

ANA CRISTINA FIGUEIREDO CORREIA E SILVA

**CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO –
O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DAS COMPETÊNCIAS
PARENTAIS**

Dissertação elaborada sob orientação da Professora Doutora Natália Ramos,
apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Comunicação em Saúde



UNIVERSIDADE ABERTA DE LISBOA

2006

RESUMO

As acções de promoção de saúde pertinentes e de qualidade desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários, são fundamentais porque visam facultar aos Pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Desta forma, torna-se imperioso conhecer as dificuldades dos Pais no cuidar do Recém-Nascido (RN) no período pós-parto, para que se possa promover uma melhor adaptação aos seus novos papéis e desenvolver competências parentais no âmbito da prestação de cuidados ao RN. Actualmente, a maioria dos Pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao RN, pelo que é essencial que possuam as competências necessárias para o cuidar do seu bebé.

Este estudo tem como finalidade conduzir à reflexão sobre a temática, no sentido de instituir mudanças nas práticas de cuidados ao nível do Centro de Saúde, que conduzam a um envolvimento efectivo dos Pais nos cuidados a prestar aos filhos, capacitando-os para cuidarem destes no futuro.

Neste contexto, esta investigação insere-se no paradigma quantitativo e qualitativo com uma abordagem exploratória, descritiva e transversal e tem como principais objectivos para o grupo dos profissionais de saúde, conhecer a opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN e analisar as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais. Para o grupo dos Pais, tem como objectivo identificar os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN e analisar as competências que os Pais apresentam no cuidar do RN.

Utilizámos duas amostras não probabilísticas e intencionais constituídas por sete Enfermeiros (N=7) e por onze RN/Pais (N=11).

Foram utilizados vários métodos e instrumentos de colheita de dados, o questionário e a observação participante no grupo dos profissionais de saúde e a entrevista semi-estruturada e a observação fílmica no grupo dos Pais. Relativamente à análise dos dados quantitativos utilizámos o programa estatístico SPSS e na análise dos dados qualitativos optámos por utilizar a técnica de análise de conteúdo e a técnica de análise *Alceste*.

As principais conclusões a que chegámos foram:

- Os Enfermeiros consideram que os Pais apresentam um nível baixo de conhecimentos no que concerne à eliminação de uratos e à fase de desenvolvimento psicossocial do RN.
- Os Enfermeiros consideram que os Pais apresentam um nível elevado de dificuldades:
 - ⇒ no que respeita à *Alimentação do RN* - no reflexo de sucção, nos cuidados com as mamas e na preparação do leite artificial;

- ⇒no que concerne à *Eliminação do RN* - na eliminação de uratos, na frequência e características das fezes, na técnica de alívio das cólicas e na definição de obstipação e técnica de estimulação;
 - ⇒no que se refere à *Higiene e Conforto do RN* - nos cuidados ao coto umbilical;
 - ⇒no que respeita ao *Afecto e Estimulação do RN* - na interacção Pais-RN, na estimulação verbal e táctil e na estimulação com um brinquedo;
 - ⇒no que toca à *Adaptação ao Papel Parental* na figura significativa como principal prestadora de cuidados;
 - ⇒no que concerne à *Segurança e Prevenção de Acidentes* no posicionamento ao deitar, na manobra de Heimlich, na exposição solar e no risco de quedas e queimaduras e na utilização de acessórios;
 - ⇒no que respeita à *Sexualidade do RN* na fase de desenvolvimento psicosssexual do RN (fase oral);
 - ⇒no que concerne a todas as categorias da dimensão *Vigilância de Saúde do RN*, nomeadamente, na utilização dos documentos de saúde do RN, no conhecimento das vacinas a administrar ao nascimento e na conduta perante situações como icterícia, obstrução nasal, obstipação e cólica abdominal.
- Os Enfermeiros no âmbito da 1ª Consulta de Vigilância do RN não cumprem o preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* no que se refere à promoção dos cuidados antecipatórios.
 - Os Pais referem preocupações e dificuldades na adaptação ao seu novo papel, revelando uma maior preparação aqueles que têm conhecimentos práticos adquiridos através de experiências anteriores do que daqueles que têm conhecimentos teóricos adquiridos durante a gravidez e no período pós-parto. Salientam a falta do apoio da família alargada e a necessidade de existir um maior suporte e apoios na comunidade para uma melhor adaptação a esta fase do ciclo de vida.
 - As mães referem três grandes dificuldades: no relacionamento do RN em casa, a nível da identificação das suas necessidades, da amamentação e dos estados de consciência do RN; na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN, principalmente no banho e nos cuidados ao coto umbilical e na prestação de cuidados que visam a segurança e a prevenção de acidentes.
 - A nível das competências parentais verificámos que os Pais apresentam algumas lacunas no domínio da prestação de cuidados ao RN, nomeadamente, a nível da amamentação e na prestação de cuidados de higiene e conforto manifestando sentimentos de medo e receio de mexer no RN. Apresentaram competências no âmbito da interacção com o RN e na adaptação ao papel parental verificando-se uma grande envolvência do pai na prestação de cuidados ao RN.

SUMMARY

Pertinent and good quality activities to promote health care are fundamental in supplying parents with the knowledge they need to better perform the parental role. Therefore it is vital that the difficulties that parents have in caring for their newborns in the post natal period are known, so that it is possible to facilitate an easier adaptation to their new roles and to develop parental competency as part of the care given to the newborn. Currently most parents do not have family support in caring for their newborns and so it is essential that they have the necessary competencies to look after their baby.

The subject of this study is to encourage reflection on this theme, with the aim of instilling changes in the care given by health centres during the post natal period, which lead to more effective involvement of the parents in the care given to their children, giving them the capacity to care for them in the future. In this context, this investigation fits into a quantitative and qualitative paradigm with an exploratory, descriptive and transversal approach. The main objectives for the group of health care professionals are: to learn the opinion of the nurses about the knowledge and difficulties that parents have when caring for the newborn; to analyse the procedures that the nurses put in to practice during the first consultation with the newborn with a view to developing parental competencies. For the group of parents the objectives are to identify the knowledge and difficulties that parents show in caring for the newborn and to analyse the competencies that parents show in caring for the newborn.

We used two non probabilistic and intentional samples made up of seven nurses (N=7) and eleven newborns/parents (N=11).

Several methods and instruments for collecting data were used a questionnaire; a participative observation of the health care professionals group; a semi-structured interview; and a filmed observation of the parental group. Concerning the analysis of the quantitative data, we used the SPSS statistical program and in the analysis of the qualitative data we chose to use the contents analysis technique and the Alceste analysis technique.

The main conclusions we have reached are:

- The nurses' opinion is that the parents showed a low level of knowledge concerning the elimination of urates and the psychosexual development of the newborn.
- The nurses believe that the parents demonstrated a high level of difficulty:
 - ⇒ regarding *feeding the newborn* - the sucking reflex, care of the breasts and preparation of artificial milk;
 - ⇒ regarding *newborn eliminations* - eliminating urates, frequency and characteristics of faeces, techniques for relieving colic and the definition of constipation and stimulation techniques;

⇒ as far as hygiene and comfort of the newborn is concerned, care of the umbilical stump
⇒ relative to *affection and stimulation of the newborn* - in parental/newborn interaction, in verbal and tactile stimulation and in stimulation with a toy;
⇒ regarding *adaptation to the parental role* as primary care giver;
⇒ concerning *safety and accident prevention* when laying the baby down, the Heimlich manoeuvre, exposure to the sun and risk of falls and burns and the use of accessories;
⇒ relative to the sexuality of the newborn in the psychosexual development phase of the newborn (oral phase);
⇒ and as regards all the categories involved in the *vigilance of the health of the newborn*, namely the use of the newborn's health documents, the knowledge of vaccines that are to be given after the birth and what to do in situations of jaundice, nasal obstruction, constipation and abdominal colic.

- The nurses don't comply with the *Child Health Nursing Consultation Orientation Guide* as far as promotion as anticipatory care is concerned.
- The parents mention worries and difficulties in adapting to their new role, revealing that those who have acquired practical knowledge through previous experience have greater preparation than those who have acquired theoretical knowledge during the pregnancy and post natal period. They point out the lack of support from the extended family and the need for greater help and support in the community for easier adaptation to this phase of life.
- The mothers mentioned three major difficulties: relating to the newborn at home as regards identifying their needs, breastfeeding and the states of consciousness of the newborn; the provision of hygiene and comfort to the newborn, mainly the bath and umbilical stump care, and in providing care aimed at safety and prevention of accidents.
- Regarding parental competencies we verified that the parents demonstrate some gaps in their knowledge of care provision to the newborn, namely concerning breastfeeding, hygiene and comfort provision, while showing fear in handling the newborn. They showed competencies when interacting with the newborn and adapting to the parental role, demonstrating a greater involvement of the father in caring for the newborn.

RÉSUMÉ

Les actions de promotion de santé pertinentes et de qualité développées dans le contexte des soins de santé primaires sont fondamentales car elles visent doter les parents de connaissances nécessaires pour exercer au mieux leur fonction parentale. Ainsi, connaître les difficultés des parents lorsqu'ils soignent le nouveau-né (NN) pendant la période post-natale devient impératif, pour pouvoir promouvoir une meilleure adaptation à leurs nouveaux rôles et développer des compétences parentales dans le cadre de l'assistance au NN.

Actuellement la plupart des parents ne disposent pas de soutien familial lors de la prestation de soins au NN, il est ainsi essentiel qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour soigner leur bébé.

Cette étude a pour but de mener à une réflexion sur la thématique, dans le sens d'instituer des changements dans la mise en pratique des soins au niveau des "Centres de Santé" pendant la période post-natale, qui mènent à l'engagement effectif des parents dans les soins à prêter à leurs enfants en les rendant capables de les soigner dans l'avenir.

Dans ce contexte, cette investigation s'insère dans le paradigme quantitatif et qualitatif avec un abordage exploratoire, descriptif et transversal et a pour objectifs principaux, auprès du groupe de professionnels de santé, de connaître l'opinion des infirmiers sur les connaissances et les difficultés que les parents présentent lorsqu'ils soignent le NN et d'analyser les pratiques que les infirmiers emploient pendant la première consultation de contrôle du NN afin de développer les compétences parentales. Quant au groupe des parents, elle a pour objectif d'identifier les connaissances et les difficultés que les parents présentent en soignant le NN et d'analyser les compétences qu'ils démontrent dans ces soins.

Deux échantillons non probabilistes et intentionnels constitués par sept infirmiers (N=7) et par onze NN/parents (N=11) ont été utilisés.

On a employé plusieurs méthodes et instruments de recueil de données, le questionnaire et l'observation participante auprès du groupe des professionnels de santé, et l'interview semi structurée ainsi que l'observation filmique auprès du groupe des parents. Quant à l'analyse des données quantitatives, on a utilisé le programme statistique SPSS et, pour l'analyse des données qualitatives, on a choisi la technique d'analyse de contenu et la technique d'analyse *A/ceste*.

On est parvenu aux suivantes conclusions principales:

- ♦ Les infirmiers considèrent que les parents présentent un faible niveau de connaissances en ce qui concerne l'élimination d'urates et la phase de développement psycho sexuel du NN.
- ♦ Les infirmiers considèrent que les parents présentent un niveau élevé de difficultés en ce qui:

- ⇒ *regarde l'Alimentation du NN* - le reflux de succion, les soins des seins et la préparation du lait artificiel;
 - ⇒ *concerne l'Élimination du NN* - l'élimination d'urates, la fréquence et caractéristique des excréments, la technique et soulagement des coliques ainsi que la définition de constipation et la technique de stimulation;
 - ⇒ *relativement à l'Hygiène et au Confort du NN* - les soins du cordon ombilical;
 - ⇒ *regarde l'Affection et la Stimulation du NN* - l'interaction parents NN, la stimulation verbale et tactile, ainsi que la stimulation par un jouet;
 - ⇒ *concerne l'Adaptation au Rôle Parental* comme figure significative en tant que principale prestataire de soins;
 - ⇒ *concerne la Sécurité et la Prévention d'Accident*, le positionnement au coucher, la manœuvre de Heimlich, l'exposition solaire, le risque de chutes et brûlures et l'utilisation d'accessoires;
 - ⇒ *regarde la Sexualité du NN* pendant la période de développement psycho sexuel du NN (phase orale);
 - ⇒ *concerne toutes les catégories du domaine Contrôle de Santé du NN* notamment, l'utilisation des documents de santé du NN, les connaissances des vaccins à administrer à la naissance et la conduite face aux situations comme la jaunisse, l'obstruction nasale, la constipation et la colique abdominale.
- Dans le cadre de la première Consultation de Contrôle du NN, les infirmiers n'accomplissent pas ce que préconise le *Guide Orienteur de la Consultation d'Infirmier de Santé Infantile* relativement à la promotion des soins anticipatoires.
 - Les parents montrent des soucis et des difficultés d'adaptation à leur nouveau rôle. Ceux qui ont des connaissances pratiques acquises à travers d'expériences antérieures ont révélé une meilleure préparation par rapport à ceux qui détiennent des connaissances théoriques acquises pendant la grossesse et période post-natale. Ils signalent le manque de soutien d'une famille élargie et proclament la nécessité d'un plus grand support et l'existence d'aides dans la communauté pour une meilleure adaptation à cette phase du cycle de vie.
 - Les mères dévoilent trois grandes difficultés: la relation du NN à la maison, au niveau de l'identification de ses besoins, de l'allaitement et des états de conscience du NN; la prestation de soins d'hygiène et de confort au NN, principalement pendant le bain et les soins du cordon ombilical et dans la prestation de soins qui visent la sécurité et la prévention d'accidents.
 - Quant aux compétences parentales on a vérifié que les parents présentent quelques lacunes dans le cadre de l'assistance au NN, notamment au niveau de l'allaitement et de la prestation de soins d'hygiène et confort en manifestant des sentiments de peur et de crainte de toucher le NN. Ils présentent des compétences dans le domaine de l'interaction avec le NN et de l'adaptation au rôle parental et on constate un grand engagement du père dans l'assistance au NN.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho de dissertação requer uma grande disponibilidade pessoal e necessita do apoio e contributo de todos os que nos rodeiam: familiares, amigos, colegas e professores. Ao longo de todo o processo, foram estes contributos que funcionaram como elementos facilitadores da realização deste trabalho. Pois desde o primeiro momento obtive colaboração, apoio e solidariedade de todas estas pessoas. Na impossibilidade de mencionar todos os que de alguma forma me apoiaram e acarinharam, deixo desde já para todos os meus agradecimentos e, referirei apenas aqueles que mais directamente comigo trabalharam ou mais fortemente me “tocaram”:

À minha orientadora Professora Doutora Natália Ramos, pelo carinho com que me recebeu neste mestrado; pelo apoio, incentivo e orientação que me proporcionou ao longo deste trabalho.

À minha amiga Irene Soares pelo carinho com que se dedicou a este trabalho, pela crítica positiva e reflexão conjunta dos instrumentos de colheita de dados, pela competência e seriedade com que observou os vídeos dos RN/Pais que fizeram parte deste estudo.

À minha amiga Alice Curado pelas sugestões e reflexões críticas com que me acompanhou na execução de toda a investigação empírica.

À minha amiga Célia Soares por todo o apoio dado nos procedimentos da análise Alceste.

Às minhas amigas Maria Brites C. Cardoso e Fernanda Gaspar Brites pelo apoio incondicional e carinho com que leram todas estas páginas.

Aos Professores e colegas da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende pela forma como partilharam comigo os seus saberes.

À Sub-Região de Saúde de Setúbal e Direcção do Centro de Saúde, o meu muito obrigado por tão gentilmente me terem facilitado a recolha de dados.

À Dr.^a Maria da Luz e Enfermeira Amélia Silva, Coordenadoras da Extensão de Saúde os meus sinceros agradecimentos por todo o apoio que me deram.

