno; b) amamentação.

A construção da grelha de observação sistemática constituiu um longo processo de aprendizagem. Primeiro elaboramos a grelha de observação, operacionalizamos cada uma das suas categorias e interiorizamos o seu significado para facilitar a observação e torná-la mais rigorosa e fiável. Depois de aplicar a grelha de observação sentimos a necessidade de alterar a forma como estavam dispostas as categorias na grelha, pois durante a observação o investigador tinha a percepção das competências que predominavam nas acções do enfermeiro observado, ou seja, se este valorizava mais as competências técnicas ou relacionais nas suas práticas. Neste contexto, para minimizar a influência que esta constatação poderia imprimir no observador, decidimos colocar a categoria a observar segundo uma sequência aleatória, independentemente se eram relacionais, técnicas ou técnico-relacionais.

### 5.3.3. Questionário

Durante a realização das entrevistas exploratórias constatamos que os pais experimentam múltiplas emoções com o nascimento do filho que os impede de falar especificamente sobre as acções de enfermagem que consideram importantes para a promoção do envolvimento emocional com o filho.

Perante isto, optamos por recorrer à aplicação de um questionário em vez da entrevista semi-estruturada prevista no nosso projecto de investigação. Esta escolha permite reconhecer nas respostas do pai a importância que atribuiu aos cuidados de enfermagem inerentes ao primeiro contacto com o filho, sem que despenda muito tempo longe deste. Para Fortin (2003:249) o questionário permite “*organizar, normalizar e controlar os dados*” de acordo com os objectivos do estudo, de modo rigoroso e com melhor controlo de enviesamentos, limitando o sujeito às questões formuladas.

O questionário foi elaborado por nós, uma vez que desconhecemos a existência de um questionário que desse resposta aos nossos objectivos. A sua construção foi baseada na reflexão que a grelha de observação sistemática nos suscitou e recolhe informação relativamente aos dados paternos, às acções de enfermagem que os pais identificaram como realizadas e à importância atribuída a cada uma delas para a promoção do envolvimento emocional.

As questões incidem directamente no objectivo do nosso estudo, uma vez que nos permite conhecer quais as práticas de enfermagem implementadas e identificar quais dessas práticas contribuem para o envolvimento emocional do pai com o filho, na sua opinião (Fortin, 2003).

Após a construção do questionário e discussão com a nossa orientadora, aplicámos os questionários para avaliar se as questões eram compreendidas pelos pais. Após análise sentimos necessidade de substituir o conceito envolvimento emocional por um termo mais acessível à compreensão dos pais (aproximação afectiva com o bebé). Em simultâneo alterámos também a formulação das questões e a sua sequência para evitar que os pais fossem induzidos a responder o que julgam ser o mais adequado.

Dado que foram efectuadas mudanças significativas no questionário, decidimos aplicar um segundo pré-teste, onde pudemos avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento de colheita de dados (Fortin, 2003).

O questionário é constituído por uma breve apresentação do estudo aos pais e quatro grupos de questões, como podemos ver no Anexo IV.

O grupo I é composto por 6 questões fechadas, onde obtemos informações referentes aos dados paternos que nos permitem caracterizar a amostra, tais como a idade, a etnia, a escolaridade, frequência de aulas de preparação para o parto, se é o primeiro filho ou se assistiu ao nascimento dos filhos anteriores.

Do grupo II fazem parte 8 questões fechadas de resposta dicotómica (Sim/Não), contendo no total 29 itens e que têm como objectivo reconhecer as acções de enfermagem que os pais identificaram, aquando o nascimento do filho. A análise destes dados permitirá confrontar os dados obtidos através da observação sistemática, a qual também nos deu a conhecer quais as práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé e que foram por nós observadas. Cada item foi agrupado em

categorias por tipo de competência técnico-relacional ou relacional, conforme descrito na tabela n.º 3.

**Tabela n.º 3:** Agrupamento das questões do grupo II por tipo de competências de enfermagem

Categoria	<b>Questões do Grupo II</b> <i>Práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais</i>
	<i>A enfermeira sugeriu que</i>
<b>Competência Técnico-relacional</b> <i>Valoriza a capacidade do pai</i>	G1 - colocasse a fralda ao seu bebé G2 - cortasse o cordão umbilical G3 - vestisse o seu bebé G4 - desse banho ao seu bebé G5 - acalmasse o seu bebé
<b>Competência Relacional</b> <i>Incentiva o toque</i>	G6 - tocasse ou pegasse no seu bebé
	<i>A enfermeira explicou em pormenor sobre:</i>
<b>Competência Relacional</b> <i>Informa em pormenor</i>	H1 - o banho do seu bebé H2 - o corte do cordão umbilical H3 - a injeção que foi dada ao seu bebé H4 - as gotas que foram aplicadas nos olhos do seu bebé H5 - a colocação da fralda do seu bebé H6 - como vestir o seu bebé H7 - a aspiração de secreções H8 - o peso do seu bebé H9 - o choro do seu bebé
	<i>A enfermeira incentivou a:</i>
<b>Competência Técnico-relacional</b> <i>Incentiva a aproximação física da tríade</i>	I1 - auxiliar a mãe a amamentar o seu bebé I2 - aproximar-se do bebé quando estava em cima da barriga da mãe
<b>Competência Relacional - Incentiva o olhar</b>	I3 - olhar para o seu bebé através de gestos I4 - olhar para o seu bebé através de indicações verbais
	<i>Com a supervisão e ajuda da enfermeira, o pai:</i>
<b>Competência Técnico-relacional</b> <i>Participação do pai nos cuidados</i>	J1 - cortou o cordão umbilical ao seu bebé J2 - colocou a fralda ao seu bebé J4 - vestiu o seu bebé J5 - acalmou o choro do seu bebé J6 - tocou ou pegou ao colo o seu bebé
	<i>A enfermeira:</i>
<b>Competência Relacional – Disponibilidade</b>	K - Mostrou-se disponível para o ajudar
<b>Competência Relacional – Emite Reforços</b>	L – Elogiou a sua participação
<b>Competência Relacional – Emite Conselhos</b>	M – Deu-lhe conselhos para cuidar do seu bebé
<b>Competência Relacional – Emite Ordens</b>	N – Deu-lhe ordens para cuidar do seu bebé

O grupo III é constituído por 15 questões fechadas, num total de 40 itens cujas respostas se posicionam numa escala de Likert de cinco pontos. Com estas questões pretendemos conhecer a importância que os pais atribuem a cada acção de enfermagem (realizada ou não) para a promoção do envolvimento emocional com o filho, durante o período de nascimento. Neste contexto, são enumeradas as acções de enfermagem previstas na grelha de observação e é solicitado ao pai que atribua uma classificação de acordo com o nível de importância, que considera adequar-se à sua opinião (nada importante, pouco importante, importante, muito importante e extremamente importante). Cada item foi agrupado em 15 dimensões das práticas de enfermagem: *Corte do cordão umbilical; Colocar a fralda; Peso do bebé; Acalmar o choro do bebé; Banho do bebé; Vestir o bebé; Administrar vitamina K; Tocar e acariciar o bebé; Aspiração de secreções; Olhar o bebé; Pegar ao colo o bebé; Aplicar colírio; Contacto pele-a-pele no ventre materno; Amamentação e Características do enfermeiro*. Cada uma das dimensões identificadas refere-se à média aritmética dos itens que as constituem, conforme apresentado na tabela n.º 4.

**Tabela n.º 4:** Agrupamento das questões do grupo III por tipo de dimensão da prática de enfermagem

<b><i>Dimensão prática de enfermagem</i></b>	<b><i>Questões do grupo III</i></b> <i>Práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais</i>
<i>Corte do cordão umbilical</i>	1. Em relação ao corte do cordão umbilical, o pai deve: 1.1. ser informado em pormenor 1.2. ser incentivado a cortar 1.3. cortar o cordão com supervisão e ajuda da enfermeira
<i>Colocar a fralda</i>	2. Em relação a colocar a fralda ao bebé, o pai deve: 2.1. ser incentivado a colocar a fralda 2.2. colocar a fralda com supervisão e ajuda da enfermeira 2.3. ser informado em pormenor
<i>Peso do bebé</i>	3. Em relação ao peso do bebé, o pai deve: 3.1. ser informado em pormenor
<i>Choro do bebé</i>	4. Em relação ao choro do bebé, o pai deve: 4.1. ser incentivado a acalmar o seu bebé 4.2. ser informado em pormenor sobre o choro do bebé 4.3. deve acalmar o seu bebé

<b>Dimensão prática de enfermagem</b>	<b>Questões do grupo III</b> <i>Práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais</i>
<i>Banho do bebé</i>	<p>5. Em relação ao banho do bebé, o pai deve:</p> <p>5.1. ser informado em pormenor</p> <p>5.2. dar o banho ao bebé com supervisão e ajuda da enfermeira</p> <p>5.3. ser incentivado a dar o banho</p>
<i>Vestir o bebé</i>	<p>6. Em relação ao vestir o bebé, o pai deve:</p> <p>6.1. ser incentivado a vestir o bebé</p> <p>6.2. vestir o bebé</p> <p>6.3. ser informado em pormenor</p>
<i>Administração de Vitamina K</i>	<p>7. Em relação à injeção que foi dada ao seu bebé, o pai deve:</p> <p>7.1. ser informado em pormenor</p> <p>7.2. estar presente, junto ao bebé</p>
<i>Tocar e acariciar o bebé</i>	<p>8. Em relação ao tocar e acariciar, o pai deve:</p> <p>8.1. tocar e acariciar o seu bebé</p> <p>8.2. ser informado em pormenor sobre a sua importância</p> <p>8.3. ser incentivado a tocar e acariciar o seu bebé</p>
<i>Aspiração de secreções</i>	<p>9. Em relação à aspiração de secreções do seu bebé, o pai deve:</p> <p>9.1. estar presente junto do bebé</p> <p>9.2. ser informado em pormenor</p>
<i>Olhar para o bebé</i>	<p>10. Em relação ao olhar para o seu bebé, o pai deve:</p> <p>10.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância</p> <p>10.2. olhar atentamente para o seu bebé</p> <p>10.3. ser incentivado a olhar atentamente para o seu bebé</p>
<i>Pegar ao colo o bebé</i>	<p>11. Em relação ao pegar ao colo o bebé, o pai deve:</p> <p>11.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância</p> <p>11.2. pegar ao colo o seu bebé</p> <p>11.3. ser incentivado a pegar ao colo o seu bebé</p>
<i>Aplicação do colírio</i>	<p>12. Em relação às gotas que foram aplicadas no olhos do seu bebé, o pai deve:</p> <p>12.1. estar presente junto do bebé</p> <p>12.2. ser informado em pormenor</p>

<b>Dimensão prática de enfermagem</b>	<b>Questões do grupo III</b> <i>Práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais</i>
<i>Contacto pele-a-pele no ventre materno</i>	13. Em relação ao contacto pele-a-pele do bebé com a barriga da mãe, o pai deve: 13.1. ser incentivado a aproximar-se do bebé e da mãe 13.2. ser informado sobre a sua importância 13.3. manter-se junto do bebé e da mãe
<i>Amamentação</i>	14. Em relação à amamentação, o pai deve: 14.1. auxiliar a mãe a amamentar o seu bebé 14.2. ser informado sobre a importância em auxiliar a mãe na amamentação
<i>Características do enfermeiro</i>	15. Para facilitar a sua aproximação com o bebé é essencial: 15.1. a disponibilidade da enfermeira 15.2. a enfermeira ensinar o pai a cuidar do seu bebé 15.3. a enfermeira elogiar a participação do pai nos cuidados ao seu bebé.

No grupo IV apresentamos uma questão aberta que permite ao pai descrever outras acções de enfermagem que considere favoráveis para o envolvimento emocional com o filho, estimulando a liberdade da sua resposta (Fortin, 2003). Para análise e tratamento destas respostas recorreremos à análise de conteúdo, segundo Bardin.

O questionário foi entregue aos pais quando estes ficaram a sós com a mãe e o bebé durante as primeiras duas horas após o parto, tendo sido explicado o objectivo do estudo e o que significava a aproximação afectiva com o filho. Tal como na realização da entrevista exploratória, consideramos conveniente o preenchimento do questionário neste momento próximo do primeiro contacto com o bebé, pois parece-nos que o auxiliará a reviver com mais exactidão o que realmente aconteceu aquando o nascimento do filho.

#### 5.4. Tratamento de dados

A análise estatística dos dados relativos à grelha de observação sistemática e ao questionário utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® for Windows*, versão 16.0.

Para efectuarmos a análise dos dados da grelha de observação e do grupo II do questionário, agrupamos as intervenções de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé em categorias (competências técnicas, relacionais e técnico-relacionais), conforme descrito anteriormente.

Para analisar os dados recolhidos através do grupo III do questionário, consideramos relevante agrupar as questões em dimensões das práticas de enfermagem que os pais valorizam, como precursoras do envolvimento emocional com o filho. Cada uma das dimensões identificadas referem-se à média aritmética dos itens que as constituem, conforme descrito anteriormente.

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas; frequências relativas; estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, de forma a confirmar a fiabilidade das dimensões relativas à interpretação dos itens da escala psicométrica utilizada no Grupo III, foi testada a consistência interna de cada dimensão utilizando o *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ) e calculados os valores (scores) determinados pela média (não ponderada) das classificações dos itens por dimensão. Posteriormente, foi realizada uma análise de correlação entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman*.