Aos Enfermeiros que acederam dispensar algum do seu tempo precioso para responderem ao questionário, o meu muito obrigado pela disponibilidade, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

A todos os profissionais da Extensão de Saúde onde foi desenvolvida a recolha de dados pela disponibilidade com que me receberam, atenderam e facilitaram a minha presença no local.

Ao Daniel Silva do Serviço de Audiovisuais da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende pela colaboração no tratamento dos vídeos dos RN/Pais.

Aos RN/Pais que acederam colaborar neste trabalho, o meu muito obrigado pela disponibilidade manifestada, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

À minha família que sempre me tem apoiado nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu marido por ter conseguido conviver, nestes últimos meses, com momentos de angústia, aceleração e medo de não chegar ao fim. Obrigado pelo amor com que cuida de mim e brinca com as minhas confusões.

Às minhas filhas Madalena de 7 anos e Joana de 4 anos pela privação com que passaram da minha pessoa, pelo amor e vontade de brincar.

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	18
PARTE I – ABORDAGEM TEÓRICA	
CAPÍTULO I – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	24
1. Representações da Gravidez e Maternidade	24
1.1. Tarefas de Desenvolvimento da Maternidade	29
2. A Paternidade	33
3. O Período Pós-Parto	37
3.1. Dificuldades associadas ao Período Pós-Parto	39
CAPÍTULO II – ESTABELECIMENTO DA VINCULAÇÃO E INTERACÇÃO ENTRE PAIS-RN	52
1. O Processo de Vinculação da Tríade	52
2. O Recém-Nascido e os seus Sistemas de Interação	35
2.1. Competências Sensoriais do Recém-Nascido	26
2.2. Competências Comportamentais do Recém-Nascido	24
CAPÍTULO III – A SAÚDE E A ARTE DE CUIDAR	71
1. A Saúde e os Cuidados de Saúde Primários	71
1.1. O Cuidar e a Intervenção do Enfermeiro	76
2. O Caminho para o Desenvolvimento das Competências Parentais	79
2.1. A Promoção de Cuidados Antecipatórios ao RN/Pais	82
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	
CAPÍTULO IV – OBJECTIVOS DO ESTUDO	102
1. Enunciado do Problema	102

2. Questões de Investigação	105
3. Limitações do Estudo	106
CAPÍTULO V – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	108
1. Selecção e Caracterização dos Participantes	108
2. Descrição dos Instrumentos de Recolha de Dados	117
2.1. Instrumentos utilizados com os Profissionais de Saúde	118
2.2. Instrumentos utilizados com os RN/Pais	124
3. Procedimentos de Recolha de Dados	132
4. Processo de Análise de Dados e Métodos Estatísticos Utilizados	134
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
CAPÍTULO VI – O ENFERMEIRO E A PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS AO RN	139
1. Caracterização Sócio-Demográfica dos Profissionais de Saúde	139
2. A Promoção de Cuidados Antecipatórios na opinião dos Enfermeiros	141
3. O «Estado da Arte» das Práticas de Cuidados de Enfermagem	148
3.1. Concepções dos Profissionais de Saúde da sua Prática de Cuidados	148
3.2. Das Práticas de Cuidados ao Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil	155
4. Conhecimentos e Dificuldades dos Pais na opinião dos Enfermeiros	163
CAPÍTULO VII – OS PAIS E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	183
1. Caracterização Sócio-Demográfica dos RN/Pais	183
2. Conhecimentos e Dificuldades verbalizados pelos Pais	187
2.1. A Promoção de Cuidados Antecipatórios na opinião dos Pais	212
3. O «Estado da Arte» do Cuidar dos Pais	212
CONCLUSÕES E SUGESTÕES	
1. Conclusões Gerais	219

2. Sugestões	237
--------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relativas ao Tema	239
2. Relativas à Metodologia de Investigação	249

ANEXOS

Anexo I – Questionário – Grupo dos Profissionais de Saúde	253
Anexo II – Grelha de Observação Participante – Grupo dos Profissionais de Saúde	264
Anexo III – Guião da Entrevista – Grupo dos Pais	269
Anexo IV – Grelha de Observação Fílmica – Grupo dos Pais	277

INDÍCE DE QUADROS

	P.
Quadro nº 1 – Variáveis do Grupo dos Profissionais de Saúde	113
Quadro nº 2 – Variáveis do Grupo dos RN/Pais	115
Quadro nº 3 – Representação das Dimensões, Categorias de Observação e Critérios de avaliação da prática de cuidados prestados ao RN	130
Quadro nº 4 - Distribuição dos Enfermeiros pela Idade	139
Quadro nº 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Grau de Carreira	140
Quadro nº 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Exercício Profissional / Tempo de Exercício Profissional em Saúde Infantil e Juvenil	140
Quadro nº 7 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as Habilitações Académicas / Habilitações Profissionais	141
Quadro nº 8 – Opinião dos Enfermeiros sobre os Factores de Influência nas práticas de Cuidados	149
Quadro nº 9 – Síntese da Categorização do Tema Factores que Influenciam a Prática de Cuidados	150
Quadro nº 10 – Análise das Dimensões Observadas no Domínio da Prestação de Cuidados	156
Quadro nº 11 – Síntese dos Itens Observados no Tema <i>Comunicação Interpessoal</i>	160
Quadro nº 12 – Síntese dos Itens Observados no Tema <i>Contexto situacional</i>	162

Quadro nº 13 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Alimentação do RN</i>	164
Quadro nº 14 - Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Alimentação do RN</i> na componente do <i>Aleitamento Materno</i>	165
Quadro nº 15 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Alimentação do RN</i> na componente do <i>Aleitamento Artificial</i>	166
Quadro nº 16 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Eliminação do RN</i> na componente <i>Eliminação Vesical</i>	168
Quadro nº 17 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Eliminação do RN</i> na componente <i>Eliminação Intestinal</i>	169
Quadro nº 18 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Higiene e Conforto do RN</i>	170
Quadro nº 19 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Vestuário do RN</i>	172
Quadro nº 20 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Sono e Repouso do RN</i>	173
Quadro nº 21 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Afecto e Estimulação do RN</i>	174
Quadro nº 22 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Adaptação ao Papel Parental</i>	176
Quadro nº 23 - Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão <i>Sexualidade</i>	179

Quadro nº 24 – Distribuição dos Pais pelas Idades	183
Quadro nº 25 – Distribuição dos RN por Sexo / Idade	184
Quadro nº 26 – Distribuição dos Pais pela Escolaridade	185
Quadro nº 27 – Distribuição dos Pais pela Profissão / Ocupação	186
Quadro nº 28 – Distribuição do N° de Filhos anteriores pelos Pais	187

INDÍCE DE FIGURAS

	P.
Figura nº 1 – Folheto da “Icterícia do Bebê”	98
Figura nº 2 – Folheto “Obstrução Nasal”	99
Figura nº 3 – Folheto “Obstipação”	100
Figura nº 4 – Folheto da “Cólica do Bebê”	101
Figura nº 5 – Opinião dos Enfermeiros sobre o que é a Promoção de Cuidados Antecipatórios	142
Figura nº 6 – Mudanças a estabelecer na Promoção de Cuidados Antecipatórios	146
Figura nº 7 – Estrutura das Classes Temáticas: Análise Alceste	189
Figura nº 8 – Projecção Factorial das Variáveis e das Classes	208

INDÍCE DE GRÁFICOS

	P.
Gráfico nº 1 – Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal em Portugal nos últimos anos	72
Gráfico nº 2 – Importância atribuída à Promoção de Cuidados Antecipatórios	144
Gráfico nº 3 – Adequação da Promoção de Cuidados Antecipatórios	144
Gráfico nº 4 – Somatório das Dimensões com <i>Score 8</i>	157
Gráfico nº 5 – Somatório das Dimensões com <i>Score 4</i>	157
Gráfico nº 6 – Somatório das Dimensões com <i>Score 3</i>	157
Gráfico nº 7 – Somatório das Categorias Observadas (N=11)	212

INTRODUÇÃO

Durante o período pós-parto os Pais têm de se adaptar às múltiplas alterações que se lhes colocam a nível físico, psicológico e relacional, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar pela integração de um novo membro na família.

Os primeiros dias após o parto são habitualmente ricos em experiências de cuidar e sentidos pelos Pais e profissionais de saúde como determinantes para o sucesso do processo que se inicia. Estas práticas de cuidar já tem em conta a mudança do papel do pai nas famílias, onde se constata um maior envolvimento na participação dos cuidados ao RN, decorrentes da realidade do quotidiano das famílias, onde os novos valores instituídos a nível sócio/familiar com mães e pais trabalhadores, alterou os papéis de mãe e pai, e também pelo actual enquadramento legal da maternidade/paternidade.

Este envolvimento do pai torna-se indispensável para o equilíbrio familiar e para o desenvolvimento harmonioso da criança. O pai não substitui a mãe mas complementam-se, o processo de vinculação do RN dá-se com ambos os progenitores, formando contextos de interacção diferentes com cada um dos Pais.

Por outro lado, muitos profissionais de saúde que trabalham com os Pais nesta fase do ciclo de vida, consideram que ambos, necessitam de muita informação durante este período, no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança nos cuidados ao RN logo após o nascimento. Este foi um dos factores que nos motivou a explorar esta problemática, aprofundando os conhecimentos e as dificuldades relacionadas com as práticas de cuidar dos Pais nos primeiros dias de vida dos filhos.

Os Pais vão aprendendo sobre si próprios enquanto prestadores de cuidados e ao mesmo tempo vão aprendendo sobre os seus filhos, na medida em que o RN traz consigo competências que lhe permite interagir com o meio e com as pessoas que o

rodeiam, sendo capaz logo nos primeiros tempos de vida estabelecer laços afectivos com a mãe e com o pai.

Estas interacções podem e devem ser promovidas e incentivadas pelo Enfermeiro, dando a conhecer algumas das competências do RN. Deste modo, os Pais ficarão a conhecer melhor o seu bebé, podendo contribuir de forma positiva para o seu desenvolvimento.

De acordo com as directivas do Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, o Enfermeiro deve reconhecer os Pais como principais cuidadores dos seus filhos, pelo que as intervenções devem ser baseadas numa perspectiva de cuidados antecipatórios, partilhando com eles conhecimentos que possam ser facilitadores do desenvolvimento de competências parentais (DGS, 2002a).

O Enfermeiro tem um papel importante, não apenas na promoção e transmissão de informação ao longo da gravidez, mas também no acompanhamento após a saída da maternidade, ao longo do período pós-parto. Deste modo, poderá existir um acompanhamento dos Pais na sua transição para a parentalidade, favorecendo-se a assunção de sentimentos de competência, confiança e conforto (Williams, 1999). Os cuidados desenvolvidos em contexto dos centros de saúde são fundamentais para ajudar os Pais nesta fase inicial de prestação de cuidados ao RN, intervindo sempre no reforço e na promoção da interacção entre ambos, mobilizando os conhecimentos acerca das suas competências e das do RN.

É cada vez mais frequente as famílias actuais serem predominantemente nucleares, o que retira aos jovens Pais a vivência das gerações anteriores onde a observação, a participação e a troca de experiências relativas à maternidade eram acontecimentos vulgares devido à inserção em famílias alargadas. Em 2001, o número médio de pessoas por agregado familiar era de cerca de 2.8, cuja constituição mais comum era o casal e um filho (INE, 2001). No mesmo ano, cerca de 84% das crianças residentes em Portugal, coabitavam apenas com os seus progenitores (INE, 2005). Por este motivo, actualmente, a maioria dos Pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao RN, sendo fundamental que

possuam competências necessárias e estejam devidamente informados acerca dos aspectos da interacção, visto serem os seus principais cuidadores.

Devido a esta carência de suportes de cuidados informais, torna-se necessária uma maior assistência por parte de prestadores de cuidados formais, nomeadamente os cuidados de enfermagem. O Enfermeiro de Família, é o profissional que tem um contacto mais próximo com as famílias e, conhece melhor as suas principais necessidades, o seu contexto sócio-económico e os seus recursos e competências, como tal é o profissional indicado para a promoção de competências parentais.

Neste sentido, a intervenção do Enfermeiro junto da família é indispensável ao nível da prestação de cuidados, educação e promoção de saúde, pois encontra-se numa posição privilegiada para intervir na promoção de uma vinculação positiva no seio da mesma.

Em Portugal, numa percentagem bastante significativa da população o acompanhamento do RN/Pais após o nascimento, do ponto de vista da saúde é efectuado nos Centros de Saúde (DGS, 2002c). Aqui, uma equipa de saúde acompanha o RN/Pais e efectua a vigilância de saúde. O Enfermeiro desenvolve actividades de promoção de saúde além de outros cuidados de enfermagem. Esta promoção de saúde é efectuada tendo em conta as orientações específicas definidas no Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil que define as temáticas a abordar ao longo das diferentes consultas.

Estes princípios orientadores para a intervenção na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, abarca toda a Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra da Sub-Região de Saúde de Setúbal e permite orientar os profissionais na área da promoção de saúde e ainda a uniformização de cuidados numa mesma área geográfica.

O período pós-parto é considerado um momento privilegiado para a realização de acções de promoção de saúde, quer colectivas, quer individuais. Na nossa vida profissional e pessoal, assim como a de outros colegas cimentada em entrevistas informais que fomos fazendo com profissionais que trabalham nesta área e os

resultados de pequenos estudos, constatámos a existência de alguma ineficácia a nível da promoção de saúde efectuada nos Centros de Saúde, apresentando os Pais insuficientes conhecimentos e competências para viver o período pós-parto de forma adequada e sadia. Foi essa nossa percepção da realidade que nos levou a efectuar uma pesquisa nesta temática, partindo com algumas questões:

- 1) Qual a opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN?
- 2) Quais as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais?
 - 2.1) Será que as práticas de enfermagem vão de encontro ao Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil?
 - 2.2) Será que as práticas de enfermagem são influenciadas pela idade e cultura dos Pais, a paridade do casal e tem em consideração as experiências anteriores com outras crianças que não filhos?
 - 2.3) Qual a importância que os Enfermeiros atribuem à promoção de cuidados antecipatórios realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN?

Por outro lado o conhecimento das dificuldades dos Pais neste período pós-parto pode fornecer elementos importantes para a Enfermeira apoiar os Pais. Assim, fomos entrevistar os Pais para saber quais os conhecimentos e dificuldades que os mesmos apresentam nesta fase do ciclo de vida, tendo também observado as suas competências na prestação directa de cuidados ao RN. As questões de investigação derivadas foram:

- 3) Qual a opinião dos Pais sobre os conhecimentos e dificuldades que apresentam no cuidar do RN?
- 4) Que competências os Pais apresentam no cuidar do RN?
- 5) Qual a opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN?

O interesse pelas temáticas que envolvem o processo de maternidade e paternidade, assim como a experiência pessoal e profissional, sobretudo como

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, permanecia o sentimento de que o período pós-parto, para além de muitas alegrias e gratificações, é também um período marcado por dificuldades que não se limitam só à mulher mas também ao cônjuge e à sua família mais próxima, acabando por ter impacte relevante na sociedade. Desta forma, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos relativos às dificuldades dos Pais após a alta da maternidade para daí desenvolver estratégias e adoptar procedimentos para ajudar os Pais a viver esta fase do ciclo de vida de forma construtiva, contribuindo assim para a promoção da saúde e do bem-estar de toda a família.

Este estudo pretende conduzir à reflexão sobre a temática, no sentido de instituir mudanças nas práticas de cuidados ao nível do Centro de Saúde durante o período pós-parto, que conduzam a um envolvimento efectivo dos Pais e ao desenvolvimento de competências, nos cuidados a prestar aos filhos, capacitando-os para cuidarem destes no futuro.

É uma investigação em que é utilizado o paradigma quantitativo e qualitativo e que decorreu entre Janeiro e Dezembro de 2006. Aplicou-se um questionário aos Enfermeiros (N=7) de uma Extensão de Saúde da Sub-Região de Saúde de Setúbal, que exerciam funções na área da Saúde Infantil e Juvenil, com o objectivo de conhecer a opinião dos mesmos sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN no período pós-parto. Foi também nosso objectivo analisar as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais pelo que foi efectuada uma observação participante das suas práticas neste contexto.

Por outro lado, quisemos também identificar os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN, tendo sido efectuada uma entrevista a onze Pais (N=11) que efectuavam a vigilância de saúde do RN nesta extensão de saúde, e foi feita uma observação fílmica da prestação de cuidados aos seus filhos em meio familiar, com o objectivo de analisar as competências que os Pais apresentam no cuidar do RN.

Assim, este estudo encontra-se organizado em três partes distintas: na primeira é efectuada a abordagem teórica, na segunda é apresentada a investigação empírica,

e na terceira faz-se a apresentação e discussão dos resultados, respectivas conclusões e lista dos autores consultados.

Assim, no Capítulo I será feita uma revisão teórica sobre a transição para a parentalidade, onde nos centramos nas representações da gravidez e maternidade; abordamos as transformações sociais e familiares que condicionam o papel dos Pais, fazendo referência ao papel do pai em mudança na medida em que há um envolvimento maior na prestação de cuidados ao RN e efectuamos uma abordagem ao período pós-parto como sendo um período que envolve várias modificações e adaptações ao nível da mulher, do cônjuge e da família, onde surgem as dúvidas e dificuldades no cuidar do RN.

No Capítulo II, debruçamo-nos sobre o processo de vinculação entre Pais-RN, conhecimentos que se mostram fundamentais para perceber a importância da interacção precoce desde os primeiros momentos de vida do RN. Falamos das competências do RN e seus sistemas de interacção, fazendo uma abordagem do reconhecimento destas competências para o processo de vinculação afectiva.

No terceiro capítulo, surge o cuidar como objecto de reflexão e são apresentados os cuidados de enfermagem que podem ser desenvolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários. Estes cuidados antecipatórios fundamentam-se na promoção de competências parentais na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

A segunda parte deste trabalho apresenta a investigação empírica realizada sobre a opinião dos profissionais de saúde e dos Pais, onde no Capítulo IV apresentamos o enunciado do problema, as questões de investigação resultantes dos objectivos e as limitações do estudo. A selecção e caracterização dos sujeitos das duas amostras (profissionais de saúde e Pais), descrição dos instrumentos utilizados para recolha de dados, os procedimentos, a análise dos dados e os métodos estatísticos utilizados serão apresentados no Capítulo V.

Na Parte III os resultados são apresentados e discutidos. O Capítulo VI privilegia a opinião dos profissionais de saúde e o Capítulo VII a opinião dos Pais. Neste capítulo apresentamos também as conclusões deste estudo e algumas sugestões.

PARTE I – ABORDAGEM TEÓRICA

CAPÍTULO I - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

1. Representações da Gravidez e Maternidade

A maternidade, e a paternidade, não nasce somente com o parto ou com a fecundação, pode iniciar-se mesmo antes da concepção da criança. De acordo com Canavarro (2001, p. 19) *“a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto”*. A gravidez e a maternidade são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. Embora muitas vezes estes conceitos se encontrem associados, representam realidades distintas. A maternidade é um fenómeno muito abrangente e complexo que recolhe subsídios de várias áreas do conhecimento. Como Kitzinger (1978, p. 41) afirma *“(...) basta-nos olhar para as diferentes manifestações do papel de mãe noutras civilizações para compreendermos que a maternidade também é uma actividade multidimensional”*.

Assim, os valores, as crenças e rituais de cada sociedade irão condicionar os respectivos papéis de mãe, pai e filho, para além das suas histórias pessoais, desejo de ser mãe e pai, relação conjugal, assim como todos os factores sociais, culturais e profissionais que os envolvem. A ideologia de cada época influencia a maternidade, portanto uma *“(...) grande parte do que consideramos «natural» na maternidade, de modo nenhum é natural, mas um produto da cultura”* (Kitzinger, 1978, p. 18).

A mulher é um símbolo da fecundidade, e é em seu redor que as práticas e rituais desde a concepção até ao nascimento se realizam (Russo, Monteiro & Demétrio, 2000). Mas, como afirma Tobin (1999), citado por Canavarro (2001) as raparigas não nascem com a necessidade de ser mães dentro delas, nascem sim com a capacidade biológica de reprodução, que não é condição essencial para que uma mulher deseje ter uma criança ou seja capaz de ser mãe. A maternidade implica uma tomada de consciência plena que está subjacente a um desenvolvimento e maturação pessoal que leva a essa tomada de decisão. No entanto, actualmente, e

mesmo no mundo ocidental, existem ainda muitas mulheres que por diversos factores não dispõem de opção antes do seu corpo decidir ser mãe.

De acordo com a abordagem psicológica, a forma como agimos e sentimos depende das representações que temos da realidade. O mesmo se pode aplicar ao processo de gravidez e maternidade, a forma como se vive a gravidez e o comportamento adoptado após o nascimento, estão associadas às crenças pré-existentes relativas ao ser mãe e pai. Por este motivo, torna-se necessário conhecer as representações possíveis da gravidez e maternidade, de forma a compreender melhor o comportamento da grávida ou puérpera¹.

Existe uma pluralidade de factores que influenciam a forma como é encarada e caracterizada a gravidez e maternidade. Para Canavarro (2001) os que parecem ter maior influência na construção das representações são:

Factores Genéticos - Uns relacionam-se com o aparelho reprodutor e a sua funcionalidade (características físicas, anatómicas e funcionais) que correspondem à condição essencial para que ocorra a gravidez. Outro factor genético diz respeito ao vulgarmente chamado «instinto materno». As seguintes palavras de Tobin (1999), citado por Canavarro (2001, p. 23) levam-nos a crer que a maternidade não é apenas tão instintiva, como no senso comum se crê:

A palavra instinto nunca nos ajudará a compreender quão rica e complexa é a experiência que culmina no desejo e comportamento materno e a forma tão variável que esses desejos e comportamentos se podem revestir. A urgência da maternidade que algumas mulheres experienciam (...) não está nos genes. O comportamento materno não está nos genes.

Factores Históricos e Sócio - Culturais - A época histórica e a organização sócio - cultural onde as pessoas se inserem influencia a forma como percebem a gravidez e a maternidade. Ao longo dos tempos, a postura, particularmente da mulher, perante a situação de se tornar mãe foi-se alterando. Actualmente, na maioria das vezes, trata-se de uma questão de decisão pessoal. Por um lado,

¹ Puérpera significa “*puerpera* [L. *puer*, criança + *parere*, parir, sustentar]. Mulher durante o puerpério” (Thomas, 2000, p. 1466).

porque através do desenvolvimento contínuo da ciência, tecnologia e política, tornou-se possível o acesso a métodos anticoncepcionais e a reprodução artificial. Este facto, fez com que as pessoas, especialmente as mulheres, adquirissem um maior controlo sobre o seu corpo e a sua vida, decidindo o momento ideal para engravidar. Por outro lado, com o ingresso da mulher no mercado e carreira profissional fez com que fosse desejável conseguir controlar a ocorrência da gravidez. Apesar de existirem situações em que não haja esta possibilidade de escolha, por falta de informação ou outra razão, cada vez mais, ser mãe e pai é uma opção.

Factores de Desenvolvimento - estes factores estão intimamente ligados ao passado da pessoa, às suas experiências e relacionamentos significativos, que participam na construção de representações sobre a gravidez e maternidade. A mais evidente é a relação estabelecida com a própria mãe, uma vez que esta constitui o primeiro e principal modelo de comportamentos maternos; e é através desta relação (durante a infância) que se constrói a base de auto - conhecimento, auto - regulação emocional e de expectativas sobre o comportamento dos outros. De facto, Canavarro (2001, p. 26), reporta-se a este facto ao mencionar que “(...) a qualidade das relações que as mães estabelecem com os filhos têm algum poder preditivo em termos do seu desenvolvimento embora não sejam o seu único determinante”.

O relacionamento conjugal/marital é outro factor de desenvolvimento, visto que constitui como uma fonte de suporte e apoio; e contribui para a reestruturação dos modelos relacionais maternos (quando a relação materna não foi uma experiência positiva), ou para a sua consolidação. Apesar destas funções, o homem tem representações próprias, que podem ou não estar em sintonia com as da mulher. É portanto, importante conhecer e compreender os diferentes significados que a gravidez e a maternidade podem assumir para o casal. As experiências anteriores de gravidez/maternidade ou de contacto com bebés e crianças, são igualmente factores de influência à construção ou reconstrução das suas representações.

É importante referir que as representações sobre a gravidez e maternidade não se esgotam com as que serão apresentadas e que estas podem ser múltiplas e dinâmicas, ou seja, num dado momento da sua vida a mulher pode assumir mais do

que uma representação (atribuindo-lhes importâncias diferentes); e ao longo da sua vida estas mesmas representações podem-se alterar, na sequência das suas reformulações ou substituição face a experiências vividas.

Gravidez e controlo do corpo - Nesta perspectiva a gravidez constitui um teste à funcionalidade do corpo, uma vez que a fertilidade é encarada como a prova de que o corpo funciona normalmente. Por outro lado, Tobin (1999), citado por Canavarro (2001), diz-nos também que, para algumas mulheres, engravidar significa perda de controlo sobre o seu corpo, visto que a gravidez é um processo imparável e cujos resultados são difíceis de prever. Neste mesmo sentido, incluem-se as mulheres que consideram um corpo grávido fisicamente pouco atraente e pouco sedutor, receando-o e/ou repudiando-o.

Maternidade e relacionamento conjugal/marital - Numa maternidade ligada a uma relação conjugal, o nascimento de uma criança pode constituir a materialização e projecção desta relação, seja ela de amor e entendimento ou de desencontro e conflito. Ainda relativamente a este aspecto, é sentido, por muitas mulheres, o receio de não conseguir encontrar o equilíbrio conjugal devido ao tempo e investimento emocional necessários durante a gravidez e a maternidade.

Maternidade e família de origem - Numa relação com a família de origem a gravidez e a maternidade representam a sua possibilidade de continuidade, através da transmissão de genes, costumes, valores, bens, apelido de família, entre outros. Por outro lado, a gravidez e o nascimento de uma criança pode contribuir para a aproximação entre a família nuclear e as famílias de origem, assumindo assim um significado de unificação familiar. A gravidez e maternidade podem ainda ter um significado de envelhecimento (que pode ser entendido como experiência positiva ou negativa), uma vez que com o nascimento de um bebé cada geração avança, ocorrendo uma sucessão geracional, ou seja, os filhos passam a ser Pais, os Pais passam a ser avós, os avós serão bisavós, e os irmãos tios.

Ao longo dos tempos, o conceito de família tem vindo a modificar-se, em virtude de uma sociedade em constante mudança. Tradicionalmente, a família é entendida como família nuclear, ou seja, constituída apenas pelo pai, mãe e os filhos. O

nascimento desta família ocorre com o nascimento do primeiro filho do casal que a integra.

Em algumas sociedades, principalmente em África, é frequente encontrarem-se, ainda, famílias alargadas onde os Pais, filhos, avós e tias/tios coabitam na mesma casa. Outros tipos de famílias têm surgido, principalmente no Ocidente, com o aumento das taxas de divórcio, famílias por segundo casamento, famílias monoparentais; e com o assumir de novas orientações sexuais.

A família é um conceito de uso comum no decorrer de toda a história da humanidade, e existente em todas as sociedades humanas conhecidas, diferindo apenas pela sua constituição, origem e padrões de vida (Giddens, 2000). Assim, não existe um consenso relativo ao seu significado e classificação. Pode-se considerar como algo subjectivo, visto que nos referimos a uma complexa rede de pessoas que a constituem, condicionam e dela decorrem. A família interage com outras instituições da sociedade interrelacionando-se ao longo do seu ciclo de vida.

Para Relvas (1996, p. 11),

(...) cada família enquanto sistema é um todo mas é também «parte» de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade). Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades mais pequenas (a menor é o indivíduo) que são, elas próprias, partes do grupo total: são os chamados subsistemas.

Consideramos, segundo Giddens (2000), uma família como um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, em que os adultos adoptam a responsabilidade de cuidar das crianças. Logo, um dos papéis e funções atribuídas à família é a de cuidadora. No entanto, a família tem outras obrigações e responsabilidades perante a sociedade e perante cada membro que a constitui. Pode ser concebida como um sistema social em que os seus membros têm papéis e estatutos específicos segundo os quais definem as suas funções nesse sistema.

Maternidade e relacionamento com o filho - No que diz respeito ao relacionamento com o filho a gravidez e maternidade surgem como um «ir ao encontro do outro»,

especialmente entre os pais e a criança. Este encontro pode estar revestido de desafio pela necessidade que implica de se descentrar de si, para se dar ao outro. Esta experiência pode ser sentida como positiva, quando é compreendida como realização pessoal e dádiva; ou negativa quando se torna uma responsabilidade e um serviço percebido como obrigação.

Maternidade e experiências existenciais - A designação de experiências existenciais, atribuída por Canavarro (2001, p. 34), corresponde à “(...) *postura assumida face a aspectos religiosos, humanos e em relação à própria vida*”. Neste aspecto, surge a influência das convicções religiosas ou de outra índole, que determinam a representação de gravidez e maternidade. Aqui pode estar também inserida a sensação de uma responsabilidade excessiva perante um mundo perigoso, do ponto de vista político, económico e ecológico; de preservação e continuidade da espécie, numa perspectiva do homem que valoriza a sua dimensão biológica; e de possibilidade de transcender a dimensão temporal e a morte, através da projecção na criança que nasce.

1.1. Tarefas de Desenvolvimento da Maternidade

Sendo a gravidez e o nascimento etapas do desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, são diversas as tarefas que caracterizam cada fase da maternidade e que estão associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério. É importante contudo referir, que os *timings* de resolução das tarefas de desenvolvimento podem variar de mulher para mulher e que portanto, não se podem generalizar. De acordo com Canavarro (2001), são apresentadas sete tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; reavaliar e reestruturar a relação com os Pais; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; aceitar o bebé como pessoa separada; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade e reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

A primeira tarefa corresponde à *aceitação da gravidez* que, habitualmente, ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, sendo caracterizado por sentimentos de

ambivalência, independentemente da gravidez ser ou não desejada e planeada. Estes sentimentos de ambivalência devem-se ao profundo questionamento relativo à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e à própria maternidade (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001). A confirmação da gravidez e subsequente aceitação e apoio do companheiro e familiares facilita a aceitação da gravidez por parte da mulher.

A *aceitação da realidade do feto* trata-se de uma percepção mais real e autónoma do bebé, que até então era parte integrante da mãe. Para o cumprimento desta tarefa, que habitualmente decorre durante o segundo trimestre de gravidez, contribui a percepção dos movimentos fetais e a visualização das ecografias. Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação materno-fetal, que se traduz na aceitação do feto como pessoa separada, com uma identidade própria, tornando-se fundamental para o processo de vinculação, para a preparação para o nascimento e para a separação física do parto. É frequente verificar nesta etapa que as grávidas intensificam as fantasias relacionais com o bebé, começam a imaginar como serão os primeiros cuidados ao RN, bem como as suas características físicas e temperamentais (Brazelton, 1992; Brazelton & Cramer, 1993; Canavarro, 2001). Do ponto de vista comportamental, é frequente, observar a grávida a acariciar o abdómen e a dialogar com o seu bebé, estabelecendo-se a comunicação verbal e táctil entre ambos.