Por fim, após avaliação da assimetria e da curtose (através dos respectivos coeficientes), e da normalidade dos factores (por aplicação do teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov-K-S*, com correcção de Lilliefors), atendendo a que os pressupostos de normalidade não foram verificados e devido à pequena dimensão dos grupos em análise, procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos. Para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, utilizou-se os testes de *Mann-Whitney* e *Kuskal-Wallis* sempre que se apresentavam, dois ou mais do que dois grupos à comparação,

respectivamente. Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par-a-par, aplicando o teste de *Mann-Whitney*. De igual modo, para grupos dependentes ou relacionados, repetiu-se o procedimento por aplicação do teste não paramétrico de *Wilcoxon* (Pestana e Gageiro, 2008).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %, excepto quando devidamente assinalado.

### **Estudo de fiabilidade do questionário**

Para determinar a fiabilidade do questionário aplicado, foi utilizado o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), que constitui uma das medidas mais utilizadas em verificações de consistência interna de um grupo. A consistência interna define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos (Bryman e Cramer, 1992).

Para Pestana e Gageiro (2008) o alfa de Cronbach traduz a variabilidade nas respostas, a qual depende das diversas opiniões dos próprios participantes. O alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, e para estes autores a consistência interna considera-se:

- Muito boa: superior a 0,9
- Boa: entre 0,8 e 0,9;
- Razoável: entre 0,7 e 0,8;
- Fraca: entre 0,6 e 0,7;
- Inadmissível: inferior 0,6.

Dado que o instrumento de recolha de dados foi elaborado por nós, não podemos comparar a sua consistência interna com outros questionários já aplicados. Por esta razão o nosso objectivo era obter um valor, tanto quanto possível, superior a 0,7 (razoável), segundo a classificação dos autores anteriormente citados.

Para calcular o coeficiente de alfa de Cronbach optamos por agrupar as competências relacionais e técnico-relacionais do grupo II, uma vez que existiam algumas intervenções de enfermagem, nomeadamente o incentivar o toque, escuta, emitir reforços, emitir conselhos e ordens que são avaliadas no questionário por apenas um item, cujos valores são apresentados na tabela n.º 5.

**Tabela n.º 5:** Valores de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a consistência interna relativas às competências de enfermagem

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>GRUPO II</b>
	<i><math>\alpha</math></i>
<i>Relacional</i>	0,830
<i>Técnico-relacional</i>	0,747

No grupo II do questionário verificamos uma boa consistência interna da escala quanto às Competências Relacionais ( $\alpha=0,830$ ) e razoável homogeneidade em relação às Competência Técnico-Relacionais ( $\alpha=0,747$ ).

Ao analisarmos o coeficiente de alfa de Cronbach de algumas intervenções de enfermagem separadamente, no grupo II verificamos uma boa consistência interna na **Competência Relacional – Informar em pormenor** ( $\alpha=0,807$ ) e uma homogeneidade razoável, **Categoria Relacional – Incentiva o contacto visual** ( $\alpha=0,789$ ) e na **Categoria Técnico-Relacional – Valoriza a capacidade do pai** ( $\alpha=0,758$ ).

Assim, com o objectivo de avaliar a consistência interna das respostas do grupo III, calculamos o coeficiente de alfa de Cronbach para cada uma das dimensões das práticas de enfermagem, como podemos analisar na tabela n.º 6.

Relativamente ao grupo III, verificamos que os valores da consistência interna (*alpha de Cronbach*) para o total das dimensões das práticas de enfermagem é muito bom ( $\alpha=0,92$ ) e para a maioria das dimensões é bom, variando entre 0,87 (boa consistência) e 0,67 (consistência aceitável).

**Tabela n.º 6:** Valores de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para a consistência interna relativas às dimensões das práticas de enfermagem

<i>Dimensões das práticas de enfermagem</i>	$\alpha$
<b>Total</b>	<b>0,92</b>
materno	
Pegar ao colo	0,76
Contacto pele-a-pele no ventre	0,83
Tocar e acariciar	0,84
Amamentação	0,85
Choro do bebé	0,79
Olhar para o bebé	0,91
Características do enfermeiro	0,87
Corte do cordão umbilical	0,77
Injecção que foi dada ao bebé	0,67
Peso do bebé	1,00
Colocar a fralda	0,82
Gotas que foram aplicadas nos olhos	0,76
Aspiração de secreções	0,80
Banho do bebé	0,84
Vestir o bebé	0,86

**PARTE III:**



**RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO**



## **6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

O presente capítulo visa apresentar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Em primeiro lugar fazemos uma caracterização objectiva da amostra, com a finalidade de clarificar as características dos participantes do estudo. Segue-se a análise descritiva dos resultados, para facilitar a leitura e apreciação dos dados obtidos, na qual se realça os resultados de maior significado e os que se relacionam com os objectivos da investigação. Posteriormente estudamos as possíveis relações existentes entre as variáveis.

### **6.1. Caracterização dos participantes**

A amostra foi constituída por 32 pais que reúnem os critérios de inclusão no estudo, apresentados anteriormente, a qual passamos a descrever em relação à idade, etnia, nível de escolaridade, condição de pai e frequência de aulas de preparação para a parentalidade, conforme a tabela n.º 7.

Da observação da tabela seguinte, apuramos que os pais que constituem a amostra tinham, em média, 31,8 ( $\pm$  6,8) anos de idade, variando entre os 20 e os 51 anos, tendo 43,8 % dos inquiridos idades inferiores aos 30 anos e 34,4 % idades compreendidas entre 30 e 35 anos. Mais de metade dos pais inquiridos tinham como habilitação académica o ensino básico (56,3 %), cerca de 28,1 % o ensino secundário e apenas 15,6 % o ensino superior (bacharelato/licenciatura).

Todos os participantes do estudo eram de raça caucasiana.

Em relação à condição de pai, pretendemos identificar se os inquiridos estão a assistir ao nascimento do primeiro filho ou se já tinham acompanhado o nascimento do filho anterior.

A maioria dos pais que constituem a amostra, estava a assistir ao nascimento do primeiro filho (59,4 %). Verificamos que dos pais com filhos anteriores (n=13) apenas 5 destes tinham assistido ao nascimento do outro filho.

Por fim, aferimos que a maioria dos pais inquiridos não frequentou sessões de preparação para a parentalidade (65,6 %).

**Tabela n.º 7:** Características da amostra recolhida (n = 32).

<i>Grupo I - Caracterização da amostra</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Idade</i>		
< 30 anos	14	43,8
30 a 35 anos	11	34,4
> 35 anos	7	21,9
Total	32	100,0
Média ( $\pm$ dp)	31,8 ( $\pm$ 6,8) anos	
Amplitude	20 a 51 anos	
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Básico	18	56,3
Secundário	9	28,1
Bacharelato/Licenciatura	5	15,6
Total	32	100,0
<i>Primeiro Filho</i>		
Sim	19	59,4
Não	13	40,6
Total	32	100,0
<i>Assistiu ao nascimento do filho anterior</i>		
Sim	5	38,46
Não	8	61,54
Total	13	100,0
<i>Preparação para a parentalidade</i>		
Sim	11	34,4
Não	21	65,6
Total	32	100,0

## 6.2. Práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé

Para conhecermos as práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé analisamos os dados obtidos a partir da grelha de observação sistemática e do grupo II do questionário. Desta forma, obtemos informação relativa às intervenções de enfermagem que nós observamos e às práticas que os pais reconhecem como implementadas, respectivamente.

### Práticas de enfermagem observadas

Durante a observação das práticas de enfermagem inerentes ao primeiro contacto pai-bebé, verificamos que imediatamente após o nascimento há um primeiro momento em que o pai contacta com o seu filho, a que nós chamamos de observação A. Em seguida ocorrem os cuidados imediatos ao recém-nascido, numa sala longe do campo visual dos pais, para posteriormente o recém-nascido voltar a juntar-se à mãe e ao pai. Para este segundo momento de contacto pai-bebé (observação B) definimos observar os primeiros 10 minutos em que ocorre o contacto.

O tempo médio de separação entre o pai e o bebé após o nascimento foi de 15,58 minutos ( $\pm 8,265$ ), verificando que o tempo mínimo foi de um minuto (quando o pai foi convidado a participar nos cuidados ao filho imediatamente após o nascimento). Convém salientar ainda que o tempo máximo foi de 34 minutos.

No anexo V apresentamos uma tabela sumária dos resultados da observação, na qual podemos analisar as frequências relativas das acções de enfermagem observadas.

Em relação à **Categoria Competência Técnico-relacional - Valorização dos pais** apuramos que os enfermeiros sugeriram a 37,5% dos pais que cortassem o cordão umbilical e a 21,9% que acalmassem o filho. Nenhum enfermeiro valorizou a capacidade do pai em participar no primeiro banho do filho, sendo que 6,3% solicitou a colaboração do pai na colocação da fralda e vestuário.

Na **Categoria Competência Técnico-relacional - Participação dos pais nos cuidados** constatamos que 28,1% dos pais inquiridos cortou o cordão umbilical, 50% acalmou o bebé e 84,4% pegou ao colo o filho, durante a nossa observação. Foi verificado ainda que nenhum pai participou no banho, nem no vestir do filho e apenas 3,1% colaboraram na colocação da fralda.

No que observamos referente à **Categoria Competência Técnico-relacional - Incentiva a aproximação da tríade** verificamos que 71,9% dos pais foi estimulado a permanecer junto da mãe enquanto o bebé estava no seu ventre após o parto. Constatamos que no nosso primeiro momento de observação apenas 31,3% dos enfermeiros proporcionaram este tipo de contacto, ocorrendo a maioria no nosso segundo momento de observação (68,8%). Durante o período em que decorreu a nossa observação nenhum pai foi incentivado participar na amamentação do filho.

Da análise das frequências relativas das acções de enfermagem observadas relativamente às **Categoria Competências Relacionais - Informar em pormenor**, verificamos que 28,1% dos pais foram informados em pormenor sobre o corte do cordão e sobre o choro do bebé. Os inquiridos foram informados sobre a aplicação do colírio (15,6%) com mais frequência do que em relação à administração da vitamina K (12,5%) e aspiração de secreções (3,1%). Constatamos que os enfermeiros informaram 40% dos pais sobre o peso do bebé, durante a nossa observação. Também podemos atestar que a informação sobre o banho (6,3%), vestir (6,3%) e colocar a fralda (12,5%) ao recém-nascido são as acções menos implementadas nesta categoria, tal como se verifica também na **Categoria Competência Técnico-relacional - Valorização dos pais** para estas acções (dar banho, colocar a fralda e vestir o bebé).

Na **Categoria Competência Relacional – Escuta** verificamos que esta intervenção ocorreu em 9,4% dos casos observados. Costatamos que o enfermeiro *Emite conselhos* e *Ordens* a 28,1% e 25% dos pais observados, respectivamente e que, 37,5% do inquiridos receberam elogios relativamente às suas competências parentais através de indicações verbais e 12,5% através de indicações não verbais (*Emite Reforços*).

Na análise das frequências da **Categoria Competências Relacionais – Incentiva o contacto visual** e o *toque* verificamos que os enfermeiros valorizam nas suas práticas o favorecer o contacto visual pai-bebé através de indicações verbais (84,4%) e não verbais (81,2%), assim como fomentam que o pai toque no filho após o nascimento através de indicações verbais (81,2%) e não verbais (62,5%).

Ao compararmos os dois momentos de observação (A e B), concluímos que no primeiro momento após o nascimento, os enfermeiros tendem a privilegiar o contacto visual pai-bebé em relação ao contacto físico, tal como sugere a leitura da tabela n.º 8.

**Tabela n.º 8:** Frequência relativas à **Categoria Competências Relacionais – Incentiva o contacto visual** e o *toque* nos dois momentos de observação

Acções de enfermagem		Momento	
		A (%)	B (%)
<i>Incentiva o toque</i>	Indicação verbal	34,4	65,6
	Indicação não verbal	40,6	59,4
<i>Incentiva o contacto visual</i>	Indicação verbal	75	56,3
	Indicação não verbal	71,9	43,8

A análise das frequências da **Categoria Competência Técnica** sugere-nos que a acção de enfermagem que o enfermeiro realiza predominantemente na presença do pai, diz respeito ao corte do cordão umbilical (71,9%), sendo as restantes intervenções maioritariamente realizadas longe do campo visual dos pais. Verificamos que o contacto do pai-bebé ocorre em número reduzido durante a concretização dos seguintes procedimentos efectuados pelo enfermeiro: aspiração de secreções (6,3%), banho (9,4%), pesar o recém-nascido (9,4%), colocar a fralda (9,4%), aplicação de colírio (12,5%) e administração de vitamina K (12,5%).

Na tabela n.º 9 estão representadas as estatísticas descritivas relativas ao número total de unidades de observação para as acções de enfermagem (momento A e B) com maior número médio de ocorrências (média > 1).

Em relação a estas acções de enfermagem verificamos que quando são implementadas pelo enfermeiro, ocorrem em média mais do que uma vez. Deste modo apuramos que a **Categoria Competência Relacional - Emite Reforços Verbais**, quando realizada, ocorre em média 1,8 vez em cada observação e a **Categoria Competência Relacional - Incentiva o contacto visual Pai-Bebé - Não Verbal** aparece em média 1,4 vez em cada observação.

**Tabela n.º 9:** Estatísticas descritivas relativas ao número total de unidades de observação por acção de enfermagem (ordenadas por ordem decrescente da média).

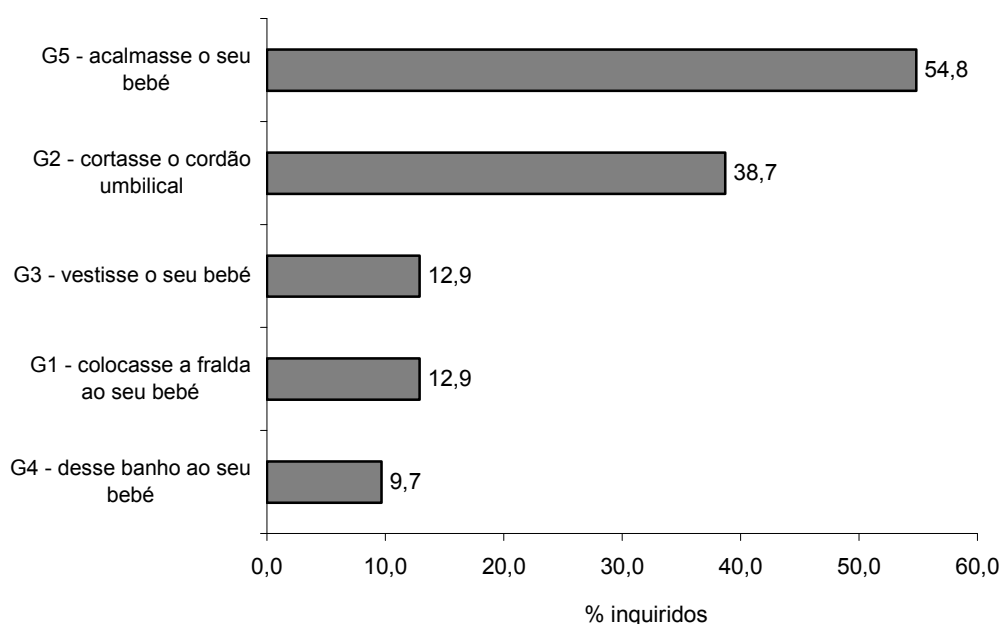
<b>Acções de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Relacional - Emite Reforços Verbais</b>	12	1,8	1,2	1,0	5,0
<b>Relacional - Emite Reforços Não Verbais</b>	4	1,5	1,0	1,0	3,0
<b>Relacional - Incentiva o toque - Não Verbal</b>	20	1,5	0,6	1,0	3,0
<b>Relacional - Incentiva o toque - Verbal</b>	26	1,5	0,8	1,0	4,0
<b>Relacional - Incentiva o contacto visual Pai-Bebé - Não Verbal</b>	26	1,4	0,5	1,0	2,0
<b>Técnico-Relacional - Incentiva a aproximação física da tríade - ventre materno</b>	23	1,4	0,5	1,0	2,0
<b>Relacional - Emite Ordens</b>	8	1,4	1,1	1,0	4,0
<b>Relacional - Incentiva o contacto visual Pai-Bebé - Verbal</b>	27	1,3	0,5	1,0	2,0
<b>Relacional - Escuta</b>	3	1,3	0,6	1,0	2,0

### Práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais

Pretendemos conhecer as práticas de enfermagem reconhecidas pelos pais ao longo de toda a sua permanência na sala de partos, tendo por base análise do grupo II do questionário: “Ao participar no nascimento do seu bebé teve a oportunidade de estabelecer o primeiro contacto com ele. Gostaríamos que relembrasse o que aconteceu durante a sua permanência na sala de partos e assinale com um X, a resposta que melhor se adequa”.

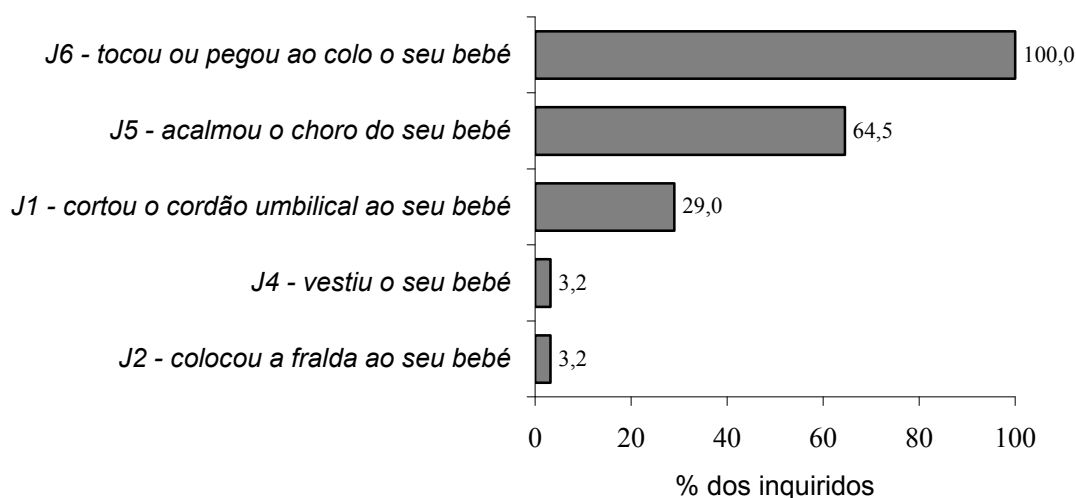
Pela análise do gráfico n.º 1, verificamos que relativamente à **Categoria Competência Técnico-Relacional - Valoriza a capacidade do pai**, as acções de enfermagem mais frequentes foram para que o pai: “acalma-se o seu bebé” (54,8 %) e “corta-se o cordão umbilical (38,7 %).

**Gráfico n.º1: Categoria Competência Técnico-Relacional - Valoriza a capacidade do pai**



Pela análise do gráfico n.º 2 podemos constatar que todos os pais “tocaram ou pegaram ao colo o seu bebé” (100 %) e que 64,5% “acalmaram o choro do seu bebé”. Ainda em relação à **Categoria Competência Técnico-Relacional – Participação dos pais nos cuidados** verificamos que nenhum pai participou no primeiro banho do recém-nascido e que 29% dos pais cortaram o cordão umbilical com supervisão e auxílio do enfermeiro.

**Gráfico n.º 2: Categoria Competência Técnico-Relacional – Participação dos pais nos cuidados**



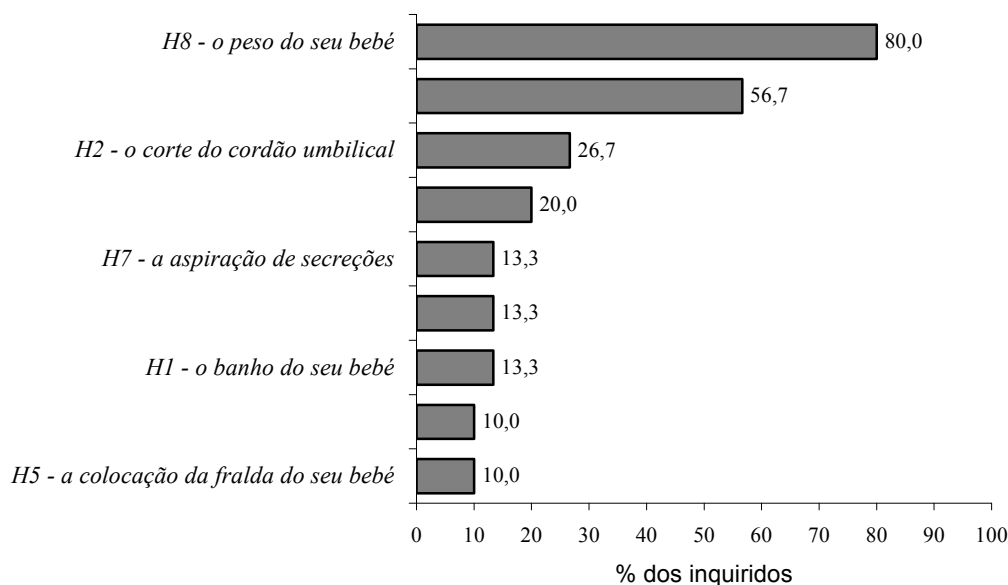
Na **Categoria Competência Técnico-Relacional – Incentiva a aproximação física da tríade**, verificamos que 85% dos pais inquiridos considera que o enfermeiro incentivou-o a aproximar-se do bebé enquanto este estava em cima do ventre materno e 77% reconhece que o enfermeiro o envolveu no processo de amamentação, ao longo da sua permanência na sala de partos, como podemos analisar na tabela n.º 10.

**Tabela n.º 10: Categoria Competência Técnico-Relacional – Incentiva a aproximação física da tríade**

Competência Técnico-Relacional	% inquiridos
<i>Incentiva a aproximação física da tríade</i>	
Contacto no ventre materno	85
Amamentação	77

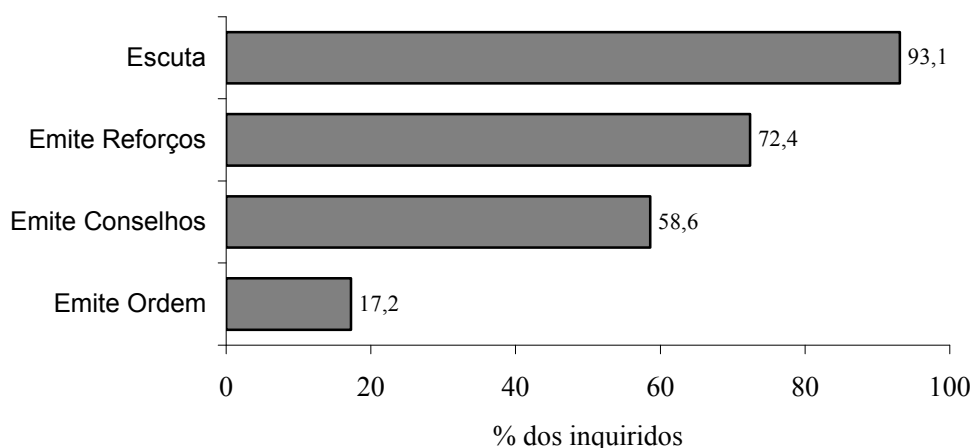
Quanto à **Categoria Competência Relacional – Informa em pormenor**, os pais reconheceram que as informações fornecidas pelos enfermeiros mais frequentes são acerca do peso (80 %) e choro do bebé (56,7 %), como podemos analisar no gráfico n.º 3.

**Gráfico n.º3: Categoria Competência Relacional – Informa em pormenor**



Verificamos que na opinião da maioria dos pais inquiridos, o enfermeiro mostra-se disponível para o ajudar (9,13 %), emite reforços (72,4 %) e conselhos (58,6 %), tal como se pode analisar no gráfico n.º 4, relativo à **Categoria Competência Relacional**.

**Gráfico n.º 4: Categoria Competência Relacional – Escuta, Emite reforços, Emite conselhos, Emite ordem**



Por fim, em relação à **Categoria Competência Relacional – Incentiva o contacto visual**, apuramos que 23,1% dos participantes consideram que o enfermeiro incentivou-o a olhar para o filho através de indicações verbais e 42,3% através de indicações não verbais. Convém ainda salientar que 96,8% dos pais referem que o enfermeiro *Incentiva o toque* (**Categoria Competência Relacional**), tal como apresenta a tabela n.º 11.

**Tabela n.º 11: Categoria Competência Relacional - *Incentiva o toque e Incentiva o contacto visual***

Competência Relacional		% dos inquiridos
<i>Incentiva o toque</i>	Indicação verbal	96,8
<i>Incentiva o contacto visual</i>	Indicação verbal	23,1
	Indicação não verbal	42,3

### 6.3. Práticas de enfermagem que promovem o envolvimento emocional do pai com o filho, na perspectiva dos pais

A análise dos dados do grupo III do questionário irá permitir-nos obter resposta à questão de partida: *Quais as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto do pai-bebé, na sala de partos, que promovem o envolvimento emocional, na perspectiva dos pais?*

Tendo por base a questão: *“Agora que já estabeleceu o primeiro contacto com o seu filho, gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre a importância que cada intervenção tem na sua aproximação afectiva com o bebé, atendendo que cada pai vive de modo único, o momento do nascimento do seu filho. Assinale com um X a opção que estiver mais de acordo com aquilo que pensa.”* Pedia-se aos participantes que utilizassem uma escala de Likert com 5 níveis (1 = Nada importante a 5 = Extremamente importante) para responderem a um conjunto de 40 afirmações.

De forma a medir as dimensões estipuladas para estas 40 afirmações, foram construídas quinze dimensões, tendo os seus valores (scores) sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, nomeadamente: *Corte do cordão umbilical; Colocar a fralda; Peso do bebé; Acalmar o choro do bebé; Banho do bebé; Vestir o bebé; Administração de vitamina K; Tocar e acariciar o bebé; Aspiração de secreções; Olhar para o bebé; Pegar ao colo o bebé; Aplicação de colírio; Contacto pele-a-pele no ventre materno; Amamentação e Características do enfermeiro.*

Na tabela n.º 12 estão representadas as principais estatísticas descritivas para cada uma destas dimensões das práticas de enfermagem que os pais valorizam no primeiro

contacto. De uma forma geral, os valores médios para o total (média = 4,05) e respectivas dimensões são elevados (média > 3), significando que os indivíduos da amostra classificaram entre Importante e Extremamente Importante todas as dimensões. No entanto, os pais inquiridos destacaram as seguintes dimensões ao atribuírem um nível de importância que varia entre o Muito Importante e o Extremamente Importante: *Pegar ao colo* (média = 4,59); *Contacto pele-a-pele no ventre materno* (média = 4,56); *Tocar e acariciar* (média = 4,53); *Amamentação* (média = 4,41); *Acalmar o choro do bebê* (média = 4,40); *Olhar para o bebê* (média = 4,31) e *Características do enfermeiro* (média = 4,26), atingido valores médios superiores ao total da escala.