A tarefa seguinte centra-se na *reavaliação e reestruturação da relação com os Pais*, sobretudo a mãe. A representação que a mulher tem dos seus próprios Pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao comportamento no papel de avós, quer pelo modo como reavalia a relação estabelecida com eles ao longo da sua infância e adolescência, integrando experiências positivas e negativas que teve como filha, aceitando o bom desempenho dos Pais e simultaneamente, as suas falhas e limitações. É-lhe então possível, seleccionar os comportamentos maternos/paternos a adoptar, de acordo com os que considera adequados, adoptando outros em substituição dos que considera disfuncionais e aceitar e lidar melhor com as suas próprias falhas enquanto mãe. Após o nascimento da criança, poderão surgir, sob pretexto de apoio e ajuda no desempenho de tarefas, alguns

conflitos entre gerações e os papéis a desempenhar, que deverão ser bem diferenciados e negociados.

Segundo Canavarro (2001), a *reavaliação e reestruturação com o cônjuge/companheiro* pode surgir no terceiro trimestre de gravidez. O nascimento de um filho, especialmente do primeiro, o companheiro passa a ser mais do que o parceiro afectivo, passa a ser o pai, com quem serão partilhadas muitas responsabilidades no cuidar e educar a criança. Com a chegada do novo elemento, a relação conjugal vai sofrer algumas mudanças a nível afectivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados e a tomada de decisão sobre aspectos da vida e promoção de suporte emocional.

Na tarefa, *aceitação do bebé como uma pessoa separada*, o feto é cada vez mais observado como um ser separado e real. Esta preparação para a separação é concretizada com o parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas. Os sentimentos de ambivalência podem regressar, já que a vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, no sentido de adiar o momento do parto e as dificuldades que o nascimento do bebé pode trazer (Canavarro, 2001).

Esta tarefa não termina com a separação física entre mãe e filho, prolonga-se ao período de puerpério, por alguns autores denominado de *quarto trimestre de gravidez*. Neste período, o grande desafio é ser capaz de conseguir interpretar e responder ao comportamento do RN, e aceitá-lo como pessoa separada com características e necessidades próprias. Como refere Canavarro (2001, p. 43):

Assumir que a criança é profundamente dependente mas que simultaneamente precisa de autonomia; conseguir flexibilizar a forma de estar ligada de acordo com as necessidades da criança, protegendo-o completamente numas alturas e aceitando, noutras ocasiões, os seus ímpetos súbitos de autonomia; actuar num espaço em que as regras estão sempre a mudar, devido ao desenvolvimento do bebé; são aprendizagens importantes que a mãe tem que fazer.

A *reavaliação e reestruturação da própria identidade materna* consiste na tarefa de sintetizar todas as outras tarefas mencionadas e que implica a integração do papel,

da função e do significado da maternidade, através da reavaliação dos ganhos e perdas que a maternidade introduziu, bem como a aceitação das mudanças implicadas por este novo estágio.

No caso das mulheres que já têm outros filhos, devemos acrescentar às tarefas anteriores a de *reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)*, pois também elas têm determinadas tarefas a cumprir face a uma nova gravidez e maternidade, sendo que a inclusão da nova criança no seio da família é mais complexa e exigente. Além disso, apresentam ansiedade e receios particulares, diferentes das primíparas, focando a sua atenção noutras questões que não apenas a relação com o bebé, como por exemplo, o receio de abortar, de ter um parto pré-termo, nos sintomas físicos da gravidez como a fadiga e as perturbações do sono.

Lederman (1997), citado por Canavarro (2001, p. 45) efectuou um estudo com mulheres grávidas do segundo filho onde foram identificados três temas básicos de preocupações: *“(1) a capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo; (2) os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reacção do primeiro filho ao nascimento do irmão; e (3) a capacidade para amar as duas crianças de forma igual”*.

A adaptação à maternidade representa a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o seu próprio desenvolvimento pessoal. No entanto, a adaptação à maternidade não depende unicamente das representações da gravidez e maternidade, existem outros factores intervenientes, que dizem respeito à mulher, ao bebé e ao meio envolvente. Para Canavarro (2001, p. 46):

(...) os parâmetros associados à mulher referem-se a: decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio - emocional e acontecimentos de vida no ano precedente à gravidez; os parâmetros associados ao bebé, correspondem a: peso à nascença, saúde física e temperamento; e, por último os factores ligados ao meio prendem-se com

relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional (na maternidade, pré e pós parto; pediátrico, após a saída da maternidade).

2. Paternidade

“O processo da gravidez, o parto e a vinculação precoce são fortemente influenciados pelas atitudes do pai” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 54). A adaptação da mulher à gravidez é muito mais bem sucedida com o apoio emocional do marido, assim como a presença do pai ao parto e ao nascimento está associada a níveis de dor mais reduzidos tornando a experiência do parto mais positiva (Parke, 1982).

Segundo Barnard (1982), citado por Brazelton e Cramer (1993, p. 55) *“(...) o envolvimento dos pais na gravidez e no parto reforça a sua identidade como agentes participantes e activos, reduzindo a sensação de que estão a ser excluídos”*.

Este envolvimento afectivo e emocional constitui um apoio psicológico fundamental para a mãe, fortalecendo a vida do casal, ajudando no desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel, bem como no estabelecimento de um vínculo harmonioso entre o pai, a mãe e a criança (Ramos, 1990, 1993, 2004b).

Vários estudos já demonstraram que *“(...) o pai exerce uma influência directa no desenvolvimento da criança, realçada pela vinculação ao filho, desde a infância. Esta vinculação é intermediada pela atitude da mãe perante o papel do pai”* (Brazelton & Cramer, 1993, p. 55).

Salientamos os estudos de Tojal (2000); Serra (2001) e Cabeças (2004) que focam o envolvimento do pai desde a concepção aos cuidados do RN, realçando a importância do apoio do pai à mãe e a sua colaboração no processo de vinculação Pais-filho.

Como refere Ramos (1990, 1993, 2004b), o contributo do pai nos cuidados ao RN é cada vez mais vulgar, verificando-se em Portugal, sobretudo nos pais mais jovens,

de meio urbano e de nível sócio cultural médio e elevado, um desempenho mais activo nas tarefas e nos cuidados relacionados com o RN. Os pais valorizam as interações físicas e comunicacionais com o RN, o que proporciona uma relação precoce e afectiva, constituindo o pai uma figura de vinculação importante para a criança.

Lamb (1992) defende a ideia de Pleck (1984) ao enunciar que o papel do pai, ao longo da história, tem vindo a sofrer mutações, sendo que actualmente estamos perante o quarto período de mudança.

O papel do pai tem-se alterado entre “*O Formador Moral*” – pai responsável pela supervisão e educação dos filhos; “*Função de Sustento Económico*” – paternidade caracterizada pela função de sustento económico da família; “*Modelo de Tipificação Sexual*” – especialmente nos filhos do sexo masculino e “*O Novo Pai Envolvente*” – pai como progenitor activo envolvido nos cuidados aos filhos (Lamb, 1992, p. 20-21). Estas quatro representações da paternidade demonstram um processo crescente de evolução para um pai que é considerado um participante activo, envolvente e empenhado em todas as dimensões dos cuidados e educação da criança. No entanto, todas as representações anteriores continuam a ser importantes, de acordo com o grupo em que surgem, acabando por coexistindo numa sociedade de carácter pluralista.

Lamb (1992) reconhece também que os pais desempenham múltiplos papéis, que devem ser analisados à luz de cada contexto. O envolvimento parental pode ser distinguido entre o tempo despendido em interacção directa e afectiva com a criança; a realização de actividades que envolvem graus menos intensos de interacção como trabalhos domésticos; e, por último, a assunção de responsabilidade pelo bem-estar e cuidados da criança (que muitas das vezes, não são passadas em interacção directa com a criança). Os resultados obtidos por Lamb (1992) permitem dizer que o envolvimento paterno se distancia do materno, principalmente no último tipo de envolvimento, ou seja, a nível da responsabilidade pelos cuidados e educação dos filhos. Mesmo com o aumento verificado no envolvimento paterno ao longo do tempo, este é ainda menor do que o materno.

De facto, o estudo realizado por Lamb (1992) sugere que a interacção com os filhos é diferente se for feito pela mãe ou pelo pai. Mais tarde, Lamb (1992, p. 24) acrescenta ainda que *“As interacções da mãe com os filhos são dominadas pelos cuidados enquanto que os pais se definem comportamentalmente como parceiros de jogo”*.

Também Ramos (1990, 1993, 2004b) salienta as diferenças existentes nos estilos de comunicação materno e paterno, embora ambos se complementem, porque o pai não substitui a mãe, o processo de vinculação do RN dá-se em ambos os progenitores, formando contextos de interacção diferentes para cada um dos pais. As interacções dos pais são mais físicas e estimulantes, caracterizando-se por uma tendência de tocar na criança, de interagir de forma lúdica e divertida. As interacções das mães são mais calmas e mais intelectuais, caracterizando-se por uma tendência de sorrir, vocalizar e acariciar mais os bebés, de manter o contacto visual.

Também nas actividades de cuidados à criança, muito embora os pais participem cada vez mais em todo o tipo de cuidados, as mães ocupam-se, em geral, mais das actividades funcionais e corporais (alimentação, adormecimento, higiene, vestuário), enquanto que os pais ocupam-se geralmente mais das actividades lúdicas e ocupacionais (brincadeiras, passeios, jogos, etc.) Ramos (2004b, p. 197).

O que não pressupõe que os pais não sejam tão capazes de cuidar do RN como as mães. Neste sentido, no período neonatal não existem grandes diferenças, ambos podem ser igualmente competentes na prestação de cuidados ao RN, no entanto, as mães estão naturalmente mais presentes para o RN do que os pais, o que as coloca em sintonia com eles e mais conscientes das suas características e necessidades, do que os pais. Daí que as diferenças no envolvimento das mães e pais com o RN se tornem mais evidentes.

Segundo Lamb (1992), existem quatro factores determinantes do grau de envolvimento paterno: a motivação; a competência e autoconfiança; o apoio e as práticas institucionais.

A *motivação* diz respeito ao interesse e desejo do pai em estar e ser envolvido. Actualmente assiste-se a um aumento da *motivação paterna*, que pode estar atribuída ao movimento feminino de questionamento dos papéis masculinos e femininos tradicionais; e pela difusão pelos média do «novo pai», que têm incitado à mudança de mentalidades, quer dos homens quer das mulheres.

No entanto, não basta apenas ter *motivação* para haver um maior envolvimento, as *competências e a autoconfiança* são preponderantes na passagem do querer ao fazer. Muitos homens têm receio de actuar porque não sabem como fazer ou acham que não são capazes. O desenvolvimento de *confiança* é primordial para que os pais se sintam capazes, as *competências* vão sendo adquiridas com a prática, e por sua vez vão fortalecer a *autoconfiança*.

Para que haja um maior envolvimento paterno e o homem se sinta bem com isso, deve existir um *apoio/encorajamento* dentro da família, principalmente por parte da mãe. Neste sentido, os estudos de Pleck (1982); Quinn e Staines (1979) citado por Lamb (1992, p. 30) mostram que “(...) 60% a 80% das mulheres não querem que os maridos estejam mais envolvidos do que estão actualmente”. Esta atitude é justificada pelo facto de algumas mães acharem que os maridos não são competentes e que o seu envolvimento lhes vai gerar mais trabalho ou até colocar em risco a dinâmica familiar. Por outro lado, um maior envolvimento paterno poderia pôr em causa as áreas de poder da mulher como mãe e gestora da casa. Assim, muitas mães ainda preferem manter a sua autoridade relativamente aos cuidados à criança, mesmo que isso implique *exaustão física e psíquica*.

Por último, as práticas institucionais, estão relacionadas com a necessidade de sustento económico e com as barreiras impostas pelo local de trabalho, principalmente porque existe ainda a ideia social de que os homens devem assumir o papel de fonte principal de rendimento. Nesta óptica, a licença de paternidade é um dos meios adoptados para incentivar o envolvimento paterno, no entanto esta não é a solução, uma vez que proporciona o envolvimento apenas no curto espaço de tempo do início da vida da criança.

Colman e Colman (1994, p. 122-123) relativamente à alteração do papel parental referem que:

Há trinta anos (...) O pai ideal era o ganha pão e não alguém que se ocupa do bebé. (...) Agora a maior parte dos futuros pais da classe média vai, pelo menos, a uma consulta ao obstetra durante a gravidez, frequenta aulas de preparação para o parto, aprende coisas sobre o trabalho de parto e o nascimento, e constrói uma relação com os seus filhos.

Estas oportunidades de envolvimento do pai na gravidez são importantes para que este tome consciência do seu novo papel e para ajudar a reduzir a sua sensação de afastamento da mulher, durante a vivência da gravidez e parto. Se a mãe for facilitadora deste envolvimento paterno na gravidez, no processo de criação de uma relação precoce com o filho, a vinculação pai-filho irá sair fortalecida, o que fará com que o RN não seja um desconhecido após o parto. Para tal, deverá partilhar as suas vivências e sensações durante a gestação e evolução da gravidez (Russo et al., 2000).

Para Balancho (2003) ser pai, nos dias de hoje, implica claramente a entrada num mundo emocional que até aqui era considerado das mulheres, como por exemplo, acariciar, beijar, pegar ao colo, dar de comer, mudar fraldas, brincar, e que pode confrontar-se com a noção de masculinidade.

As tarefas compartilhadas nos cuidados da criança não só deixam o pai conhecer melhor o seu bebé desde o início, como também lhe permitem poder compreender-se a si próprio e aprender a maneira de se transformar numa pessoa que cuida de um novo ser (Brazelton & Cramer, 1993).

3. O Período Pós - Parto

O período de puerpério é, por muitos autores Oxorn (1989); Reeder, Martin e Koniak (1995); Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999) considerado o período de tempo que decorre desde a expulsão da placenta até que os órgãos reprodutores da mulher

retomem as características anteriores à gravidez e a recuperação materna, o que tem a duração média de seis a oito semanas, e que pode também ser denominado de pós-parto.

Kitzinger (1978); Ziegel e Cranley (1985); Colman e Colman (1994) e Canavarro (2001) consideram a existência de um *quarto trimestre da gravidez*, localizado no período pós-parto em que a mulher puérpera apresenta alterações físicas, necessidade de reequilibrar o seu organismo e dar resposta às necessidades do RN.

Esta definição de puerpério baseia-se sobretudo em critérios anatómicos e fisiológicos, no entanto, apesar deste ser um período em que decorre a recuperação física da mulher e a sua adaptação fisiológica à maternidade, é também caracterizado pelo processo de ajustamento às novas identidades e papéis, na sequência do nascimento do RN: a identidade materna e paterna; a aprendizagem de um novo papel; a adaptação a um novo elemento familiar com identidade própria; e a reestruturação das relações familiares e sociais.

Colman e Colman (1994, p. 159), manifesta a mesma opinião quando afirma que o período pós-parto exige em termos psicológicos e relacionais grandes ajustamentos, incluindo “(...) *mudanças interiores muito profundas que se estendem aos dois membros do casal, precisamente quando ambos têm de desenvolver toda uma nova série de comportamentos práticos*”.

O puerpério pode classificar-se em imediato (primeiras seis horas pós-parto); precoce (primeira semana) e tardio (até à sexta/oitava semana). Durante este período verificam-se alterações psicossomáticas involutivas e evolutivas na mulher que incidem em três fenómenos: início da lactação e amamentação; involução uterina, e alterações familiares e emocionais (Bobak et al., 1999).

No entanto, segundo Canavarro (2001, p. 151)

(...) o período pós-natal imediato tem sido reconhecido por vários autores como um momento formativo importante para a evolução do sistema familiar em que, quer o bebé, quer os pais, se encontram particularmente receptivos a trocas

mútuas e a explorar vias possíveis de interacção (Gomes Pedro, 1985; Klaus & Kennell, 1981). É neste sentido que Nugent e Brazelton (1989) defendem ser o período neonatal o momento crítico para a intervenção, por excelência, durante o qual são possíveis mudanças profundas no modo de funcionamento da família, à medida que ela inicia a integração da nova criança no seu seio.