**Tabela n.º 12:** Estatísticas descritivas relativas às dimensões das práticas de enfermagem (dimensões ordenadas por ordem decrescente da média).

<i>Dimensões da prática de enfermagem</i>	<b>Nº casos</b>	<b>Média (±Dp)</b>	<b>N.º de itens</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>4,05 (±0,5)</b>	<b>40</b>	<b>3,0</b>	<b>5,0</b>
Pegar ao colo	32	4,59 (±0,6)	3	3,0	5,0
Contacto pele-a-pele no ventre materno	32	4,56 (±0,6)	3	3,0	5,0
Tocar e acariciar	32	4,53 (±0,6)	3	2,7	5,0
Amamentação	32	4,41 (±0,7)	3	3,0	5,0
Acalmar o choro do bebê	32	4,40 (±0,6)	3	3,0	5,0
Olhar para o bebê	32	4,31 (±0,8)	3	2,7	5,0
Características do enfermeiro	32	4,26 (±0,8)	3	2,7	5,0
Corte do cordão umbilical	32	3,95 (±0,9)	3	2,3	5,0
Administração de vitamina K	32	3,92 (±1,0)	2	2,0	5,0
Peso do bebê	32	3,84 (±1,0)	1	2,0	5,0
Colocar a fralda	32	3,60 (±0,8)	3	2,0	5,0
Aplicação de colírio	32	3,58 (±1,0)	2	1,5	5,0
Aspiração de secreções	32	3,50 (±1,1)	2	1,5	5,0
Banho do bebê	32	3,47 (±0,9)	3	1,3	5,0
Vestir o bebê	32	3,33 (±0,9)	3	1,0	5,0

Da análise da tabela anterior, ainda podemos averiguar que os pais valorizam menos as dimensões referentes à *Aspiração de secreções* (média =3,50), *Banho do bebé* (3,47), *Vestir o bebé* (3,33) comparativamente às restantes.

Ao analisarmos cada uma destas dimensões pormenorizadamente, podemos verificar qual a competência de enfermagem mais valorizada pelos pais em cada dimensão, facto esse que, podemos constatar pela leitura da tabela que se encontra em anexo VI, onde apresentamos as estatísticas descritivas e % de casos Extremamente Importante, ordenadas por ordem decrescente de média.

Em relação à dimensão *Corte do cordão umbilical* os pais valorizam mais a **Competência Técnico-relacional – Participação do pai nos cuidados** (média 4,3) do que a **Competência Relacional – Informa em pormenor** (média 3,9). Deste modo, apuramos que 59,4% dos inquiridos considera Extremamente Importante que o pai corte o cordão como forma de favorecer a aproximação afectiva com o bebé, enquanto que apenas 31,3% dos pais refere ser Extremamente Importante receber informação em pormenor sobre o corte do cordão umbilical.

Relativamente à dimensão *Acalmar o choro do bebé*, 71,9% dos participantes considera Extremamente Importante a **Competência Técnico-relacional – Participação do pai nos cuidados**, o que sugere que estes pais consideram que o acalmar o filho, após o parto favorece o envolvimento emocional pai-bebé. Verificamos, ainda que os inquiridos valorizam menos as acções do enfermeiro referentes a informar (50,0%) e incentivar (46,9%) os pais a acalmar o filho, como podemos confirmar na percentagem de respostas Extremamente Importante.

A **Competência Relacional – Informa em pormenor** em relação à dimensão *Peso do bebé* é considerada extremamente importante por apenas 28,1% dos pais inquiridos.

Na dimensão *Colocar a fralda* verificamos que os pais valorizam mais a **Competência Relacional – Informa em pormenor** (média 3,8) comparativamente à **Competência Técnico-relacional – Participação do pai nos cuidados** (média 3,6).

A **Competência Relacional – Informa em pormenor** é a competência mais valorizada pelos pais nas seguintes dimensões: *Banho do bebé* (média 3,7); *Vestir o bebé* (média 3,5); *Administração de vitamina K* (média 4,1); *Aspiração de secreções* (média 3,7) e *Aplicação de colírio* (média 3,8).

Na dimensão *Tocar e acariciar* o bebê, 84,4% dos pais classificam como Extremamente Importante o tocar e acariciar. A resposta dos participantes sugere que os pais valorizam mais o executar estes gestos (média 4,8) do que receber informação sobre a sua importância (média 4,3).

Em relação à dimensão *Contacto pele-a-pele no ventre materno* verificamos que 87,5% dos pais consideram extremamente importante manter-se próximo da mãe e do bebê durante este momento para promover a aproximação afectiva com o filho. Na resposta dos inquiridos, mais uma vez verificamos que os pais valorizam mais o manter-se junto da díade mãe-bebê (média =4,8) do que serem informados sobre a sua importância (média =4,4) ou incentivados a aproximarem-se (média = 4,4).

Na dimensão *Amamentação* apuramos que os pais referem ser Extremamente Importante auxiliar a mãe na amamentação (75%) e receber informação sobre a importância de auxiliar a mãe nesta actividade (50%) para favorecer a sua aproximação afectiva com o filho.

A análise de dados, sugere que em relação à dimensão *Olhar para o bebê* os pais atribuem um nível de importância semelhante ao olhar (média 4,4) e serem incentivados a olhar (média 4,4), valor esse ligeiramente inferior quanto ao serem informados em pormenor acerca da sua importância (média 4,2). Na dimensão *Pegar ao colo* verificamos que os pais valorizam mais o pegarem ao colo (média 4,8) do que serem informados a este respeito (média 4,5). Verificando-se que 81,3% dos participantes referem ser Extremamente Importante pegar no filho após o parto para favorecer a sua aproximação afectiva.

Da dimensão *Características do enfermeiro* os pais destacam a disponibilidade deste profissional (média 4,4) para facilitar a aproximação pai-bebê.

De acordo com a descrição efectuada, os resultados sugerem-nos que há dimensões da prática de enfermagem que os pais inquiridos valorizam mais executar essas acções, ou seja, participar nos cuidados neste primeiro contacto com o filho (Competência Técnico-Relacional), enquanto que noutras dimensões os pais atribuem mais importância à informação recebida pelos enfermeiros (Competência Relacional) como promotora do envolvimento emocional pai-bebê, como compila a tabela n.º 13.

**Tabela n.º 13:** Agrupamento das dimensões da prática de enfermagem de acordo com a resposta dos inquiridos

<b>Competência Técnico-Relacional</b>	<b>Competência Relacional</b>
<i>Participação dos pais</i>	<i>Informar em pormenor</i>
Corte do cordão umbilical	Colocar a fralda
Acalmar o choro do bebé	Banho do bebé
Tocar e acariciar o bebé	Vestir o bebé
Contacto pele-a-pele no ventre materno	Administração da vitamina K
Amamentação	Aplicação do colírio
Pegar ao colo o bebé	Aspiração de secreções
Olhar o bebé	

#### **Análise das associações entre as dimensões das práticas de enfermagem**

Com vista a aprofundar a análise, sentimos necessidade de efectuar uma prospecção de possíveis associações entre estas dimensões da prática de enfermagem valorizadas pelos pais, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r$ ). Verificamos a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre grande parte das dimensões, tal como podemos confirmar através da leitura da tabela apresentada no anexo VII.

Desta análise destacamos a associação estatisticamente muito significativa ( $p < 0,01$ ) entre a dimensão *Pegar ao colo* e:

- *Olhar para o bebé* ( $r = 0,777$ );
- *Tocar e acariciar* ( $r = 0,766$ );
- *Contacto pele-a-pele no ventre materno* ( $r = 0,764$ ).

Averiguamos também, a associação estatisticamente muito significativa ( $p < 0,01$ ) entre a dimensão *Contacto pele-a-pele no ventre materno* e *Olhar para o bebé* ( $r = 0,880$ ) e

*Tocar e acariciar* ( $r = 0,830$ ). E ainda entre a dimensão *Tocar e acariciar* e *Olhar para o bebê* ( $r = 0,834$ ).

Estes resultados apontam para que os pais que valorizam a dimensão *Pegar ao colo*, também consideram o *olhar para o bebê*, *tocar e acariciar*, bem como aproximarem-se da mãe e bebê durante o contacto pele-a-pele como dimensões das práticas de enfermagem importantes e promotoras do envolvimento emocional pai-bebê.

### **Análise das associações entre as dimensões das práticas de enfermagem valorizadas pelos pais e as características dos participantes**

A leitura dos resultados obtidos suscitou-nos o interesse para averiguar se as características da nossa amostra influenciaram a importância que os pais atribuíram às práticas de enfermagem. Assim, numa tentativa de explicar se a idade, a escolaridade, ser o primeiro filho, o ter assistido ao nascimento do filho anterior ou participar em aulas de preparação para a parentalidade interferia nas respostas dos participantes procedemos à aplicação dos testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *Mann-Whitney* e *Kuskal-Wallis*.

A comparação entre o grupo de inquiridos que eram pais pela primeira vez e a valorização que fazem acerca das práticas de enfermagem não revelou diferenças significativas.

Para análise da variável idade, optámos por dividir o grupo da amostra em: pais com idade inferior a 30 anos, idade compreendida entre os 30 e 35 anos e idade superior a 35 anos. Verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a idade dos pais e a importância que atribuem às práticas de enfermagem, como precursoras do envolvimento emocional com o filho.

Porém, os resultados evidenciam que em relação à dimensão *Tocar e acariciar* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,039$ ) para os pais que já tinham assistido ao nascimento do filho anterior, verificando-se que estes pais atribuíram um grau de importância significativamente superior em relação aos pais que não assistiram ao nascimento do filho anterior ou que era sua primeira experiência enquanto pais.

Verificou-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas para a dimensão *Olhar para o bebê* ( $p = 0,029$ ), tendo os pais inquiridos que assistiram ao nascimento do filho anterior atribuído um grau de importância significativamente superior

relativamente aos pais que não assistiram ao nascimento do filho anterior ou que era a sua primeira experiência enquanto pais.

Em relação à dimensão *Acalmar o choro do bebé*, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as habilitações académicas ( $p = 0,027$ ), sendo que, os pais inquiridos com habilitações de bacharelato/licenciatura atribuíram significativamente mais importância que os pais com habilitações inferiores (secundário/ensino básico).

Por fim, relativamente à dimensão *Banho do bebé*, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a preparação para a parentalidade ( $p = 0,004$ ), tendo os pais inquiridos que não frequentaram aulas de preparação para a parentalidade atribuído significativamente mais importância do que participaram neste tipo de sessões.

### **Análise das respostas às questões abertas**

Uma outra forma de conhecer as práticas de enfermagem que os pais valorizam como favoráveis ao envolvimento emocional com o filho, no período de puerpério imediato, foi obtida através da resposta à questão do grupo IV do questionário: *“Na sua opinião, que outras acções devem ser desenvolvidas para facilitar o seu envolvimento emocional com o bebé após o parto?”*

Os pais responderam em pequeno número a esta questão o que vem apoiar a nossa decisão de optar por um questionário que orientasse a respostas dos pais em vez da entrevista semi-estruturada. Embora os pais tenham demonstrado disponibilidade e interesse em preencher o questionário, apercebemo-nos que neste período após o nascimento, o seu foco de interesse está centrado na mãe e no bebé. Porém, como já explicamos, consideramos oportuno realizar a colheita de dados neste momento, pela proximidade com a realidade a estudar facilitar o reviver da experiência do primeiro contacto com o filho.

De uma forma global as categorias que emergiram das questões abertas são semelhantes às que são avaliadas pelo questionário (*“para além do que foi mencionado (...), nada de momento a acrescentar”***P8**), como podemos analisar:

- **Categoria Relacional - Informa em Pormenor**

*“desenvolver acções junto dos pais (...) tais como: saber entender atitudes e gestos dos bebés, como agir perante determinadas situações”***P1**

- **Categoria Relacional – Disponibilidade**

*“haver maior disponibilidade da parte das enfermeiras” P4*

- **Categoria Técnico-Relacional – Participação do pai nos cuidados**

*“estando sempre presente os pais” P1; “O pai deve acompanhar passo a passo o nascimento do seu filho” P2; “gostava de cortar o cordão ao bebé” P6*

- **Categoria Técnico-Relacional – Valoriza a capacidade do pai**

*“Podermos participar em todos os pontos da alínea G” P4; “que o pai também fique a saber cuidar do seu filho” P5*

- **Categoria Técnico-Relacional – Aproximação física da tríade**

*“situações que envolvam a família (Pai, Mãe e Filho)” P5*

No entanto surgiram outras intervenções, que o questionário não avaliava, e que na opinião dos pais influenciam favoravelmente o envolvimento emocional com o bebé, tais como:

- Os recursos físicos do serviço *“melhores instalações” P7;*
- A privacidade: *“privacidade” P7*
- Acompanhamento do pai ao longo de todo o trabalho de parto: *“e não se juntar à mãe só na sala de partos, mas estar sempre com ela”; P2;*e *“só acho que quando a mãe está a iniciar as contracções devíamos estar a apoiá-la durante esse tempo” P3.*

## **7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Na discussão de resultados apresentamos uma reflexão crítica dos resultados obtidos confrontando com as referências bibliográficas que orientaram a nossa fase conceptual e com a nossa experiência profissional no terreno.

O presente capítulo está estruturado de acordo com os nossos objectivos de investigação, de modo a nortear esta discussão.

### **Práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé**

Através da observação, verificamos que apenas 4 dos pais tiveram oportunidade de assistir aos cuidados imediatos prestados ao filho, dependendo exclusivamente do apelo da enfermeira à sua presença na sala, onde são efectuados estes cuidados. Esta constatação poderá justificar-se se atendermos que estes cuidados são prestados numa sala separada e de dimensões reduzidas, podendo a mesma estar a ser utilizada quando ocorrem dois nascimentos. Considerando que a participação dos pais nos cuidados exige disponibilidade dos profissionais de saúde e o facto da equipa de enfermagem ser constituída por dois elementos, poderá também ser um factor influente.