3.1. Dificuldades associadas ao Período Pós - Parto

A vivência deste período determina, de certa forma, a relação afectiva e emocional que se estabelecerá com o filho, o companheiro e a família alargada/sociedade, definindo-se o futuro mental da puérpera (Soifer, 1984). A nível emocional o nascimento de um filho é uma vivência de elevada exigência psicológica para a mulher e, em particular, para o casal que deixa definitivamente de o ser somente. Exige uma readaptação do universo familiar ao novo elemento, sendo o relacionamento familiar examinado e reajustado (Bobak et al., 1999).

De acordo com Afonso (1999), este processo pode ser desencadeado por factores pessoais; factores relacionados com a gravidez e o parto; factores familiares e factores relacionados com o filho, nomeadamente:

Factores pessoais - idade da puérpera, projecto de gravidez e maternidade, gravidez anterior, história psiquiátrica, vivências anteriores de cuidar de RN e conhecimentos acerca do período de puerpério;

Factores relacionados com a gravidez e o parto - planeamento e forma como foi vivenciada a gravidez, vigilância no decorrer da mesma, vivências sobre o parto e apoio durante o período de puerpério;

Factores familiares - nível socio-económico, relação conjugal, existência de um projecto de vida familiar e relação da puérpera com a família de origem;

Factores relacionados com o filho - bebé imaginário/bebé real, interacção que a mãe consegue estabelecer com o filho e desenvolvimento do vínculo mãe - RN.

Neste sentido, podemos dividir em três grupos as dificuldades que podem ser vivenciadas pela puérpera durante o período de puerpério: dificuldades associadas à fisiologia do parto e puerpério; dificuldades psicossociais e dificuldades no cuidar do

RN. Dentro de cada dificuldade podemos perceber quais os factores que podem estar na sua origem assim como possíveis formas de prevenção ou resolução das mesmas. Face aos objectivos deste estudo, iremos abordar detalhadamente apenas os dois últimos grupos de dificuldades.

↳ *Dificuldades associadas à fisiologia do Parto e Puerpério*

Nos primeiros dias que precedem o parto as puérperas referem dores ou desconfortos, com alguma frequência, e ainda como uma experiência desagradável e geradora de mal-estar. No entanto, estas são muito pessoais e subjectivas e as formas de expressão podem ser diversas, dependendo de factores culturais, do local e ambiente em que a puérpera está inserida, da sua forma de lidar com a dor, da informação que possui e da causa da própria dor.

Várias são as queixas dolorosas ou desconfortos referidos pela mulher no período pós-parto, nomeadamente, dores abdominais; dores na região perineal; dores mamárias e nos mamilos e dores musculares e articulares. Também a obstipação e as hemorróidas, muitas vezes presentes neste período, podem também gerar dores ou desconfortos. Todos estes desconfortos vão provocar o aparecimento de outras dificuldades relacionadas com a fadiga e as dificuldades no autocuidado (Afonso, 1999).

↳ *Dificuldades Psicossociais*

No período de puerpério é comum o surgimento de dificuldades na mulher a nível psicossocial, que se reflectem na sua pessoa pelo surgimento de fadiga, alterações emocionais/psicológicas, falta de disponibilidade para o autocuidado e na sua relação com os outros, nomeadamente, com o filho, com o cônjuge e com a família de origem (Afonso, 1999).

A gravidez introduz uma vulnerabilidade psicológica na mulher, como fruto dos períodos de crise que lhe são próprios. Acerca do período específico do puerpério e até aos seis meses após o parto, Figueiredo (1994) refere-se a este como um período de maior incidência de perturbações psicológicas superior a outros

momentos da vida da mulher, nomeadamente a gravidez. E acrescenta ainda que as mulheres primíparas² são duas vezes mais vulneráveis em desenvolverem estas manifestações/alterações psicológicas, do que as múltiparas³.

O aparecimento destas perturbações, que surgem no pós-parto, está associado a vários factores, nomeadamente:

- As alterações hormonais decorrentes do parto;
- A conclusão do processo, iniciado durante a gravidez, de diferenciação entre a mulher e o filho, ou seja, a identificação do filho com uma pessoa separada (Maldonado, 1982; Canavarro, 2001);
- O confronto entre o bebé imaginário e o bebé real e as suas características específicas. Torna-se necessário aprender a tolerar e a desfrutar das suas exigências e a dominar o medo de fazer mal ao filho (Brazelton & Cramer, 1993).
- As alterações das relações, ritmos e rotinas familiares, pelo impacto do nascimento da criança na vida familiar;
- O assumir de novas responsabilidades, necessitando de prescindir de alguns interesses próprios;
- Os novos papéis a desempenhar pelos Pais que obrigam a um “(...) assumir de um novo estatuto em termos de identidade, no qual se destacam o processo de autonomia progressiva em relação à família de origem e a disponibilização de investimentos para (...) uma relação afectiva com o bebé” (Figueiredo, 1994, p. 77).

Concomitantemente com estes factores, Figueiredo (1994) acrescenta que a adaptação psicológica e afectiva da mulher no período pós-parto, está directamente ligada à incidência prévia de depressão. Por outro lado, a existência ou não, de apoio social, principalmente de familiares, e o grau de satisfação no relacionamento conjugal, em termos da proximidade e apoio do cônjuge, são igualmente factores inibidores/potenciadores da depressão pós-parto.

² Primípara é a “mulher que teve uma gravidez viável independentemente da criança estar viva ou morta aquando do nascimento” (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999, p. 958).

³ Múltipara é a “mulher que passou por duas ou mais gravidezes com viabilidade, quer estas tenham terminado em crianças vivas ou não” (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999, p. 955).

Existem três tipos de ***perturbações psicológicas*** que podem ocorrer na mulher após o nascimento de um filho (Figueiredo, 1994):

- *Blues* pós -parto
- Depressão pós -parto
- Psicose puerperal

O *blues* pós-parto é “(...) um síndrome afectivo ligeiro que se manifesta frequentemente – em 39% a 85% das mulheres que dão à luz – com a duração de algumas horas até vários dias, podendo estender-se até à segunda semana do pós-parto” (Tavares, 1990, p. 390).

Segundo a mesma autora (1990), o *blues* pós-parto é caracterizado pela prevalência de um humor depressivo, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, labilidade emocional, confusão, perturbação do sono e do apetite, astenia e sentimentos de incapacidade em relação ao cuidar do RN. Para ser efectuado este diagnóstico, é necessário que estejam presentes quatro destes sintomas conjuntamente. Para Tavares (1990, p. 390) “(...) a única consequência prejudicial dos «*blues*» é poder anteceder a depressão pós-parto – em mais de 10% dos casos (...)”.

A *depressão* pós-parto define-se como um conjunto de sintomas decorrentes da gravidez e de todas as modificações que ocorrem no período de pós-parto. Caracteriza-se por uma depressão acentuada do humor, irritabilidade, perturbações do sono e apetite, fadiga, perda de interesse, culpabilidade, sentimentos de vergonha, desespero, de incapacidade e dificuldade em realizar as tarefas habituais. A puérpera pode preocupar-se excessivamente com a saúde do RN, ou evitar o contacto com este, negligenciando os seus cuidados ou delegando-os nas pessoas que a rodeiam (Tavares, 1990). Esta perturbação pode surgir, após o nascimento até ao segundo ou terceiro mês após o parto e permanece por algumas semanas ou meses, mas raramente mais de um ano (Afonso, 1999).

A prevalência da depressão pós-parto é elevada, atingindo entre 12% a 16% das mães. Este é o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher (DGS, 2006a). Existem

factores de risco que quando associados podem elevar a prevalência desta patologia, podendo atingir 50% nos casos de depressão pós-parto anterior, nomeadamente, gravidez na adolescência, isolamento social, história anterior de depressão ou de depressão pós-parto.

É fundamental detectar as situações de risco e diagnosticar precocemente os casos de depressão pós-parto, podendo neste processo ser útil a *Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo* (DGS, 2006a). Esta escala pressupõe uma intervenção baseada no estabelecimento de uma relação de confiança e uma atitude de escuta activa atenta por parte dos profissionais de saúde para com os Pais, de modo a detectar-se situações de risco nas várias áreas, nomeadamente, ideias e sentimentos da mãe e do pai há cerca da gravidez e do RN; memórias da mãe em relação à sua própria infância e relação com os próprios Pais ou substitutos; suporte social e emocional da mãe; depressão materna na gravidez e pós-parto; patologias psiquiátricas dos Pais; crianças em situação de risco para desenvolverem perturbações de relação precoce e factores sociais (DGS, 2006a).

A *psicose puerperal* apresenta uma incidência mais restrita (1 a 2 casos em cada 1000 nascimentos), no entanto a sua recorrência é elevada, não estando necessariamente associada a uma nova maternidade. Geralmente tem um início abrupto e caracteriza-se por confusão mental, delírio, alucinações e insónias. Os sintomas podem surgir conjunta ou isoladamente, entre o quarto dia e as duas a três semanas após o parto.

George e Sandler (1988), citado por Figueiredo (1994), relacionam o aparecimento da *psicose puerperal* com factores biológicos sobretudo com as modificações hormonais que acompanham este período. Outros relacionam-na com uma maior incidência de familiares com psicose maníaco-depressiva.

A **fadiga** é um fenómeno subjectivo e multidimensional, que se relaciona com sensações de cansaço, «falta de energia», prostração, desejo de dormir; e com sinais objectivos de palidez, letargia, prostração, apatia e face inexpressiva (Afonso, 1999).

A fadiga é um fenómeno comum e natural nas mulheres após o parto, que influencia a sua capacidade de adaptação à nova situação e de fazer face às solicitações dos

RN. Segundo Reeder et al. (1995) e Afonso (1999), existem uma variedade de factores que podem estar associados à fadiga, nomeadamente:

- Os dias que antecedem o parto são habitualmente desgastantes, devido aos desconfortos físicos do final da gravidez e à expectativa do parto;
- O trabalho de parto e o parto são experiências esgotantes, do ponto de vista físico e emocional;
- O período de internamento na maternidade é curto e insuficiente para restaurar as energias;
- A privação do sono e do repouso decorrentes dos desconfortos físicos do puerpério, do assumir das responsabilidades nos cuidados ao RN, dada a necessidade de adaptação aos seus ritmos, e também a ansiedade relativa ao seu bem-estar e receio que lhe possa acontecer algo de grave;
- O reassumir das actividades domésticas em simultâneo com os cuidados ao RN;
- A solicitação constante das visitas e os telefonemas nos primeiros dias após o regresso a casa.

Por conseguinte, e de forma a promover o repouso da puérpera, torna-se importante a sensibilização da mulher para estas questões, para a sua necessidade de repouso, para a importância de retomar as actividades diárias habituais de forma gradual e para as vantagens do apoio de alguém nas suas novas funções de mãe e nas actividades do dia-a-dia, permitindo-lhe um maior descanso.

Neste estudo entende-se por autocuidado a capacidade da pessoa cuidar de si, ou seja, de promover o seu bem-estar físico e emocional, pois não se trata apenas dos cuidados físicos e de higiene geral, mas também de cuidar-se do ponto de vista emocional, social e cultural.

A **falta de disponibilidade para o autocuidado** é muitas vezes verbalizada pela puérpera, por duas formas distintas mas que podem coexistir (Afonso, 1999):

- a «falta de tempo físico», por factores que ocupam grande parte do tempo da mulher, como sejam as dores, o desconforto físico, a fadiga, os ritmos do RN e os cuidados que necessita;

- a «falta de disposição» para se autocuidar, sendo esta uma realidade muitas vezes presente na mulher nas primeiras semanas após o parto. A fadiga, o *blues* pós-parto ou mesmo a depressão pós-parto, podem estar associados com esta indisponibilidade para cuidar de si.

A melhor forma de intervir será sensibilizando a mulher para as alterações físicas e fisiológicas que ocorrem neste período, nomeadamente ao nível do períneo e nas glândulas mamárias, e também para as alterações que o nascimento de um filho provoca na relação conjugal, familiar, social e profissional. Neste âmbito, deve também ser reforçada a importância do repouso, do sono e do apoio do cônjuge, outros familiares e amigos.

Como mencionado no ponto anterior, o nascimento de uma criança tem um impacto muito grande não só na mulher, como também na restante família, pelo que a aprendizagem de novos papéis, as adaptações e reajustamentos são necessários não só para o casal como por vezes também para a família de origem. Brazelton (1994) refere que aprender a organizar-se como uma nova família é um passo importante nesta fase da vida, que exige muito das pessoas envolvidas.

Para Maldonado (1982) a mulher, nos primeiros meses após o parto, sente geralmente grande necessidade de afecto, de cuidados e de protecção. O cônjuge, por sua vez, sente que exigem demasiado dele, sente-se exigido a «dar de si», e que o privam da atenção e cuidados da mulher. Em associação, podem surgir, mesmo que inconscientemente, sentimentos de ciúmes da criança, uma vez que é esta o centro das atenções e cuidados da mulher, sentindo que o seu espaço está a ser invadido.

Podem surgir sentimentos de angústia no casal, que prejudicam a **relação conjugal**, derivados da incompreensão das necessidades do outro e o sentimento de incompreensão de cada um dos cônjuges. Consequentemente, é comum o homem ausentar-se mais de casa, como forma de fugir à tensão instalada e à angústia provocada. Por sua vez, a mulher tem tendência a sentir-se cada vez mais ansiosa, sozinha e incompreendida.

Para Reeder et al. (1995, p. 612), a superação das alterações ao nível da relação conjugal, que também estão implicadas na transição para o papel de Pais,

(...) depende do êxito com que definiram e aceitaram a sua relação mútua. Se já desenvolveram a capacidade para se aperceber como são na realidade (e não como deveriam ser), e se são capazes de permitir que os seus valores e comportamentos sejam divergentes, trabalhar em equipa para ter uma base de poder flexível para cada um, e desenvolver normas que permitam o crescimento mútuo, é mais provável que efectuem a transição para as suas novas funções sem dificuldades.

Particularizando, após o parto, e derivado do mesmo, a actividade sexual do casal também se altera, podendo ocorrer alguns conflitos conjugais. Por um lado, nos primeiros meses após o parto é natural que a mulher esteja menos motivada para as relações sexuais, porque devido às alterações a nível perineal e vaginal ela está menos motivada e a lubrificação é mais difícil, assim como o seu cansaço físico e psicológico.

O controlo da fertilidade após o parto, para evitar uma nova gravidez, é outro tema que suscita no casal algumas dúvidas, insegurança e receio de uma próxima gravidez. Torna-se essencial o esclarecimento do casal acerca deste assunto, o qual deve ser efectuado ainda antes do parto, para que possam pensar nas várias hipóteses, decidir e estar informados antes do reinício da actividade sexual.

O nascimento de um filho, principalmente quando se trata do primeiro, pode ter repercussões não só no casal, como nas **famílias de origem e amigos**. Ocorrem alterações dos papéis de todos os familiares, o que implica haver um reajustamento dos mesmos.

O comportamento do casal pode ter repercussões menos agradáveis para a família e amigos, devido à presença de fadiga, dores ou desconforto e a readaptação ao ambiente doméstico, que retiram muita disponibilidade à mulher. Os familiares, por sua vez, é nesta altura, que visitam ou telefonam com mais frequência, contribuindo para o aumento deste cansaço. No entanto, o apoio prestado pela família de origem

e pelas pessoas mais significativas para o casal pode ajudá-los a tomarem consciência dos seus papéis e a assumirem as suas funções com mais segurança.