Talvez por estas razões, constatamos que nenhuma enfermeira valorizou a capacidade do pai em dar o banho e apenas dois enfermeiros convidaram os pais a participar na colocação da fralda e em vestir o filho. Verificamos, no entanto, que nenhum pai participou em vestir o filho e apenas um dos pais auxiliou na colocação da fralda, mesmo quando o enfermeiro o incentivou e informou em pormenor. Este conhecimento, leva-nos a reforçar a importância das aulas de preparação para a parentalidade, ao contribuir para reduzir os receios dos pais e prepara-los para cuidarem do filho ao nascer.

A participação dos pais nos cuidados implica maior proximidade física com o bebé e favorece a interacção entre ambos. John *et al* (2004) consideram que os pais desejam

envolver-se nos cuidados ao recém-nascido, mas consideram que não têm o conhecimento e as competências necessárias para o fazer. Por esta razão, reconhecemos a necessidade de adaptar as práticas de enfermagem para ir de encontro às expectativas e às necessidades dos novos pais, dando-lhes formação durante o período pré-natal e desenvolvendo as suas competências e confiança para explorar uma nova parentalidade.

As **Competências Técnicas** que a enfermeira realiza mais frequentemente na presença do pai, diz respeito ao *corde do cordão umbilical* (71,9%), sendo as restantes intervenções realizadas com uma reduzida participação do pai e longe do seu campo visual. Deste modo, os dados sugerem que a realização das competências técnicas, nomeadamente a aspiração de secreções, o banho, o pesar, a colocação da fralda, o vestir, aplicação de colírio e administração de vitamina K, parecem contribuir para a separação do binómio pai-filho imediatamente após o nascimento, uma vez que poucos enfermeiros solicitam a sua participação ou presença. O que é concordante com o estudo realizado por Cruz *et al* (2007) que concluí que os cuidados imediatos interferem negativamente no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo precoce da mãe ao filho.

Estes resultados evidenciam que a participação dos pais nos cuidados após o parto não é um procedimento habitual na realidade em estudo. Porém, sabemos que os pais ao envolverem-se nos cuidados, estão também a contribuir para um melhor ajustamento paterno. O homem ao assistir e participar no parto sente-se mais activo e desenvolve uma maior intimidade e cumplicidade com o seu bebé (Ribeiro e Lopes, 2006).

O corte do cordão umbilical pelo pai é uma prática que alguns enfermeiras defendem, porém não é implementada por toda a equipa, como podemos observar e confirmar na análise dos nossos dados. A este respeito, Brandão (2009) concluiu no seu estudo de investigação que o grupo de pais que não teve a oportunidade de cortar o cordão umbilical era mais significativo quando o parto era realizado pelo médico obstetra do que pela enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia.

Em relação corte do cordão umbilical verificamos que 37,5% das enfermeiras valorizam a capacidade do pai para cortar o cordão, mas no entanto, apenas 28,1% dos pais cortam o cordão umbilical. O facto dos pais não aceitarem cortar o cordão umbilical quando são solicitados para isso pode justificar-se pela falta de informação a este respeito, pois observamos que apenas 28,1% dos pais foram informados em pormenor pelo enfermeiro, sobre o cortar o cordão. No nosso entender, esta realidade poderá traduzir as necessidades de informação dos pais, as quais variam de acordo com a sua

individualidade e emoções aquando o nascimento do filho. Deste modo, cabe ao enfermeiro fornecer informação e validá-la com o pai.

Os resultados obtidos pela análise da grelha de observação sugerem que no primeiro momento do contacto pai-bebé os enfermeiros tendem a privilegiar o contacto visual pai-bebé em relação ao contacto físico, sendo este mais frequente no segundo momento. Esta realidade pode-se relacionar-se com a preocupação dos profissionais de saúde em garantir a termoregulação do recém-nascido e adaptação à vida extra-uterina, tornando as intervenções técnicas prioritárias.

Todavia, nas suas práticas observamos uma importância significativa atribuída às **Competências Relacionais**, nomeadamente através de *Incentivar o toque e Incentivar contacto visual pai-bebé* e às **Competências Técnico-relacionais** – *Incentivar a aproximação física da tríade* enquanto o bebé permanece no ventre materno. Sendo estas práticas defendidas por Klaus e Kennel (1993), como cruciais para favorecer o envolvimento do pai com o bebé, como podemos verificar no capítulo 2.

As práticas de enfermagem implementadas no primeiro contacto pai-bebé que apresentam maior número médio de ocorrências (média >1) pertencem essencialmente à categoria **Competência Relacional**, nomeadamente: *Emite Reforços; Incentiva o toque; Incentiva o contacto visual pai-bebé; Emite ordens e Escuta*. Verificando ainda na categoria **Competência Técnico-relacional** a acção de enfermagem *Incentiva a aproximação física da tríade*, enquanto o bebé se mantém no ventre materno. O que significa que os enfermeiros que implementam estas acções tendem a repeti-las na sua prática.

A comparação dos dados obtidos pela grelha e pelo grupo II do questionário, sugere que a **Competência Técnico-relacional** – *Incentivar a aproximação física da tríade* através da amamentação é uma acção que os pais reconhecem como desenvolvida pelos enfermeiros ao longo das duas horas de puerpério imediato, mas que não foi verificada durante a nossa presença em campo, porque se inicia após o término da nossa observação. A colaboração do pai na amamentação permite que o pai contacte com o filho, para além de influenciar favoravelmente a competência materna para amamentar (Carvalho, 2002; Costa, 2005; Brazelton e Cramer 2007).

Assim, cabe ao profissional de saúde incentivar o pai a participar efectivamente na amamentação precoce, contribuindo para envolver o pai nos cuidados ao filho favorecendo o primeiro contacto e em simultâneo o sucesso da amamentação.

A interação dos pais com o bebé na primeira hora de vida é de extrema importância, na medida em que o recém-nascido se encontra acordado, num estado de inactividade alerta (Klaus e Kennel, 1993) e a amamentação deve iniciar-se na primeira meia hora de vida (Levy, 2002). Verificamos na nossa amostra que o tempo de separação do binómio pai-bebé é em média de 15,58 minutos, após o nascimento.

Klaus e Kennell (1993:64) descrevem o estudo realizado por Chateau e Wiberg (1977) que evidencia a importância do contacto precoce mãe-bebé nos primeiros 20 minutos de vida, o qual influenciou o comportamento materno e do bebé, *“aparentemente estabeleceu-se uma interacção mãe-bebé mais sincrónica e positiva”*.

Da análise das respostas dos pais verificamos que alguns consideram que o enfermeiro valorizou a sua capacidade em dar o banho ao filho, o que não foi concordante com a nossa observação. Esta e outras diferenças entre aquilo que observamos e aquilo que os pais responderam, podem sugerir que a resposta dos pais é influenciada por outros factores, como por exemplo pela sensação de que a mãe e o bebé estão a ser cuidados de acordo com as suas expectativas, atribuindo pouca importância à valorização das suas capacidades parentais por parte do enfermeiro.

Porém, estamos conscientes que a nossa observação traduz uma parcela das acções de enfermagem realizadas no primeiro contacto pai-bebé. Tal como podemos verificar na análise das **Competências Relacionais** (*Escuta, Emite Ordens, Conselhos, Reforços e Informar em pormenor sobre o choro*), em que os pais reconhecem que estas acções ocorrem com maior frequência do que na nossa observação. Estes resultados sugerem que os enfermeiros ao longo das duas horas de puerpério imediato, período no qual o pai permanece na sala de partos e que vai para além da nossa observação, continuam a envolver o pai nos seus cuidados através da implementação destas acções.

### **Práticas de enfermagem que promovem o envolvimento emocional do pai com o filho, na perspectiva dos pais**

A análise dos dados sugere que as dimensões da prática de enfermagem mais valorizadas pelos pais como promotoras do envolvimento emocional são: Pegar ao colo o filho, *Aproximar-se durante o contacto pele-a-pele e Amamentação, Tocar e acariciar o bebé, Acalmar o choro do bebé, Olhar para o filho e as Características do enfermeiro*.

Apesar dos pais do nosso estudo valorizarem mais estas dimensões em comparação com o banho, o colocar a fralda ou o vestir o bebé, os resultados encontrados na nossa

pesquisa bibliográfica apontam para a importância que a participação do pai nos cuidados ao recém-nascido assume no desenvolvimento de uma ligação afectiva com o filho. Esta participação dos pais implica um processo de aprendizagem gradual, iniciado já no período pré-natal.

A importância que os pais atribuem à dimensão das práticas de enfermagem *Pegar ao colo o bebé* após o nascimento é concordante com o estudo descrito por Macfarlane (1992), o qual verificou que quando os pais pegam ao colo e cuidam o filho, imediatamente após o parto, dedicam-lhe mais tempo no regresso a casa.

Na perspectiva de Palkovitz (1985) citando Yogman (1982) o contacto físico imediatamente após o parto promove o desenvolvimento da relação pai-filho. Este contacto físico é proporcionado através do *Pegar ao colo o filho*, *Aproximar-se durante o contacto pele-a-pele* e *Amamentação, Tocar e acariciar o bebé, Acalmar o choro do bebé*. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Boyd (1980), Rodholm (1981) e Keller (1981) descritos por Klaus e Kennel (1993) sugerem que o contacto precoce pai-bebé influencia favoravelmente o envolvimento parental nos cuidados ao filho.

A dimensão da prática de enfermagem *Acalmar o choro* é considerada pelos inquiridos como extremamente importante para favorecer envolvimento emocional pai-bebé. Enquanto comportamento vincutivo, o choro provoca nos pais uma reacção automática de preocupação, responsabilidade e culpa que os obriga a reagir e a identificar o motivo pelo qual o filho está a chorar e acalmá-lo (Brazelton e Cramer, 2007).

*Acalmar o choro do bebé* é uma dimensão das práticas de enfermagem onde se verifica que os pais com mais habilitações literárias tendem a atribuir significativamente mais importância, possivelmente porque julgam que esta informação é útil para os ajudar a cuidar do filho e conseqüentemente a envolver-se afectivamente.

*Olhar para o filho* constitui uma dimensão das práticas de enfermagem valorizada pelos pais no envolvimento emocional com o filho, pois parafraseando Sá (2004:141) “o *olhar constitui uma modalidade interactiva essencial*” na relação pai-bebé, para além de estimular os cuidados parentais (Klaus e Kennel, 1993). Perante isto, devemos proporcionar um primeiro contacto prolongado entre o pai e o bebé e adiar a aplicação de colírios, para que seja possível esta interacção inicial.

A análise dos dados sugere que os pais que já assistiram ao nascimento do filho anterior atribuíram significativamente um grau de importância maior ao *Tocar e Acariciar o bebé* e

ao *Olhar para o bebê*. Estes resultados sugerem que os pais que assistiram ao nascimento de filhos são mais sensíveis a estas dimensões aquando o primeiro contacto com o filho seguinte. O que poderá implicar que apesar de cada pai, com a sua individualidade, valorizar dimensões diferentes no primeiro contacto pai-bebê poderão existir factores que condicionam as suas escolhas, como por exemplo as suas experiências prévias.

Em relação à dimensão da prática de enfermagem *Característica do enfermeiro*, Klaus e Kennel (1993) consideram que o comportamento e atitudes dos profissionais, o atendimento e apoio durante o parto, os primeiros dias de vida e a separação dos pais e filho influenciam o comportamento paterno em relação ao filho e a qualidade do envolvimento emocional.

Deste modo, podemos aferir que os pais reconhecem a importância da disponibilidade, dos conselhos e dos elogios dos enfermeiros durante a sua permanência na sala de partos, de modo a poderem interagir e cuidar do recém-nascido de forma competente e, assim facilitar o envolvimento emocional pai-bebê.

Embora os pais valorizem o corte do cordão umbilical (média 3,95) não é a dimensão das práticas de enfermagem que consideram mais significativa para favorecer o envolvimento emocional. Porém o estudo realizado por Brandão (2009) concluiu que o corte do cordão umbilical pelo pai influencia positiva e significativamente o envolvimento emocional do pai com o bebê ao longo do tempo.

A análise de dados identificou a existência de uma associação positiva entre as seguintes dimensões das práticas de enfermagem: pegar ao colo o bebê, olhar para o bebê, tocar e acariciar o bebê e contacto pele-a-pele com a mãe. Verificamos também que o que cada pai mais valoriza nestas dimensões é ter oportunidade de as executar, atribuindo menor importância à informação do enfermeiro. Este resultado pode sugerir que os pais atribuem a estas dimensões um cariz mais instintivo, pois apesar do incentivo e da informação do enfermeiro ser valorizada, os participantes consideram que o mais importante é o treinar. Em contrapartida, nas dimensões: banho do bebê, vestir o bebê, administração de vitamina K, aspiração de secreções e aplicação do colírio, os pais valorizam mais a **Competência Relacional** – *Informa em pormenor*, talvez por se tratarem de procedimentos mais técnicos e/ou considerarem que se trata de um processo de aprendizagem mais difícil e que pode interferir com o bem-estar com o bebê.

A necessidade dos pais em obter informações sobre estas dimensões da prática de enfermagem, alerta-nos para a necessidade de incluir estes temas nas sessões de preparação para a parentalidade.