Segundo Afonso (1999), a família de origem e as pessoas significativas do casal constituem uma fonte de apoio na medida em que fazem companhia, ajudam nas tarefas domésticas, na transmissão de experiências acerca dos cuidados ao RN, na transmissão de experiências acerca dos aspectos fisiológicos e psicológicos da mulher no puerpério, na assimilação a partir da observação dos outros, dos papéis de maternidade e paternidade.

Ainda, outros aspectos positivos na relação com a família de origem, que muitas vezes não são valorizados, prendem-se com o reforço dos laços de amizade e a promoção da interajuda familiar.

Este apoio e a interajuda familiar é maioritariamente efectuado pela família de origem do casal e pelo próprio cônjuge, no entanto existe ainda o apoio social, que se processa a dois níveis, a um nível mais geral, a partir da aplicação da legislação da protecção da maternidade e paternidade e a nível mais específico, a partir dos apoios dos serviços de saúde, onde a mulher grávida tem direito à protecção da saúde através de assistência médica gratuita, e apoio na licença de maternidade associada ao nascimento de um filho. Neste contexto, os profissionais de saúde podem dar à família um apoio fundamental na promoção da saúde e do bem-estar nesta fase do ciclo de vida.

Dificuldades no Cuidar do RN

Apesar dos conhecimentos adquiridos durante a gravidez ou durante o período de internamento na maternidade, serem importantes para a puérpera, é fundamental o apoio na pós-alta até que esta se sinta suficientemente segura, de forma a viver esta experiência com o mínimo de dificuldades.

Habitualmente, é após a alta da maternidade que a puérpera se confronta com as maiores dúvidas e dificuldades, as quais, muitas vezes associadas a informações contraditórias da família e amigos, ao confronto com o seu novo papel de mãe e a algumas limitações físicas, geram sentimentos de ansiedade e de insegurança.

Torna-se fundamental que, após a alta da maternidade, a intervenção do enfermeiro em cuidados de saúde primários, se centre no envolvimento com o meio familiar e a comunidade, através da visitação domiciliária. Esta actividade, irá permitir ao enfermeiro aperceber-se das dificuldades dos Pais e desta forma poder actuar, apoiando e aconselhando os Pais na prestação dos cuidados ao RN. Assim, estará a contribuir para minimizar os sentimentos de insegurança e medo dos Pais, promover o vínculo afectivo e valorizar as suas habilidades.

Reconhecer os diferentes tipos de choro da criança (seu meio de comunicação mais directo) é também uma tarefa fundamental para os Pais, por permitir-lhes a identificação de algumas das suas necessidades, ir conhecendo o seu filho e a sua personalidade, e perceber a melhor forma de dar resposta às necessidades identificadas. A aquisição de competências a este nível transmite maior segurança e bem-estar no seu papel de Pais. Este processo não é imediato, trata-se de um conhecimento mútuo (entre Pais e RN) que é efectuado gradualmente ao longo do desenvolvimento da relação entre eles.

Para Boukydis (1979), citado por Brazelton e Cramer (1993, p. 81),

Uma mãe consegue distinguir o choro do seu bebé do de outros recém-nascidos, ao fim do terceiro dia (...). No final da segunda semana, começa a distinguir se o choro é de dor, de fome ou de aborrecimento. Um pai consegue fazer este mesmo tipo de reconhecimento ao fim de três semanas.

O profissional de enfermagem poderá apoiar os pais neste processo de conhecimento do RN transmitindo-lhes a informação necessária, incentivando-os à estimulação da sua relação com o bebé e reforçando as aquisições efectuadas. É também importante transmitir-lhes informações acerca das competências sensoriais do seu filho, pois o RN não é um ser «vazio», possui características como a capacidade de ouvir, ver, sentir o odor do que o rodeia, de ter diferentes formas de sucção conforme o tipo de líquidos que está a ingerir, de reagir quando lhe tocam, de se relacionar, de reconhecer rostos e odores. Aperceber-se destas competências sensoriais pode reduzir a ansiedade dos pais e potenciar o seu relacionamento com o RN (Brazelton & Cramer, 1993).

A aprendizagem que os Pais vão fazendo dos ritmos da criança, a forma de se relacionarem com ela e o impacto dos cuidados que lhes dedicam, vão dar-lhes grande satisfação e promover a sua auto-estima, facilitando deste modo a interacção Pais-RN (Reeder et al., 1995).

Pela importância que apresenta o conhecimento do comportamento do RN e das suas competências para a interacção Pais-RN, e porque este estudo incide no período pós-parto, considerámos necessário apresentar este tema mais detalhadamente no subcapítulo onde abordaremos o RN e os seus sistemas de interacção.

Outras investigações têm demonstrado a existência de dificuldades no período pós-parto, nomeadamente, o estudo de Afonso (1999, p. 16), que refere que as puérperas mencionaram a presença de muitas dificuldades neste período, como por exemplo, *“Em perceber, em cada momento, as necessidades do filho”*; *“Relacionadas com a alimentação do filho”*; *“Receio de não conseguir cuidar bem do filho”*; *“Relacionadas com a eliminação intestinal do filho”*; *“Relacionadas com os cuidados ao coto umbilical”*, entre outras.

As mães, principalmente as primíparas, referem que os primeiros dias de relação com o RN revelam-se confusos, estranhos e com sentimentos de desconforto (Marques, 1997).

A alimentação do RN, nomeadamente o aleitamento materno pode vir a aumentar estes desconfortos, principalmente ao nível das mamas e mamilos, levando muitas mulheres a desistir da amamentação. Por outro lado, as dúvidas e dificuldades relacionadas com a amamentação são habitualmente frequentes no início do puerpério. Elas surgem no internamento na maternidade, mas também, e principalmente, no domicílio após a alta. Isto porque, no que concerne ao aleitamento materno, muitas vezes é após a chegada a casa que a *descida do leite*⁴ ocorre, não tendo a puérpera o apoio que tinha anteriormente na maternidade.

⁴ Descida do leite é o termo habitualmente utilizado para designar a transição da secreção do colostro para a secreção do leite pela glândula mamária.

Estas dificuldades poderão resultar numa experiência tão ofensiva e pouco gratificante, ou mesmo negativa, que levam a mulher a substituir total ou parcialmente a alimentação natural pela artificial.

Colman e Colman (1994, p. 160) referem que

(...) para muitas mulheres, as primeiras três semanas de amamentação são muitíssimo desconfortáveis. Mesmo se ela adora a criança e quer muito amamentá-la, a dor pode afectar a sua disposição e fazê-la sentir-se desadequada. Se ela não souber que isso vai passar, pode desistir e sentir isso como um fracasso.

Segundo Maldonado (1982) a amamentação é um momento privilegiado de relação entre a mãe e o RN, em que a estimulação sensorial assume um lugar de destaque, tanto a nível visual (a face materna), auditivo (ouvir a voz da mãe), táctil (o toque na mãe), olfactivo (o cheiro da mãe e do leite) como gustativo (o gosto do leite).

A mesma autora (1982) afirma que as emoções afectam a amamentação, e é por esta razão que a mãe deve estar informada para procurar manter-se calma e tranquila, favorecendo este processo. Tal como o ambiente que rodeia este momento, também deve ser agradável e não afectado por dores mamárias, receios e medos da mãe.

Num estudo realizado por Graça (2003) com primíparas, num primeiro momento foram identificadas dificuldades na realização dos cuidados de higiene. Dentro destas, as mães referem que têm receio de pegar no RN, pois é um ser «frágil», «escorregadio» e «irrequieto».

A inexperiência em cuidar de crianças pode despoletar dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN. Esta dificuldade manifesta-se por sentimentos de insegurança e medo em manusear ou segurar no filho e dúvidas em relação à mobilização, posicionamento, higiene e vestuário do RN (Afonso, 1999).

Outro factor que contribui para a presença desta dificuldade, trata-se do desconhecimento das características físicas do RN e da sua evolução, desde as

características da pele, às variações do peso nos primeiros dias, ao processo de cicatrização do coto umbilical, às características das fezes e suas alterações nos primeiros dias, entre outras.

Será importante a proximidade de uma pessoa significativa com experiência em cuidar de RN, com quem a puérpera tenha uma relação de confiança, para facilitar a adaptação à maternidade e permitir-lhe que se sinta mais segura das suas capacidades para cuidar do filho.

Durante todo o processo de adaptação à parentalidade, *“A presença do pai, para que apoie a mulher e se sinta um participante activo nos cuidados ao bebé deve ser não só permitida como incentivada, se o casal assim o desejar (...)”* (Ferreira, 1996, p. 118-119). Desta forma, a enfermeira deve actuar no sentido de minimizar estas dificuldades, satisfazendo as necessidades de informação dos Pais, capacitando-os para cuidar do RN e estimulando o envolvimento de ambos nos cuidados.

Neste âmbito, os profissionais de saúde deveriam investir mais em medidas preventivas para potencializar as capacidades e competências dos Pais, pelo que torna-se necessário *“(...) fazermos tudo aquilo que estiver ao nosso alcance para que a mãe se sinta orgulhosa e satisfeita com o seu novo bebé e mostrarmos a grande capacidade dos bebés às suas mães”* (Kennell, 1995, p. 50).

CAPÍTULO II - ESTABELECIMENTO DA VINCULAÇÃO E INTERACÇÃO ENTRE PAIS - RN

1. O Processo de Vinculação da Tríade⁵

Ao longo dos anos o conceito de vinculação tem sido vastamente estudado e abordado por vários autores, dando-se constantemente ênfase à importância do estabelecimento do vínculo afectivo entre Pais e filhos. Bowlby descreve esta relação como sendo “*a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade*” (2002, p. 219).

Bowlby em 1958 elaborou a *Teoria da Vinculação*, que postula que existe uma componente fundamental da natureza humana que é a propensão para estabelecer elos afectivos fortes, com determinadas pessoas em particular. Esta tendência manifesta-se desde logo no RN, que já vem equipado com uma série de competências vinculativas – o seguir com o olhar, o chorar, o agarrar, o sorrir – para chamar a atenção de quem presta cuidados.

Brazelton e Cramer (1993) consideram a vinculação afectiva entre Pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interacções Pais-RN.

Na perspectiva de Gomes-Pedro (1985) e Sá (1997) a vinculação é um processo que dada a sua complexidade e evolução pode ser dividida em três níveis: *pré-natal*, *perinatal* e *pós-natal*.

Na *vinculação pré-natal* os Pais vão mudando a visão que têm do seu filho, evoluindo de uma imagem do *bebé fantástico*, para o *bebé imaginário* e por fim o *bebé real*. Esta vinculação ocorre durante a gravidez e é composta por todos os momentos importantes no decurso dos nove meses, desde a revelação da gravidez,

⁵ Referente à mãe, pai e RN

os movimentos fetais e outros momentos. Também Brazelton (1992) considera os nove meses de gravidez, o tempo de preparação dos Pais para o nascimento da criança e onde se inicia o processo de vinculação. Na opinião de Gomes-Pedro (1985), a vinculação é um processo natural, embora não seja propriamente instantânea e automática logo após o nascimento, ao contrário do que muitas vezes os Pais pensam. Este é um processo bem mais complexo que envolve uma socialização prévia para o cuidar, o contacto anterior com RN assim como a gestão dos afectos pelos próprios e os modelos parentais que os progenitores tiveram, entre outros factores.

A *vinculação perinatal* envolve todos os momentos relativos ao trabalho de parto e primeiro contacto entre os Pais e o RN. Mazet e Stoleru (2003) referem que num primeiro instante a mãe observa-o, tocando-o somente com as pontas dos dedos, posteriormente com a totalidade da mão e só no final, é que coloca face a face. As primeiras horas de vida são períodos muito sensíveis, nos quais a mãe está muito disponível para construir o laço de ligação com o RN. Na opinião de Sá (1997) este nível de vinculação pode ser de extrema influência na relação, e da mesma forma ser disruptivo, especialmente em casos de malformações. Gomes-Pedro (1985) considera que o trabalho de parto pode ser estimulador e importante para o processo de vinculação entre a mãe, pai e o RN, no entanto, devem estar reunidos alguns parâmetros para que ocorra nas melhores condições psicológicas e físicas do casal. Desta forma, os profissionais de saúde devem estar atentos a estes factores para que durante o pós-parto imediato o contacto com o RN seja o mais tranquilo e perfeito possível, sendo este um momento excelente para reforçar o processo de vinculação.

Por último, a *vinculação pós-natal*, onde se revelam de extrema importância as interacções entre Pais e filhos, como forma estruturante das emoções da criança. Existem estudos que demonstram que o contacto precoce entre a tríade nos primeiros dias após o nascimento podem ser cruciais para o relacionamento e reconhecimento dos três elementos, estando demonstrado que, nos casos em que foi estabelecida uma interacção precoce, após algumas semanas, os Pais interagem mais com os filhos, estão mais empenhados nos cuidados aos mesmos e demonstram graus de auto-estima superiores (Kennel, 1995).

Para Bowlby (1951, 1969), citado por Ramos (2004b, p. 163)

(...) a satisfação das necessidades de vinculação passa por contactos afectuosos com a mãe ou outros prestadores de cuidados, pelos contactos corporais, pelas interacções através do sorriso e do olhar, pelos gestos de ternura e afecto, pelas comunicações sensoriais no momento de cuidados, nomeadamente de amamentação, pela segurança encontrada nos braços do adulto, pela sintonia dos ritmos e dos afectos.

A interacção precoce é um processo que é estabelecido desde os primeiros momentos de encontro dos Pais e do RN, em que ocorre uma partilha de mensagens de acordo com os recursos disponíveis de cada interveniente, com o objectivo de comunicarem e desfrutarem do prazer de estar unidos (Figueiredo, 2001).

No processo de interacção Pais-RN, pode constatar-se que ambos mostram e reconhecem a intenção comunicativa de cada um (Figueiredo, 2001). A mutualidade é outra das características existentes neste processo. Mãe e filho parecem confundir-se num único ser, pela analogia dos seus estádios afectivos (Lebovici 1987; Mazet & Stoleru, 2003). A reciprocidade é descrita pela capacidade de um compreender o comportamento do outro e, modificar o seu próprio reportório, para assim proporcionar uma resposta adequada (Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2001; Mazet & Stoleru, 2003; Ramos, 2004b).

O reconhecimento do RN como um ser com características e competências singulares possibilitou a compreensão do seu papel fundamental, na interacção com os seus Pais. Se for proporcionado aos Pais o conhecimento sobre as competências interactivas do RN e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócioemocional e cognitivo da criança (Brazelton & Cramer, 1993).

Do mesmo modo, como afirma Gomes-Pedro (2005, p. 24),

(...) uma indisponibilidade e/ou incapacidade dos pais em se adaptarem às competências e às características individuais do seu bebé inviabiliza uma génese sólida dos primeiros vínculos que sabemos ser as traves mestras da vasta teia dos afectos e moções e que são, por sua vez, o suporte e o fiel da adaptação social.

Brazelton (1995b) considera que o RN manifesta aos Pais que os conhece e que sabe como cativá-los e acrescenta que os Pais precisam deste reconhecimento. Estes precisam de sentir que foram bem sucedidos consigo próprios e com os seus filhos, procurando ainda conhecer as inúmeras aprendizagens do RN: *“They wanted to see what that baby had learned each time”* (Brazelton, 2005, p. 50).

Do mesmo modo, Kennel (1995), apresenta que a aparência do RN associada às inúmeras capacidades sensoriais e motoras, evocam respostas maternas e paternas que proporcionam diversos canais de comunicação muito úteis para os processos de interacção e vinculação.

2. O Recém-Nascido e os seus Sistemas de Interacção

Até às últimas décadas do século XX, o RN nas semanas a seguir ao nascimento, era visto como um ser incapaz de ver e ouvir, imaturo e indefeso em todos os domínios, para além de completamente vulnerável às condições do meio (Brazelton & Cramer, 1993; Tojal, 2000; Seabra-Santos, 2001).

Porém, a investigação realizada nesta área durante os últimos trinta anos revolucionou esta ideia convencionada. De acordo com os mesmos autores, o RN passou a ser reconhecido como um ser activo, munido de capacidades e competências comportamentais, capaz de intervir, reagir e interagir no meio ambiente que o rodeia, a partir do nascimento. Imediatamente após o nascimento, o RN, inserido num mundo complexo de calor, odores, vozes e presenças que constituem a sua primeira aquisição, detém a capacidade de ver, escutar, sentir e reagir, encontrando-se, portanto num processo de aprendizagem constante. Para isso dispõe de *“(...) competências para perceber e aprender que pode sempre*

estabelecer, restabelecer ou reforçar laços fortes e particulares com uma pessoa” (Montagner, 1993, p. 115).

A investigação demonstrou que o RN é, precocemente, detentor de uma diversidade de competências sensoriais, sendo capaz de aprender as estimulações recebidas no ambiente intra-uterino, enquanto feto, e logo a partir do nascimento. De acordo com alguns estudos, o RN tem a capacidade de reagir à linguagem humana, à aparição de um rosto humano e ao comportamento desse rosto, já que este último é o «alvo privilegiado» da sua atenção (Montagner, 1993).

2.1. Competências Sensoriais do Recém-Nascido

Segundo Brazelton e Cramer (1993), pode ser tão relevante para o processo de vinculação a capacidade que um RN tem para ouvir e ver imediatamente após o nascimento, como colocar o bebé a mamar no peito da mãe. Esta noção vem reforçar a importância do reconhecimento das **competências sensoriais do RN** e a sua influência na relação que estabelece com a mãe, pelo que passamos a descrever:

- *A Visão*

Os RN, a partir do momento em que nascem, parecem capazes de compreender o rosto humano, pelo qual revelam preferência se este for comunicativo. Note-se que, *“Todos os jovens pais anseiam por um relacionamento visual com os seus bebés, a seguir ao parto”* (Brazelton & Cramer, 1993, p. 70). Segundo Salapatek e Kessen (1966), citados por Brazelton e Cramer (1993), os contornos do rosto e o brilho dos olhos e da boca, são estímulos visuais que prendem mais a atenção de um RN. Estas características possibilitam que o RN desenvolva um conhecimento muito precoce do universo humano que o rodeia e das pessoas que cuidam dele.

Quando um RN é pegado ao colo e embalado, estes actos acalmam-no e despertam-no, provocando uma reacção reflexa que consiste no abrir dos olhos e na atenção a um estímulo visual. O estado de alerta mais prolongado parece ser

produzido pela posição quase vertical, num ângulo de trinta graus, pelo que, quando se pega num RN, quase na vertical, embalando-o de uma forma suave, este abre os olhos, pronto a comunicar (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

Apesar da acuidade visual no RN estar comprovada, sabe-se que esta é baixa. Logo após o nascimento, as pupilas do RN são reactivas à luz e o reflexo de pestanejo é facilmente observável (Perry, 1999b). Borges e Gouveia (2001) referem que a baixa acuidade visual deve-se ao facto das capacidades para processar a informação recebida ser limitada, e não à falta de qualidade das imagens, mas também porque o olho se encontra estruturalmente incompleto ao nascimento. Inicialmente, o RN vê distintamente imagens de alto contraste ou a preto e branco e ao fim da primeira semana já reconhece o rosto da mãe (Faure & Richardson, 2004).

Deste modo, os RN têm preferência por objectos que estejam a uma distância de cerca de vinte centímetros da linha média do campo de visão, que corresponde exactamente à distância entre a face do bebé e a face da mãe durante a amamentação.

Um RN é capaz de fixar, por momentos, um objecto ou uma pessoa e de seguir um objecto em movimento lento em cerca de doze graus para a direita ou para a esquerda, e trinta graus para cima e para baixo (Perry, 1999b). Existem quatro fases de reacções a estímulos visuais, nomeadamente, *um estágio de alerta inicial; uma atenção crescente; um interesse decrescente e gradual e um desinteresse total de uma situação que se tornou monótona* (Brazelton & Cramer, 1993).

Segundo Sigman *et al.* (1973), citado por Brazelton e Cramer (1993), para os profissionais de saúde e para os Pais, o comportamento visual demonstrado pelo RN constitui-se como um dos sinais mais credíveis de um sistema nervoso central intacto. Porém, o facto do RN se encontrar ou não num estado propício à interacção visual é determinante para o seu comportamento durante a interacção com um adulto, pelo que o comportamento visual do mesmo não é, por si só, uma prova da existência de lesões cerebrais.

- A Audição

Segundo Pujol e Uziel (1987), citados por Montagner (1993), os órgãos auditivos tornam-se funcionais por volta da vigésima semana de gestação, o que comprova as experiências sensoriais auditivas do bebé no meio intra-uterino. No útero materno, reage aos estímulos sonoros, diminuindo a sua actividade motora e o choro perante sons de baixa frequência (como por exemplo os batimentos cardíacos ou canções de embalar), ao passo que, sons de alta-frequência provocam reacção de alerta (Montagner, 1993; Borges & Gouveia, 2001).

De acordo com Perry (1999b, p. 353), *“A acuidade auditiva do bebé é semelhante à do adulto logo que o ouvido fica liberto de liquido amniótico, podendo esta situação ocorrer no primeiro minuto de vida”*. Assim, desde as primeiras horas de vida, o RN demonstra que ouve, que presta atenção e que é capaz de localizar a origem do som, seguindo-o com movimentos dos olhos e da cabeça (Borges & Gouveia, 2001; Faure & Richardson, 2004). Apresenta também sensibilidade ao som da voz humana e revela uma clara preferência pela voz feminina, demonstrando entusiasmo, em detrimento de uma voz masculina, pelo que *“Quando isto é demonstrado às mães, o seu afecto parece sofrer um grande impulso”* (Brazelton & Cramer, 1993, p. 74).

Embora a região média e interna do ouvido sejam grandes ao nascimento, o canal externo é pequeno e a parte óssea ainda não está formada, o que faz com que a membrana timpânica e o nervo facial estejam muito à superfície, podendo ser facilmente lesados (Whaley & Wong, 1999). Por este motivo, os sons demasiado altos assustam o RN, cuja resposta se caracteriza pelo virar de cabeça e pele avermelhada, bem como o aumento dos ritmos cardíaco e respiratório. Na permanência do som, o RN começa a chorar para controlar o susto. Em contrapartida, na presença de sons suaves, direcciona a sua cabeça para o estímulo e o seu ritmo cardíaco abranda.

A resposta do RN a um estímulo sonoro, quando está em estado de vigília calmo e atento, é de mover os olhos e, por vezes, a cabeça em direcção à fonte sonora – resposta visual auditiva. No estado sonolento, um estímulo sonoro provoca a abertura dos olhos (Perry, 1999b).

- *O Olfacto*

Os RN têm o sentido do olfacto fortemente apurado, motivo pelo qual são capazes de distinguir os cheiros agradáveis e desagradáveis (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b). Segundo Montagner (1993), vários estudos revelaram a existência de uma sensibilidade olfactiva precoce que, a seguir ao nascimento, vai aumentando ao longo dos dias. Neste sentido MacFarlane (1975), citado por Brazelton e Cramer (1993), explicita que, um RN com sete dias adquire uma aprendizagem olfactiva que lhe permite distinguir o cheiro do peito da mãe do de outras mulheres em fase de amamentação.

O olfacto é, portanto, uma forma de mãe e filho aprenderem um sobre o outro. Logo nas primeiras horas de vida, o RN sentindo necessidade de se alimentar, procura encontrar o mamilo da mãe através do cheiro. A capacidade de reconhecimento do cheiro da mãe é um factor importante e facilitador de interacção mãe-filho (Ferreira, 1996). Muitas vezes, quando uma mãe pega no seu bebé, ele volta a face para o seu peito devido à sua sensibilidade ao calor, mas também pela sua capacidade olfactiva, já que durante o tempo que está a ser alimentado o seu nariz está em estreito contacto com o peito materno, ficando assim intimamente associados o alimento e o cheiro (Borges & Gouveia, 2001).

De acordo com os mesmos autores, os RN reagem a odores fortes como o álcool ou o vinagre virando a cabeça, reagindo como se sentissem agredidos pelos odores mais fétidos, ao passo que se sentem atraídos pelos odores doces. Neste sentido, os odores podem influenciar o processo de vinculação e de amamentação.

- *O Paladar*

Os RN têm um sistema gustativo bem desenvolvido, detendo a capacidade de distinguir ténues diferenças de paladar, pelo que diferentes sabores podem desencadear diferentes expressões faciais (Perry, 1999b). Salisbury (1975), citado por Borges e Gouveia (2001), registou vários tipos de sucção em RN alimentados a biberão conforme os líquidos que lhes davam de beber. Através de reacções específicas e diferenciadas (o tipo de sucção) a vários líquidos, como sejam o leite

materno, o leite adaptado ou a água salgada, chegou-se à conclusão que o RN tem receptores de paladar especializados (Brazelton & Cramer, 1993). Assim, alguns paladares desencadeiam no RN uma sucção vigorosa e produzem uma expressão de agrado, enquanto que outros suscitam movimentos de repulsa (Ferreira, 1996).

Os sabores preferidos dos RN são os doces, ajudando-o a permanecer no estado ideal de interacção, encorajando-o a levar as mãos à boca, sendo esta estratégia considerada de autocalmante (Faure & Richardson, 2004). Brazelton e Cramer (1993, p. 77) acrescentam ainda que, os RN esperam “(...) *um maior relacionamento social quando alimentados ao peito do que quando alimentados a biberão*”.

O funcionamento dos mecanismos neurofisiológicos possibilita as sensações do gosto a partir do quarto mês de gestação, motivo pelo qual as sensações gustativas são também passíveis de avaliação ainda no meio intra-uterino (Borges & Gouveia, 2001), variando a ingestão de líquido amniótico pelo feto em função da presença ou não de substâncias açucaradas introduzidas artificialmente (Ferreira, 1996).

- *O Tacto*

A pele é o órgão mais extenso do organismo que participa em diversas funções vitais, tornando-se, por isso, complexo e dinâmico. Tem função física e sensorial, funcionando como uma barreira mecânica e de protecção (Borges & Gouveia, 2001).

O RN é sensível ao tacto em todas as zonas do seu corpo (Perry, 1999b; Faure & Richardson, 2004) e pode aprender variadas sensações à superfície da pele, nomeadamente a pressão, a dor, o frio e o calor. No entanto, o toque pode também ser revelador de afecto, pelo que estas sensações fazem parte do diálogo constante que o RN estabelece com o meio envolvente (Ferreira, 1996).

Como referem Brazelton e Cramer (1993, p. 78),

O tacto é a primeira e a mais importante zona de comunicação entre uma mãe e o seu novo filho. As mães reagem à má disposição dos bebés acalmando-os, tocando-lhes ou pegando-lhes ao colo para refrearem a sua actividade motora

desordenada (...). O tacto é um sistema mediático entre a criança e a pessoa que cuida dela, e que funciona simultaneamente para acalmar, alertar e despertar.

As reacções ao tacto ao nível das mãos e da boca, locais onde se encontram um maior número de receptores tácteis, são estabelecidas antes do nascimento e servem para dar conforto ao próprio RN, como também para controlar a actividade motora, funcionando como auto-estimulação (Brazelton & Cramer, 1993). Normalmente, a estimulação à volta da boca desencadeia a sua abertura numa tentativa de agarrar e sugar, correspondendo ao reflexo dos pontos cardeais e de rotação. No caso de ser tocada a mão do RN, como resposta ele fecha-a e agarra, o que corresponde ao reflexo de preensão palmar. De acordo com as várias possibilidades de estímulos sobre as variadas zonas do pé, o RN pode apresentar vários reflexos: preensão plantar, *babinsky*, marcha automática, entre outros (Ferreira, 1996).

De facto, a zona do corpo tocada e a intensidade do toque são determinantes para a reacção do RN. Um estímulo táctil lento pode acalmar um RN que está agitado, enquanto que um estímulo forte e rápido pode levar o RN a ficar alerta (Ferreira, 1996).

O desenvolvimento emocional está intimamente ligado ao sentido do tacto. Desta forma, torna-se importante para o desenvolvimento do RN que os Pais saibam regular o seu mundo táctil até ele ser capaz de o fazer sozinho.

Outro aspecto importante a considerar é a **cultura**, pois, desde as primeiras horas de vida o RN necessita de partilhar com a pessoa cuidadora as suas necessidades, os seus interesses e as suas experiências afectivas. *“As primeiras interacções, as primeiras comunicações do ser humano, do bebé, com os adultos e as crianças, na família, na creche, representam, de alguma forma a sua entrada na cultura”* (Ramos, 2001, p. 159).

Para Hall (1971), citado por Ramos (2001, p. 163) *“(...) cultura é um conjunto dos elementos aprendidos em sociedade pelos membros de uma determinada*

sociedade, e, estes elementos são acções, percepções e pensamentos (raciocínios, crenças, sentimentos, sensações)”.
.

É através dos cuidados prestados ao RN e das estimulações sensoriais provocadas pela interacção entre o RN e a pessoa que cuida, numa determinada realidade cultural e familiar, que se organiza os laços de vinculação e o RN estabelece as suas primeiras relações com o seu ambiente familiar e cultural e se desenvolve psicologicamente e culturalmente (Ramos, 1993, 2001).

Ramos (1993, 2001) relata os trabalhos desenvolvidos por Mead, que mostram a influência precoce da cultura sobre o indivíduo, considerando que as potencialidades humanas são universais, aquelas que são expressas e a maneira como são expressas dependem da cultura. No entanto, existem diferenças individuais e culturais nos comportamentos e nos modos de comunicar no seio de uma mesma cultura, de acordo com as tradições de cada família, do mesmo modo que todos os RN não interagem da mesma maneira, “(...) em cada cultura o adulto que presta cuidados de *maternage* desenvolve um «estilo» próprio de comunicação com o bebé, e numa mesma cultura há diferenças no estilo de interacção materno e paterno com a criança” (2001, p. 160).

A comparação intercultural da comunicação precoce e das técnicas de *maternage*, permite destacar «estilos culturais de *maternage*» (Ramos, 1993, 2001).

Estudos de interacção entre Pais-filhos em diferentes culturas, revelam-nos que os comportamentos de comunicação são muito precoces, ricos e variados, passando por diversos canais como o olfacto, o toque, o olhar, as expressões faciais, tendo uma importância extrema no equilíbrio psíquico e no desenvolvimento social, cognitivo e afectivo da criança, variando estes «estilos» de comunicação de cultura em cultura (Ramos, 1993, 2001).

Cada cultura tem o seu próprio estilo de comunicação, numas predominam as interacções verbais e noutras predominam as interacções corporais. Estes factores levam-nos a pensar o quanto as crenças e as representações sócio-culturais influenciam as interacções estabelecidas e os cuidados prestados aos RN.

De acordo com Ramos (2002, p. 478),

(...) a cultura estrutura o indivíduo por intermédio de padrões culturais transmitidos, os quais constituem modelos, regras e lógicas culturais fornecidas á criança desde o seu nascimento pela família, escola e comunidade. Estas formas específicas de transmissão cultural processam-se através das técnicas do corpo, dos cuidados ás crianças, das práticas educativas, dos modelos e estilos relacionais e comunicacionais.

2.2. Competências Comportamentais do Recém-Nascido

O RN é um ser no qual determinados comportamentos se encontram presentes à nascença ou são tributários dos fenómenos de maturação, ao passo que outros são construídos durante as interacções com os adultos que dele cuidam, pelo que “(...) ambos devem ser reconhecidos e solicitados para que um ser de interacção se desenvolva” (Montagner, 1993, p. 217).