Verificamos que os pais que não frequentaram sessões de parentalidade atribuíram significativamente mais importância ao banho, enquanto dimensão das práticas de enfermagem. Isto pode sugerir que as sessões de preparação para a parentalidade contribuem para que o homem se prepare em relação ao banho do bebé, de modo a que no momento do parto privilegie outras dimensões do cuidar como promotoras do envolvimento emocional com o filho. Kintzinger (1996) diz-nos que desde muito cedo ambos os progenitores devem-se preparar para o nascimento, ideia reforçada por Couto (2003) ao considerar a preparação para o nascimento a par da vigilância pré-natal fundamentais para a formação e educação do pai.

Relativamente à idade dos pais e ao facto de serem pais pela primeira vez, não existem diferenças significativas em qualquer das dimensões das práticas de enfermagem, o que nos sugere que a importância que o pai atribui às intervenções de enfermagem não varia de acordo com estes critérios.

De um modo geral as categorias que emergiram das questões abertas do grupo IV são semelhantes às identificadas pelo questionário. Podemos inferir que os pais que responderam à questão tiveram necessidade de reforçar as necessidades que no momento não eram, no seu entender, completamente satisfeitas, nomeadamente a necessidade de informação e a necessidade de os pais sentirem que os profissionais incentivam a sua colaboração nos cuidados ao filhos. O que de facto implica disponibilidade por parte da equipa de profissionais de saúde para identificar as necessidades de informação dos pais e satisfazê-las em plenitude.

Por outro lado, manifestaram a necessidade de melhores recursos físicos que proporcionem privacidade após o parto, de modo a que *“pai, mãe e bebé, (...) juntos possam disfrutar deste momento único que é o nascimento de um filho” P7*.

A este respeito, Klaus e Kennell (1993) aconselham que a mãe, o pai e o bebé permaneçam pelo menos um período de quinze a vinte minutos a sós, após a dequitação e a correcção da episiotomia. Porém, a falta de privacidade, as condições físicas e o curto período de tempo em que os pais estão sozinhos com o filho, poderá influenciar a qualidade do primeiro contacto que o pai estabelece com o filho, neste período imediato ao parto.



## CONCLUSÕES

Os cuidados de enfermagem na sala de partos têm sofrido mudanças significativas ao longo dos tempos, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e contribuir para a humanização do processo de nascimento. Das inúmeras alterações, destacamos a participação do pai no parto, permitindo-lhe iniciar um contacto precoce com o filho idealizado durante a gravidez.

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia encontram-se numa posição privilegiada para dar suporte e orientar os pais nesta nova etapa da sua vida, encorajando-os a interagir com o filho e contribuir para o desenvolvimento emocional do pai com o bebé.

Neste sentido, desenvolvemos a presente investigação adoptando um carácter exploratório-descritivo, com intenção de dar resposta à nossa questão de partida: *Quais as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto do pai-bebé, que promovem o envolvimento emocional, na perspectiva dos pais?*

Com o presente estudo propusemo-nos a conhecer as práticas de enfermagem inerentes ao primeiro contacto pai-bebé e paralelamente, procuramos identificar quais as acções de enfermagem que favorecem o envolvimento emocional pai-bebé, na perspectiva dos pais.

Dos resultados obtidos, concluímos que os enfermeiros na sua prática implementam acções que promovem o contacto visual e físico pai-bebé, ao incentivarem o pai a olhar, tocar, acalmar o bebé e aproximarem-se da díade mãe-bebé. Verificando-se ainda, que no primeiro momento deste contacto pai-bebé os enfermeiros valorizam mais o contacto visual, reservando, na maioria dos casos, o contacto físico para o segundo momento. Pudemos, também, aferir que a participação do pai nos primeiros cuidados ao recém-nascido ainda é pouco valorizada pelos enfermeiros. As respostas dos pais sugerem-nos que os enfermeiros continuam a envolver o pai nos seus cuidados ao longo das duas horas de puerpério imediato, período no qual o pai permanece na sala de partos, através

da implementação de acções, tais como a *Escuta, Emite Ordens, Conselhos, Reforços e Informar em pormenor* sobre o choro (**Competências Relacionais**).

As dimensões da prática de enfermagem mais valorizadas pelos pais como promotoras do envolvimento emocional são: pegar ao colo o filho, aproximar-se durante o contacto pele-a-pele e amamentação, tocar e acariciar o bebé, acalmar o choro do bebé, olhar para o filho e as características do enfermeiro.

Concluimos, ainda que, os pais valorizam mais acalmar o bebé, pegar ao colo, tocar e acariciar o filho, cortar o cordão umbilical, aproximarem-se da díade mãe-bebé durante o contacto pele-a-pele e auxiliar a mãe na amamentação, do que serem informados e incentivados pelos enfermeiros em relação a estas dimensões. O que nos faz repensar nas nossas práticas quotidianas, na medida em que apesar da importância que a informação tem na aproximação afectiva do pai com o filho, o mais valorizado por estes pais é a oportunidade de executar/treinar, ou seja, eles demonstram necessidade de experimentar estas dimensões. Contrariamente, em relação à colocação da fralda, banho do bebé, vestir o bebé, administração de vitamina K, aspiração de secreções e aplicação do colírio, os pais inquiridos valorizam mais receber informação sobre estas dimensões do que participarem. A necessidade dos inquiridos para obter informação sobre estas dimensões pode justificar a menor valorização que demonstram nas suas respostas em relação à participação dos pais nos cuidados.

Esta constatação, alerta-nos para incluir estes temas nas sessões de preparação para a parentalidade. Pois será mais eficaz obter estas informações durante o período da gravidez, permitindo ao pai estar disponível para contactar e envolver-se com o filho imediatamente após o nascimento. O homem necessita de aprender a ser pai, num processo de desenvolvimento e a participação do pai nas sessões de preparação para o parto, nas consultas de vigilância pré-natal, o apoio durante o trabalho de parto e nascimento, *“constituem oportunidades para fomentar a consciencialização progressiva de um pai”* Brazelton (2007:56). Os pais têm valorizam ser informados sobre a colocação da fralda, banho do bebé, vestir o bebé, administração de vitamina K, aspiração de secreções e aplicação do colírio, consideradas importantes para favorecer o envolvimento emocional pai-bebé.

Também concluimos que as dimensões valorizadas pelos pais vão de encontro às práticas de enfermagem. Verificamos que os enfermeiros emitem reforços e estabelecem momentos de escuta com o pai no seu primeiro contacto com o filho, o que é valorizado pelos pais. As acções de enfermagem que incentivam o toque e o contacto visual pai-

bebé são realçadas nas respostas dos pais como promotoras do envolvimento emocional com o filho.

Tendo em conta o número de participantes do nosso estudo, estamos conscientes que os resultados não podem ser generalizados para a população em geral. Apesar das conclusões serem verdadeiras para a população estudada, admitimos que poderiam existir diferenças mais significativas se o número da amostra fosse maior.

Com a finalidade de continuar aprofundar o presente tema parece-nos pertinente a realização de outros estudos de investigação com maior número de participantes e a inclusão de outras variáveis, como sejam, o tipo de parto, a idade gestacional entre outras.

A análise e discussão dos resultados aliada à pesquisa bibliográfica e experiência profissional ao longo do estudo, despertou o nosso interesse para reflectir sobre as implicações para a prática que o conhecimento de investigação trouxe.

Assim, quanto mais fortes forem os laços afectivos pai-bebé na gravidez, melhor será o desenvolvimento da paternidade e do vínculo pai-filho na vida fora do útero, sendo o estabelecimento desses laços, nos primeiros momentos de vida fundamental (Klaus e Kennel, 1993). Como tal, é importante a nossa intervenção se inicie durante a vigilância pré-natal e nas consultas de preparação para a parentalidade.

Aos enfermeiros cabe o importante papel de facilitar a aprendizagem e aumentar a consciência dos pais sobre os cuidados prestados ao filho, fortalecendo a sua auto-confiança, para que eles se sintam competentes e incentivados a aprender e participar nos cuidados. Para Edwards (2002) a forma de incentivar essa auto-confiança, consiste em fornecer aos pais informação e apoio, pois os pais que têm conhecimentos e expectativas realistas acerca da paternidade, enfrentam com maior sucesso as dificuldades e estabelecem uma relação de qualidade com o filho.

O enfermeiro também deverá elogiar o comportamento e atitudes do pais que cuida e se envolve com o filho, contribuindo para aumentar a sua auto-estima. Para Edwards (2002) é fundamental para que o pai aumente a sua capacidade de envolvimento com o filho e as suas competências parentais.

Nas respostas dos pais inquiridos foi visível que valorizavam mais as dimensões relacionadas com o contacto físico e visual com o filho do que propriamente intervir na prestação de cuidados ao filho. O que se pode compreender ao encarar o parto como

um momento de stress e angústia em relação ao bem-estar da mãe e do filho. Porém, acreditamos que as práticas dos profissionais de saúde também podem influenciar as respostas dos pais. Neste sentido, para favorecer a participação do pai e diminuir o tempo de separação da tríade, os cuidados imediatos deveriam ser realizados na mesma sala, o que poderá estimular o interesse dos pais em participar nos cuidados, o que por sua vez, será um factor influente na mudança das atitudes e comportamentos dos profissionais. Ao longo do trabalho quando falamos na participação do pai nos cuidados, referimo-nos apenas à sua presença e cooperação nas actividades que estão a ser realizadas ao filho, sempre com a supervisão e auxílio do enfermeiro.

Perante isto, salientamos a importância da participação dos pais nas sessões de preparação para a parentalidade e da existência de temas que ajudem o pai a viver as múltiplas experiências que o nascimento de um filho lhe proporciona. O papel do pai no nascimento deve ser abordado nestas sessões com a finalidade de integrá-lo na dinâmica da sala de partos e capacitá-lo do que a mulher, o bebé e os próprios profissionais esperam dele. Esta actuação poderá ser um contributo para preparar o homem para estabelecer o primeiro contacto com o filho e contribuir para um envolvimento emocional de qualidade.

Perante a importância do primeiro contacto pai-bebé na sala de partos, consideramos que este tema deve ser incluído no plano de estudos do ensino de enfermagem, especialmente no curso de pós-licenciatura de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, para que os futuros enfermeiros especialistas nesta área, tenham em atenção nas suas práticas quais as acções de enfermagem que os pais mais valorizam.

Em relação às práticas de enfermagem inerentes ao primeiro contacto pai-bebé, defendemos uma interacção harmoniosa entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática de cada uma, mas sim o conhecimento e as competências dos profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que cada pai, mãe e recém-nascido apresentam, ou seja, não deverá prevalecer o paradigma mecanicista sobre o paradigma humanista. Deste modo, o enfermeiro deve flexibilizar os cuidados necessários e imediatos ao recém-nascido, permitindo que o pai esteja presente e colabore no cuidado ao seu filho, estimulando a sua autonomia com o objectivo que este contacto inicial favoreça a sua relação precoce e de qualidade com o bebé.

O enfermeiro durante gravidez deve preparar o homem para o nascimento do filho e durante o trabalho de parto deve olhar para o pai como alguém que está a viver um

momento especial, com competências técnicas e relacionais para incentivar o primeiro contacto pai-bebé e promover a aproximação de ambos, sendo este um desafio dos cuidados de enfermagem.



---

## **BIBLIOGRAFIA**



- AMENDOEIRA, José (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau
- BALANCHO, Leonor Falé (2005) *Ser pai, hoje*. 6ª edição, Lisboa: Editorial Presença
- BARDIN, Laurence (2004) *Análise de Conteúdo*. 3ª Edição, Lisboa: Edições 70, LDA, ISBN: 972-44-1214-8
- BASTO, Marta Lima (1998) *Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Editora Rei dos Livros
- BAYLE, Filomena (2005) *A Parentalidade*. In: LEAL, Isabel. *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Editora Fim de século, p. 317-346
- BAYLE, Filomena (2006) *Á volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- BENNER, Patrícia (2005) *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora,
- BISCAIA, J (2002) *Nascer no hospital*. *Servir*, Lisboa Vol 50 (2), Março/Abril, p. 69-74
- BOBAK et al (2005) *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição, Lusociência,
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994) *Investigação qualitativa em Educação*. Porto: Porto editora
- BOWLBY, J. (1990) *Trilogia Apego e Perda*. 1ª Edição, São Paulo: Martins Fontes
- BRANDÃO, Sónia (2009) *O envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência do parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto
- BRAZELTON, Berry; & CRAMER, Bertrand (2007) *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar
- BRYMAN, Alan; CRAMER, Duncan (1992) *Análise de dados em ciências sociais Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Celta Editora
- BURESH, B. GORDON, S. (2004). *Do silêncio à voz*. Coimbra: Ariadne Editora

CAMARNEIRO, Ana Paula (2007) *Gravidez de Risco e Desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda

CARAPINHEIRO, Graça (2005) *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4ª Edição, Porto: Edições Afrontamento, Lda

CARVALHO R; TAMEZ N. (2002) *Amamentação: Bases Científicas para a Prática Profissional*. Editora Guanabara Koogan

CARVALHO, Maria Luiza Mello (2003) *Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais*. Cadernos de Saúde Pública 19 (Sup. 2), Rio de Janeiro, p. 389-398

CHANDLER, Susan; FIELD, Peggy (1997) *Becoming a father: First-Time Father's Experience of Labor and Delivery*. Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 42 (1), January/February, p. 17-24

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, ISSN

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição, Loures: Lusociência

COLMAN, Libby L.; COLMAN, Arthur D. (1994) *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri

COSTA, Maria Emília (1994) *Divórcio, Monoparentalidade e recasamento - Intervenção psicológica em transições familiares*. 1ª edição, Porto: Edições ASA

COSTA, R. (2005) *Participação do Companheiro no Processo do Aleitamento Materno*. Nutrição em Pauta. Março/Abril p. 31-35.

COUTO, Germano (2003) *Preparação para o parto*. Loures: Lusociência

CRUZ, Daniela Carvalho *et al.* (2007) *Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé*. Revista da Escola de Enfermagem da USP; 41 (4) p. 690-697. [Consultado em 10 de Fevereiro de 2008] Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

Edwards, L. D. (2002) *Adaptação à paternidade/maternidade. O cuidado em enfermagem materna*, Porto Alegre: Artmed, p. 457-495

ERLANDSSON, Kerstin; CHRISTENSSON, Kyllike; FAGERBERG, Ingegerd (2008) *Father's lived experiences of getting to know their baby while acting as primary caregivers immediately following birth*. The Journal of Perinatal Education, Spring, Volume 17(2), p. 28-36

ERLANDSSON, Kerstin; MNURSSCI, Ann Dsilna; FAGERBERG, Ingegerd; CHRISTENSSON, Kyllike (2007) *Skin-To-Skin Care With The Father After Cesarean Birth And Its Effect On Newborn Crying And Prefeeding Behavior*. Journal Birth, 34(2), June, p. 105-114

FERNANDES, Maria Clarinda (2004) *Cuidar: a prática dos enfermeiros que trabalham numa sala de partos*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto

FIGUEIREDO, B; COSTA, R; PACHECO, A. (2002) *A experiência de parto: alguns factores e consequências associadas*. Análise Psicológica, 2 (20), p. 203-217

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) *Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*. Revista Internacional de Psicologia Clínica Y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 3 (3), pp. 521-539

FIGUEIREDO, Bárbara (2005a) *Bonding Pais-Bebé*. In: LEAL, Isabel. Psicologia da gravidez e parentalidade. Lisboa: Editora Fim de século, p. 287-314

FIGUEREDO, BÁRBARA; COSTA, R; MARQUES, A; PACHECO & PAIS, A. (2005b) *Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé*. Acta Pediátrica Portuguesa, 36 (2-3), p. 121-131

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência

GOMES PEDRO, João (1985) *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda

GOMEZ, Rita (2005) *O Pai – Paternidade em transição*. In: LEAL, Isabel. *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Editora Fim de século, p. 257-285

GRAÇA, Luís Mendes (2005). *Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição, Lisboa: Lidel, 2005.

HESBEEN, W. (2000) *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência

HESBEEN, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem – Pensamentos e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

JOHN, W; CAMERON, C; McVEIGH, C (2004) *Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks*. *Jognn Clinical Research*, 34 (2), p. 180-189

KÉROUAC, S; DUCHARME, F; Major, F; Pepin, J. (2003) *La pensée infirmière*. 2eme ed. Beauchemin

KITZINGER, Sheila (1996) *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. 2ª edição, Lisboa: editorial Presença

KLAUS, Marshall; KENNEL, John. (1993) *Pais/Bebé – A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade (2001) *Metodologia do trabalho científico*. 6ª Edição, São Paulo: Editora Atlas

Lei n.º 14/1985. *Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto*. Diário da República. D.R. n.º 153, série I de 06/07/1985 [Consultado em 13 de Agosto de 2008] Disponível em: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena (2002) *Manual de aleitamento materno*. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

LOBATO, Láyla Campos (2006) *As repercussões psicológicas da gravidez no pai*. *Revista de Saúde Mental*, vol. IV, n.º 007, 2006, Brasil, p. 147-160

- LOPES, Sandrina; FERNANDES, Pedro (2005) *O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem*. Revista Sinais Vitais nº 63, Novembro, p. 36-42
- MACFARLANE, Aidan (1992) *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Edições Salamandra, Lda
- MALPIQUE, Celeste (1998) *Ausência do Pai*. 3ª Edição, Porto: Edições Afrontamento
- MARTINS, Andreia; et al (2006) *A vivência do pai na sala de partos: perspectivas do acompanhante*. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. N.º 7, p.43-46
- MENDES, Isabel Margarida (2002) *Ligação Materno-Fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Edições Quarteto
- MILES, Matthew B; HUBERMAN, A. (1994) *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications
- MONTAGNER, Hubert (1993). *A Vinculação – A aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget
- NIGHTINGALE, Florence (2005) *Notas sobre a enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência
- NUNES, Lucília (2003) *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) *Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003)*. Edição da Ordem dos Enfermeiros
- PALKOVITZ, Rob. (1985) *Father's Birth Attendance, Early Contact, and Extended Contact with Their Newborns: A Critical Review*. Child Development, 56, p. 392-406
- PARREIRA, Maria Vitória (2007) *Maternidade: da Natureza à cultura; parto e sua complexidade sociocultural*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Almada, N.º 8, p. 19-23

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes (2008) *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda

POLIT, D.F. HUNGLER, B. P (2004) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas

QUIVY, Raymond; CAMPENHAUDT, Lue Va (2008) *Manual de investigação de ciências sociais*. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva

RIBEIRO, Helena C; LOPES, Laura (2006) *O papel do pai na sala de partos*. Nursing n.º 206, Ano XVI, p. 24-25

RIBEIRO, L. F. (1995) *Cuidar e tratar – Formação em Enfermagem e desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educare (SEP)

RODHOLM, M.; LARSSON, K. (1979) *Father-infant interaction at the first contact after delivery*. Early Human Development, Mar; 3(1), p 21-27

SÁ, Eduardo (2004) *A maternidade e o bebé*. 2ª Edição, Lisboa: Fim de Século Edições

SEABRA-SANTOS, Maria João (2001) *Conhecer as competências do recém-nascido*. In CANAVARRO, Maria Cristina. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 133-160

SILVA, Maria Antónia (2000) *Capacidade e disposição para o pensamento crítico em Enfermagem: Adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto

SOARES; Isabel (2001) *Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-filho*. In CANAVARRO, Maria Cristina. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, p. 75-104

STREUBERT, H. J. CARPENTER, D. R. (2002) *Investigação qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência

TOJAL, M. E. (2001) *A Relação precoce Pai-Filho*. Revista Pensar em Enfermagem. Lisboa, Vol. 5(1), 1º semestre, p. 43-47

TOMELERI, Keli Regiane; PIERI, Flávia Meneguetti; VIOLIN, Mara Rúbia ; SERAFIM, Deise; MARCON, Sonia Silva (2007) *“Eu vi o meu filho nascer”*: Vivência dos pais na sala de partos. Revista Gaúcha Enfermagem, 28 (4), Porto Alegre, p. 497-504

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha (2004) *Teóricas de Enfermagem (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência

WATSON, J. (2002) *Enfermagem: ciências humanas e cuidar em teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

WELCH, Alice (2004) *Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade*. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha. *Teóricas de Enfermagem (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência, p. 563-591

WONG, *et al* (2006) *Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora

WOOD, Geri Lobiondo; HABER, Judith (2001) *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996) *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Departement of reproductive Health and Research

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies*. Spain



## **ANEXOS**

---



## **Anexo I**

---

Autorização do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E  
para realização da investigação



## **Anexo II**

---

Consentimento informado para realização e gravação das entrevistas



## Consentimento Informado

### TEMA: O Primeiro Contacto Pai-Bebé

Estudo realizado por: Maria Arminda Pereira

Reconheço que todos os procedimentos de investigação foram-me explicados e compreendo as vantagens da realização deste estudo.

Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão.

Asseguram-me anonimato.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir do estudo. Compreendo que se não participar no estudo ou se desistir a qualquer momento, a qualidade dos cuidados não será em nada afectada.

Pelo presente documento, eu consinto em participar no estudo e autorizo a gravação das entrevistas.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_



## **ANEXO III**

---

Grelha de Observação Sistemática



## GRELHA DE OBSERVAÇÃO



		N.º de Unidades de Observação	1	2	Totais
Acções de Enfermagem					
Emite reforços	Verbal				
	Não Verbal				
Emite ordens					
Valoriza a capacidade do pai	a) Corte o cordão umbilical; b) Dar o banho ao recém-nascido; c) Colocar a fralda; d) Vestir o recém-nascido; e) Acalmar o recém-nascido.				
Informa em pormenor	a) Corte do cordão umbilical; b) Aspiração de secreções; c) Banho do recém-nascido; d) Peso do recém-nascido; e) Administração da vitamina K; f) Aplicação do colírio; g) Colocação da fralda; h) Vestir o recém-nascido; i) Choro; j) Outros				
Incentiva o contacto visual pai-bebé	Verbal				
	Não verbal				
Escuta					
Competências Técnicas	a) Corte do cordão umbilical; b) Aspiração de secreções; c) Banho do recém-nascido; d) Peso do recém-nascido; e) Administração da vitamina K; f) Aplicação do colírio; g) Colocação da fralda; h) Vestir o recém-nascido				
Incentiva a aproximação física da tríade	a) contacto do recém-nascido no ventre materno; b) amamentação.				
Incentiva o toque ao bebé	Verbal				
	Não verbal				
Emite conselhos					
Participação do pai aos cuidados ao recém-nascido	a) Corte do cordão umbilical; b) Banho do recém-nascido; c) Coloca a fralda; d) Veste o recém-nascido; e) Acalma o recém-nascido; f) Pega ao colo o recém-nascido.				
Observações					

ÍNDICE DE APGAR:

TEMPO 1º MOMENTO:

TEMPO 2º MOMENTO:



## **Anexo IV**

---

Questionário





## **QUESTIONÁRIO**

Caro Pai

Queremos pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário sobre o primeiro contacto que teve com o seu bebé.

Com o presente estudo pretendemos conhecer a sua opinião sobre como nós podemos ajudá-lo a aproximar-se afectivamente do seu bebé, após o seu nascimento.

Agradecemos que escolha a resposta que melhor expressa a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Todas as respostas são confidenciais.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas se por qualquer motivo não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Maria Arminda Rodrigues Alves Pereira

## I Grupo

Gostaríamos de saber algumas das suas informações pessoais. Por favor, indique:

**A - Idade:** \_\_\_\_ anos

**B - Raça/etnia:**

- B1 - Branca
- B2 - Negra
- B3 - Cigana
- B4 - Outra: \_\_\_\_\_

**C- Escolaridade:**

- C1 - Básico – 1º ciclo (4ª Classe)
- C2 - Básico – 2º ciclo (6º ano)
- C3 - Básico – 3º ciclo (9º ano)
- C4 - Secundário (12º ano)
- C5 - Bacharelato/Licenciatura
- C6 - Pós-Licenciatura

**D- É o seu primeiro filho?** SIM  Não

**E - Se já têm outros filhos, assistiu ao seu nascimento?** SIM  Não

**F - Frequentou aulas de preparação para o parto?** SIM  Não

## II Grupo

Ao participar no nascimento do seu bebé teve a oportunidade de estabelecer o primeiro contacto com ele. Gostaríamos que relembresse o que aconteceu durante a sua permanência na sala de partos e assinale com um X, a resposta que melhor se adequa.

**G - A enfermeira sugeriu-lhe que:**

- G1 - colocasse a fralda ao seu bebé  SIM  Não
- G2 - cortasse o cordão umbilical  SIM  Não
- G3 - vestisse o seu bebé  SIM  Não
- G4 - desse banho ao seu bebé  SIM  Não
- G5 - acalmasse o seu bebé  SIM  Não
- G6 - tocasse ou pegasse no seu bebé  SIM  Não

**H- A enfermeira explicou-lhe em pormenor sobre:**

- H1 - o banho do seu bebé SIM  Não
- H2 - o corte do cordão umbilical SIM  Não
- H3 - a injeção que foi dada ao seu bebé SIM  Não
- H4 - as gotas que foram aplicadas nos olhos do seu bebé SIM  Não
- H5 - a colocação da fralda do seu bebé SIM  Não
- H6 - como vestir o seu bebé SIM  Não
- H7 - a aspiração de secreções SIM  Não
- H8 - o peso do seu bebé SIM  Não
- H9 - o choro do seu bebé SIM  Não

**I - A enfermeira incentivou-o a:**

- I1 - auxiliar a mãe a amamentar o seu bebé SIM  Não
- I2 - aproximar-se do bebé quando estava em cima da barriga da mãe SIM  Não
- I3 - olhar para o seu bebé através de gestos SIM  Não
- I4 - olhar para o seu bebé através de indicações verbais SIM  Não

**J - Com a supervisão e ajuda da enfermeira, o pai:**

- J1 - cortou o cordão umbilical ao seu bebé SIM  Não
- J2 - colocou a fralda ao seu bebé SIM  Não
- J3 - deu banho ao seu bebé SIM  Não
- J4 - vestiu o seu bebé SIM  Não
- J5 - acalmou o choro do seu bebé SIM  Não
- J6 – tocou ou pegou ao colo o seu bebé SIM  Não

**K - A enfermeira mostrou-se disponível para o ajudar** SIM  Não

**L - A enfermeira elogiou a sua participação** SIM  Não

**M - A enfermeira deu-lhe conselhos para cuidar do seu bebé** SIM  Não

**N - A enfermeira deu-lhe ordens para cuidar do seu bebé** SIM  Não

### III Grupo

Agora que já estabeleceu o primeiro contacto com o seu filho, gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre a importância que cada intervenção tem na sua aproximação afectiva com o bebé, atendendo que cada pai vive de modo único, o momento do nascimento do seu filho.

Assinale com um X a opção que estiver mais de acordo com aquilo que pensa.

#### 1. Em relação ao corte do cordão umbilical, o pai deve:

- **1.1. ser informado em pormenor**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **1.2. ser incentivado a cortar**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **1.3. cortar o cordão com supervisão e ajuda da enfermeira**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 2. Em relação a colocar a fralda ao bebé, o pai deve:

- **2.1. ser incentivado a colocar a fralda**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **2.2. colocar a fralda com supervisão e ajuda da enfermeira**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **2.3. ser informado em pormenor**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 3. Em relação ao peso do bebé, o pai deve:

- **3.1. ser informado em pormenor**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 4. Em relação ao choro do bebé, o pai deve:

- **4.1. ser incentivado a acalmar o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **4.2. ser informado em pormenor sobre o choro do bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **4.3. deve acalmar o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 5. Em relação ao banho do bebé, o pai deve:

- **5.1. ser informado em pormenor**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **5.2. dar o banho ao bebé com supervisão e ajuda da enfermeira**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **5.3. ser incentivado a dar o banho**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 6. Em relação ao vestir o bebé, o pai deve:

- **6.1. ser incentivado a vestir o bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **6.2. vestir o bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **6.3. ser informado em pormenor**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 7. Em relação à injeção que foi dada ao seu bebé, o pai deve:

- **7.1. ser informado em pormenor**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **7.2. estar presente, junto ao bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 8. Em relação ao tocar e acariciar, o pai deve:

- **8.1. tocar e acariciar o seu bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **8.2. ser informado em pormenor sobre a sua importância**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **8.3. ser incentivado a tocar e acariciar o seu bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 9. Em relação à aspiração de secreções do seu bebé, o pai deve:

- **9.1. estar presente junto do bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

- **9.2. ser informado em pormenor**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 10. Em relação ao olhar para o seu bebé, o pai deve:

- **10.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **10.2. olhar atentamente para o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **10.3 ser incentivado a olhar atentamente para o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 11. Em relação ao pegar ao colo o bebé, o pai deve:

- **11.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **11.2. pegar ao colo o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **11.3. ser incentivado a pegar ao colo o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 12. Em relação às gotas que foram aplicadas nos olhos do seu bebé, o pai deve:

- **12.1. estar presente junto do bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **12.2. ser informado em pormenor**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 13. Em relação ao contacto pele-a-pele do bebé com a barriga da mãe, o pai deve:

- **13.1. ser incentivado a aproximar-se do bebé e da mãe**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **13.2. ser informado sobre a sua importância**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **13.3. manter-se junto do bebé e da mãe**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

#### 14. Em relação à amamentação, o pai deve:

- **14.1. auxiliar a mãe a amamentar o seu bebé**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **14.2. ser informado sobre a importância em auxiliar a mãe na amamentação**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante
- **14.3. ser incentivado a auxiliar a mãe durante a amamentação**  
Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

**15. Para facilitar a sua aproximação com o seu bebé é essencial:**

• **15.1. a disponibilidade da enfermeira**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

• **15.2. a enfermeira ensinar o pai a cuidar do seu bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

• **15.3. a enfermeira elogiar a participação do pai nos cuidados ao seu bebé**

Nada importante  Pouco importante  Importante  Muito importante  Extremamente importante

**IV Grupo**

Na sua opinião, que outras acções devem ser desenvolvidas para facilitar o seu envolvimento emocional com o bebé após o parto?

---

---

---

---

Muito Obrigada

Felicidades!



## **Anexo V**

---

Tabela sumária dos resultados da grelha de observação sistemática



**Frequência relativa das acções de enfermagem observadas na Categoria  
Competências Técnico-Relacionais**

<b>COMPETÊNCIAS TÉCNICO-RELACIONAIS</b>	<i>Acções de enfermagem</i>	% de inquiridos
<i>VALORIZA A CAPACIDADE DO PAI</i>	Cortar o cordão umbilical	37,5
	Dar o banho	0
	Colocar a fralda	6,3
	Vestir o bebé	6,3
	Acalmar o bebé	21,9
<i>PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NOS CUIDADOS</i>	Cortar o cordão umbilical	28,1
	Dar o banho	0
	Colocar a fralda	3,1
	Vestir o bebé	0
	Acalmar o bebé	50
<i>INCENTIVA A APROXIMAÇÃO FÍSICA DA TRÍADE</i>	Pegar ao colo	84,4
	Contacto no ventre materno	71,9
	Amamentação	0

**Frequência relativa das acções de enfermagem observadas na Categoria  
Competências Técnicas**

<b>COMPETÊNCIAS TÉCNICAS</b>	<i>Acções de enfermagem</i>	% Inquiridos
	Cortar o cordão umbilical	71,9
	Aspiração de secreções	6,3
	Dar banho	9,4
	Pesar o recém-nascido	9,4
	Administrar Vitamina K	12,5
	Aplicar colírio	12,5
	Colocar a fralda	9,4
	Vestir o bebé	12,5

**Frequência relativa das acções de enfermagem observadas na Categoria  
Competências Relacionais**

<b>COMPETÊNCIAS RELACIONAIS</b>	<i>Acções de enfermagem</i>	<b>% Inquiridos</b>
<i>INFORMA EM PORMENOR</i>	Cortar o cordão umbilical	28,1
	Aspiração de secreções	3,1
	Dar o banho	6,3
	Peso do bebé	40,6
	Administração de vitamina K	12,5
	Aplicação do colírio	15,6
	Colocar a fralda	12,5
	Vestir o bebé	6,3
	Choro do bebé	28,1
	Outros	6,3
<i>INCENTIVA O TOQUE</i>	Indicação verbal	81,2
	Indicação não verbal	62,5
<i>INCENTIVA O CONTACTO VISUAL PAI-BEBÉ</i>	Indicação verbal	84,4
	Indicação não verbal	81,2
<i>ESCUITA</i>		9,4
<i>EMITE ORDENS</i>		25
<i>EMITE CONSELHOS</i>		28,1
<i>EMITE REFORÇOS</i>	Verbal	37,5
	Não verbal	12,5

## **Anexo VI**

---

Estatísticas descritivas e % de casos “Extremamente Importante”  
relativas às questões do grupo III



**Estatísticas descritivas e % de casos “Extremamente Importante”  
relativas às questões do grupo III (itens ordenados por ordem  
decrecente da média)**

<i>Grupo III</i>	Média	Dp	Mín.	Máx.	Ext. importante
<i>1. Em relação ao corte do cordão umbilical, o pai deve:</i>					
1.3. cortar o cordão com supervisão e ajuda da enfermeira	4,3	1,0	2	5	59,4%
1.1. ser informado em pormenor	3,9	1,0	2	5	31,3%
1.2. ser incentivado a cortar	3,7	1,2	1	5	28,1%
<i>2. Em relação a colocar a fralda ao bebé, o pai deve:</i>					
2.3. ser informado em pormenor	3,8	1,0	2	5	31,3%
2.2. colocar a fralda com supervisão e ajuda da enfermeira	3,6	0,9	2	5	12,5%
2.1. ser incentivado a colocar a fralda	3,4	0,8	2	5	9,4%
<i>3. Em relação ao peso do bebé, o pai deve:</i>					
3.1. ser informado em pormenor	3,8	1,0	2	5	28,1%
<i>4. Em relação ao choro do bebé, o pai deve:</i>					
4.3. deve acalmar o seu bebé	4,7	0,6	3	5	71,9%
4.2. ser informado em pormenor sobre o choro do bebé	4,3	0,9	2	5	50,0%
4.1. ser incentivado a acalmar o seu bebé	4,3	0,8	3	5	46,9%
<i>5. Em relação ao banho do bebé, o pai deve:</i>					
5.1. ser informado em pormenor	3,7	0,8	2	5	15,6%
5.3. ser incentivado a dar o banho	3,4	1,2	1	5	15,6%
5.2. dar o banho ao bebé com supervisão e ajuda da enfermeira	3,3	1,2	1	5	15,6%
<i>6. Em relação ao vestir o bebé, o pai deve:</i>					
6.3. ser informado em pormenor	3,5	0,9	1	5	15,6%
6.2. vestir o bebé	3,3	1,1	1	5	12,5%
6.1. ser incentivado a vestir o bebé	3,2	1,0	1	5	6,3%
<i>7. Em relação à injeção que foi dada ao seu bebé, o pai deve:</i>					
7.1. ser informado em pormenor	4,1	1,0	2	5	46,9%
7.2. estar presente, junto ao bebé	3,8	1,3	1	5	37,5%
<i>8. Em relação ao tocar e acariciar, o pai deve:</i>					
8.1. tocar e acariciar o seu bebé	4,8	0,5	3	5	84,4%
8.3. ser incentivado a tocar e acariciar o seu bebé	4,5	0,8	2	5	62,5%
8.2. ser informado em pormenor sobre a sua importância	4,3	0,9	2	5	56,3%
<i>9. Em relação à aspiração de secreções do seu bebé, o pai deve:</i>					
9.2. ser informado em pormenor	3,7	1,1	1	5	25,0%
9.1. estar presente junto do bebé	3,3	1,2	1	5	18,8%
<i>10. Em relação ao olhar para o seu bebé, o pai deve:</i>					
10.2. olhar atentamente para o seu bebé	4,4	0,9	3	5	65,6%
10.3. ser incentivado a olhar atentamente para o seu bebé	4,4	0,9	2	5	65,6%
10.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância	4,2	0,9	3	5	50,0%

<i>Grupo III</i>	Média	Dp	Mín.	Máx.	Ext. importante
<i>11. Em relação ao pegar ao colo o bebé, o pai deve:</i>					
11.2. pegar ao colo o seu bebé	4,8	0,6	3	5	81,3%
11.3. ser incentivado a pegar ao colo o seu bebé	4,6	0,7	3	5	68,8%
11.1. ser informado em pormenor sobre a sua importância	4,5	0,9	1	5	65,6%
<i>12. Em relação às gotas que foram aplicadas no olhos do seu bebé, o pai deve:</i>					
12.2. ser informado em pormenor	3,8	1,0	2	5	31,3%
12.1. estar presente junto do bebé	3,4	1,2	1	5	21,9%
<i>13. Em relação ao contacto pele-a-pele do bebé com a barriga da mãe, o pai deve:</i>					
13.3. manter-se junto do bebé e da mãe	4,8	0,4	3	5	87,5%
13.1. ser incentivado a aproximar-se do bebé e da mãe	4,4	0,7	3	5	56,3%
13.2. ser informado sobre a sua importância	4,4	0,8	3	5	56,3%
<i>14. Em relação à amamentação, o pai deve:</i>					
14.1. auxiliar a mãe a amamentar o seu bebé	4,6	0,7	3	5	75,0%
14.2. ser informado sobre a importância em auxiliar a mãe na amamentação	4,3	0,7	3	5	50,0%
14.3. ser incentivado a auxiliar a mãe durante a amamentação	4,3	0,8	3	5	46,9%
<i>15. Para facilitar a sua aproximação com o bebé é essencial:</i>					
15.1. a disponibilidade da enfermeira	4,4	0,8	3	5	59,4%
15.2. a enfermeira ensinar o pai a cuidar do seu bebé	4,2	0,9	2	5	46,9%
15.3. a enfermeira elogiar a participação do pai nos cuidados ao seu bebé.	4,2	1,0	1	5	46,9%

Dp = Desvio padrão; Mín. = Valor mínimo; Máx. = Valor máximo; Ext. imp. = Extremamente importante

## **Anexo VII**

---

Valores de coeficiente de correlação de *Spearman* entre as dimensões valorizadas pelos pais na prática de enfermagem



### Valores de coeficiente de correlação de *Spearman* entre as dimensões valorizadas pelos pais na prática de enfermagem

<i>Dimensões (Grupo III)</i>	Pegar ao colo	Contacto pele-a-pele no ventre materno	Tocar e acariciar	Amamentação	Choro do bebé	Olhar para o bebé	Características do enfermeiro	Corte do cordão umbilical	Administração de vitamina K	Peso do bebé	Colocar a fralda	Aplicação do colírio	Aspiração de secreções	Banho do bebé	Vestir o bebé
Pegar ao colo	1														
Contacto pele-a-pele no ventre materno	0,764**	1													
Tocar e acariciar	0,766**	0,830**	1												
Amamentação	0,529**	0,532**	0,590**	1											
Choro do bebé	0,611**	0,662**	0,618**	0,470**	1										
Olhar para o bebé	0,777**	0,880**	0,834**	0,584**	0,682**	1									
Características do enfermeiro	0,350*	0,372*	0,433*	0,504**	0,431*	0,301	1								
Corte do cordão umbilical	0,296	0,491**	0,617**	0,418*	0,473**	0,478**	0,463**	1							
Administração de Vitamina K	0,145	0,197	0,337	0,006	0,056	0,210	0,201	0,440*	1						
Peso do bebé	-0,029	-0,038	-0,037	0,055	-0,215	-0,165	0,088	-0,014	0,392*	1					
Colocar a fralda	0,073	0,054	0,155	0,291	0,058	0,009	0,585**	0,283	0,336	0,483**	1				
Aplicação do colírio	0,237	0,310	0,284	0,000	0,223	0,278	0,514**	0,301	0,650**	0,298	0,444*	1			
Aspiração de secreções	0,437*	0,256	0,351*	-0,041	0,214	0,312	0,203	0,283	0,714**	0,142	0,326	0,663**	1		
Banho do bebé	-0,023	-0,187	-0,131	0,001	-0,231	-0,184	0,195	-0,083	0,003	0,333	0,568**	0,169	0,119	1	
Vestir o bebé	0,128	0,054	0,041	0,038	-0,151	0,117	-0,043	-0,032	0,119	0,219	0,375*	0,198	0,242	0,725**	1

Resultados de acordo com o Rho de Spearman (\*p < 0,05; \*\*p < 0,01)