No contexto da avaliação comportamental do RN, a **Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal** (*Neonatal Behavioral Assessment Scale* ou NBAS) de Brazelton (1973, 1984) representa um testemunho no modo de encarar o RN e as suas competências (Canavarro, 2001). Segundo Gomes-Pedro (1985, p. 37), Brazelton

(...) conseguiu reunir num constructo organizado as várias noções parcelares relativas às múltiplas capacidades estruturais do recém-nascido, tendo conseguido criar uma forma prática de as avaliar; neste sentido, ele fez sobretudo sobressair a dinâmica do comportamento interactivo que é a condição básica para a integração social e afectiva do recém-nascido.

Segundo Brazelton e Cramer (1993), a NBAS foi desenvolvida para captar as reacções do RN, realçando e acompanhando as alterações que ocorrem nos estados de consciência no decurso da observação, nomeadamente a sua instabilidade e direcção. Assim, a avaliação corresponde à medição da capacidade que os RN têm para lidar com os estímulos e de se acalmarem.

Gomes-Pedro (1985, p. 121) afirma que a NBAS contempla “(...) o recém-nascido saudável como um ser essencialmente social e reconhece, ao mesmo tempo, que ele necessita de descobrir na sua mãe os estímulos necessários que lhe possibilitem desenvolver a organização que apenas possui um esboço”. Para este autor Brazelton parte do princípio de que o RN modela o seu ambiente muito mais do que este o modela a si. A criação da NBAS foi feita no sentido de ajudar os profissionais de saúde a avaliar o estilo de reacção dos bebés e, conseqüentemente, ajudar os Pais a compreenderem as respostas comportamentais do seu filho (Brazelton & Cramer, 1993).

Considerando as capacidades do RN face à expressão dos seus sentimentos e interacção com o meio circundante, Brazelton e Cramer (1993, p. 80) consideram que “Uma das primeiras tarefas dos pais é aprender a reconhecer e a prever os estados de consciência do bebé, para saber se ele estará disponível para comer, dormir e para se relacionar”. Assim, estes estádios são o contexto fundamental para a compreensão das suas reacções e adequação do estímulo externo.

As características comportamentais do RN vão sofrendo alterações desde o nascimento, nas primeiras seis a oito horas pós-parto o RN atravessa algumas fases de instabilidade, altura em que a presença dos Pais e o conhecimento destes sobre as fases reactivas do RN promove a vinculação Pais-filho e contribuem para o sucesso alimentar (Perry, 1999b).

Assim, como refere esta autora, o RN durante o primeiro período de reactividade, encontra-se num estado de alerta calmo, os olhos mantêm-se normalmente abertos, podendo concentrar a sua atenção na figura dos Pais e escutar vozes, especialmente a da mãe. Neste primeiro período deve ser promovida a interacção Pais-RN, por ser um período que facilita a vinculação. O período seguinte, denominado alerta activo, corresponde a uma fase de maior actividade (podendo movimentar-se e chorar vigorosamente) na qual, o RN parecendo ter fome, apresenta um forte reflexo de sucção, sendo este o momento propício para iniciar o aleitamento. Seguidamente o RN entra num período de inactividade (cerca de duas a quatro horas), podendo cair num sono profundo, salientando-se a dificuldade em acordar. Evidencia-se uma diminuição das suas reacções, apresentando ínfimas

respostas quando estimulado. Posteriormente, o RN apresenta um segundo período de reactividade, com uma duração de quatro a seis horas, no qual fica acordado e alerta, alternando períodos de calma, actividade e choro. Simultaneamente, demonstra interesse em ser alimentado, manifestado por bons reflexos de rotação, sucção e deglutição (Perry, 1999b).

Brazelton e Cramer (1993) consideraram a existência de **seis estados de consciência**, em que cada estado representa um modelo dinâmico que exprime todo o comportamento do RN. Assim, o estado de consciência, “(...) *não só determina a capacidade do bebé para captar e utilizar uma informação, como afecta o tipo e o grau de resposta que ele vai dar*” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 80), os quais se traduzem através dos ciclos de sono ou vigília (Gomes-Pedro, 1985; Perry, 1999b). Existem dois estados de sono: *sono profundo* e *sono leve ou activo*, e quatro estados de vigília: *sonolência*, *alerta*, *alerta activo* e *choro*.

O *sono profundo* ocorre em ciclos de sono de cerca de quatro horas por dia em bebés não prematuros, e têm como objectivo acalmar e organizar o sistema nervoso imaturo e vulnerável do bebé. O RN está relativamente inacessível a estímulos externos; somente estímulos intensos e perturbadores são capazes de o acordar. Apresenta-se quase quieto, excepto estremeamento ou sobressalto ocasional, a respiração é profunda e regular, os olhos encontram-se bem fechados. Não se regista actividade motora e facial, salvo pequenos movimentos finos e bruscos dos dedos, lábios e pálpebras e movimentos ocasionais de sucção, em intervalos regulares (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

O *sono leve* ou *activo* tem a duração de doze a quinze horas por dia, em períodos de vinte a quarenta minutos por ciclo de sono (Whaley & Wong, 1999). É nesta fase que ocorre o crescimento e a diferenciação cerebral (Brazelton & Cramer, 1993). Durante este sono os bebés estão mais vulneráveis ao mundo exterior, mais reactivos a estímulos internos e externos. Na presença destes, o bebé pode permanecer em sono superficial, voltar ao sono profundo ou ficar sonolento (Perry, 1999b). O RN apresenta alguns movimentos corporais (contorcer e espreguiçar), observando-se o movimento rápido dos olhos e o seu estremeamento sob as pálpebras fechadas; a respiração é irregular, por vezes bastante leve, e acelerada,

comparativamente com a que se observa no sono profundo. A nível do rosto, os bebés apresentam movimentos faciais do tipo caretas ou franzir o sobrolho, mexem a boca, mamam, sorriem e podem emitir alguns sons de choro (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

O terceiro estado, de *sonolência ou intermédio*, apresenta uma duração variável. Os estímulos do meio envolvente podem acordar o RN, mantendo-o mais desperto e disponível para a interacção (Brazelton & Cramer, 1993). O bebé responde a estímulos sensoriais de forma mais lenta, verificando-se a mudança de estado após o estímulo (Perry, 1999b). Apresenta um grau de actividade variável, estremeando pontualmente; por vezes, observam-se movimentos suaves dos membros superiores e inferiores. Pode apresentar movimentos faciais e os seus olhos podem estar fechados, semicerrados, abertos ou alternadamente entre fechados e abertos, embora o bebé pareça adormecido. A respiração é regular; porém mais acelerada e de menor amplitude, se comparada com o estágio anterior (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

No *estado de alerta* o RN está *acordado* e tem a duração de duas a três horas por dia, em períodos de vinte a trinta minutos (Whaley & Wong, 1999). De acordo com Montagner (1993), neste estado o cérebro da criança encontra-se suficientemente permeável e activo para receber e tratar a informação. Os estímulos visuais e auditivos provocam reacções previsíveis (Brazelton & Cramer, 1993); o bebé está atento ao ambiente concentrando-se em qualquer estímulo presente, pelo que este é considerado o estado óptimo de vigília (Perry, 1999b), no qual “(...) ocorrem as maiores recompensas para os pais” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 81). A actividade corporal é mínima, a respiração é regular, a face apresenta um aspecto radioso, os olhos estão abertos e o olhar é vivo e brilhante (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

No *estado de alerta irritado*, dura cerca de uma a quatro horas por dia (Whaley & Wong, 1999), o bebé está disponível para estímulos externos, podendo adquirir o estado de alerta através de estímulos agradáveis (Brazelton & Cramer, 1993). No entanto, se a estimulação for exagerada, o RN tende a recair num estado de irritação, seguido do choro. O RN apresenta actividade corporal intensa,

observando-se movimentos desajeitados e desordenados, susceptível aos sobressaltos que lhe possam provocar. Os seus olhos encontram-se abertos e menos brilhantes, a respiração é irregular, os movimentos faciais intensos e a face apresenta um aspecto menos radioso (Brazelton & Cramer, 1993; Perry, 1999b).

O *choro* consiste numa resposta extrema a estímulos internos ou externos desagradáveis, registando-se o aumento da actividade motora, alterações da coloração da pele, os olhos podem estar abertos ou cerrados, o padrão respiratório é mais irregular e o RN faz «caretas» (Perry, 1999b).

Segundo Brazelton e Cramer (1993, p. 80), “*O choro atinge muitos objectivos num bebé. Ele constitui, desde o início, o modo mais eficaz de atrair as atenções da pessoa que cuida da criança*”. Sendo um comportamento que ocorre de uma resposta reflexa a um mal-estar, constitui-se como um importante sistema de comunicação para variadíssimos aspectos, tais como, dor, fome, agitação, necessidade de atenção, afecto e proximidade, diferenças de temperatura, posição incorrecta, estímulos intensos, entre outros. Pode, de igual modo, funcionar como um agente de auxílio para a sua organização, visto que lhe permite descarregar a energia acumulada (Borges & Gouveia, 2001; Perry, 1999b).

Brazelton e Cramer (1993) referem a existência de quatro tipos de choro em função das suas motivações (dor, fome, pelo aborrecimento e desconforto), cuja distinção é possível a partir dos primeiros dias de vida. Estes autores vão mais longe e afirmam que “*(...) o bebé parece estar programado para tentar comunicar chorando de várias maneiras*” (1993, p. 81).

Por sua vez, Borges e Gouveia (2001), reportando-se a Wolff (1980), admitem a existência de três tipos de choro básicos, diferenciando-os quanto à sonoridade, o choro de fome, que origina emissões vocais com alteração de frequência, repartidos abaixo e acima, simetricamente do tom de base; o choro de irritação, que provoca uma emissão sonora em banda de frequência superior à do choro de fome com flutuações regulares de baixa amplitude; e por fim, o choro de dor, que reproduz elevações bruscas em relação ao tom de base, pelo que estes picos representam as frequências mais altas.

A duração dos *ciclos de sono* (*sono profundo* e *sono leve ou activo*) sofre alterações à medida que vai ocorrendo o amadurecimento do sistema nervoso, pelo que aprender a dormir por períodos superiores a três ou quatro horas por noite constitui um progresso. Para que tal ocorra, é necessário que haja um amadurecimento do sistema nervoso que permita ao bebé conseguir gerir os estímulos externos sem acordar. Todavia, aprender a dormir de noite também está relacionado com os padrões de actividade existentes durante o dia, pelo que, a alimentação regular e o sono funcionam como factores que auxiliam este processo. “Os bebés que ficam mais entregues a si próprios quando se sentem frustrados de dia, tendem a aprender padrões de comportamentos necessários para a noite” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 83).

Como refere Gomes-Pedro (1985, p. 42), “O sorriso do recém-nascido (...) é um factor determinante nos comportamentos de aproximação materna”, embora os primeiros sorrisos sejam meramente fisiológicos, traduzindo uma sensação de bem-estar (Borges & Gouveia, 2001).

O sorriso pode ser observado no RN desde o nascimento, particularmente durante o *sono leve ou activo* e o período de *sonolência*, nos quais se destacam sorrisos assimétricos, parecendo muitas vezes irónicos. Todavia, Stern (1992) salienta que, nos períodos em que está acordado e de olhos abertos, raramente se observam sorrisos no RN.

Gomes-Pedro (1985) distingue dois tipos de sorrisos no RN, o sorriso *endógeno* e o sorriso *exógeno*. O primeiro, também designado de *reflexo*, é fisiológico, de origem interna e está presente desde o nascimento. É um comportamento espontâneo, que não surge em resposta a um estímulo, estando associado a um padrão electroencefalográfico específico da fase do *sono leve* que traduz bem-estar (Gomes-Pedro, 1985; Stern, 1992).

O sorriso *exógeno*, por sua vez, surge por volta das quatro a seis semanas de vida e começa como resposta irregular aos estímulos exteriores (Gomes-Pedro, 1985), destacando-se o rosto e olhar humanos, tom de voz agudo e cócegas. Em pouco tempo, com a passagem de endógeno a exógeno, o sorriso começa a ser uma

manifestação de reconhecimento de objectos e situações, adquirindo lentamente um valor social (Borges & Gouveia, 2001).

Gomes-Pedro (1985) considera difícil designar sorriso social aos esboços faciais do RN, no entanto, assegura que eles são seguramente os percussores do futuro comportamento do sorriso.

Por volta do terceiro mês, o sorriso torna-se um comportamento instrumental, sendo produzido pelo RN para obter uma reacção humana, tornando-se, aos quatro meses, um comportamento coordenado e combinado com diferentes expressões faciais (Stern, 1992).

O riso surge apenas a partir do quarto mês e, ao contrário do sorriso, não atravessa uma fase *endógena* nem está presente desde o nascimento (Stern, 1992).

O RN nasce equipado com a configuração da sua aparência que capta, indirectamente, a atenção das pessoas que o rodeiam. A expressão facial “(...) é um sinal-presença do recém-nascido humano e determina a manutenção da proximidade da mãe” (Gomes-Pedro, 1985, p. 41). Os sinais de imaturidade, que despertam atitudes de apoio e protecção da parte dos adultos, são sobretudo o tamanho da cabeça em relação ao corpo, a face redonda e as bochechas moles (Gomes-Pedro, 1985).

Stern (1992) defende a capacidade dos RN em produzirem expressões faciais desde o nascimento idênticas às dos adultos, expressões estas que são reflexas, visto não serem acompanhadas de sentimentos interiores, tais como, interesse visual intensivo, sabedoria, ironia, nojo, tristeza, alegria, sobrancelhas interrogativas e sorriso, que podem ser combinadas em sequências. Estas expressões são mais notórias durante o sono, tornando-se *exógenas* por volta do terceiro mês de vida.

A *habituação* é um mecanismo de protecção, uma defesa do sistema nervoso contra o excesso de estimulação externa (Bobak et al., 1999; Brazelton & Cramer, 1993), ocorrendo assim uma diminuição das respostas do RN quando é apresentado repetidamente um estímulo (Gomes-Pedro, 1985). De acordo com Perry (1999b, p.

354), “(...) a *habituação* é um fenômeno psicológico e fisiológico que condiciona uma *diminuição nas respostas a estímulos constantes ou repetitivos*”, permitindo ao RN acostumar-se gradualmente aos estímulos do ambiente (Brazelton & Cramer, 1993).

A *habituação* pode ser observada em todas as modalidades sensoriais, embora seja mais facilmente observável em relação aos estímulos auditivos e olfativos (Gomes-Pedro, 1985). Quando os RN são expostos a um novo estímulo têm tendência a abrir mais os olhos e a alterar a expressão facial durante algum tempo (Perry, 1999b). No entanto, ao ocorrer a repetição de estímulos, os RN reagem de forma cada vez mais fraca e aparentam sonolência, porém, se o estímulo variar ligeiramente, voltam a interessar-se e o ritmo cardíaco aumenta (Brazelton & Cramer, 1993).

Como refere Perry (1999b, p. 355),

A habituação também permite ao recém-nascido eleger estímulos que favoreçam a sua aprendizagem sobre o mundo social, evitando sobrecarga. As experiências intra-uterinas parecem programar o recém-nascido para responder especialmente a vozes humanas, luzes suaves, sons baixos e suaves e, sabores doces.

CAPÍTULO III – A SAÚDE E A ARTE DE CUIDAR

1. A Saúde e os Cuidados de Saúde Primários

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 representa na sua totalidade, as linhas orientadoras para que as instituições do Ministério da Saúde e outras organizações do sector da saúde possam contribuir para a obtenção de «Ganhos em Saúde» orientados pela promoção de saúde e pela prevenção da doença.

Neste documento, estão definidas orientações estratégicas específicas com o objectivo de obter ganhos em saúde para todos, aumentando o nível de saúde ao longo do ciclo de vida das famílias e reduzindo o peso da doença e estratégias de gestão da mudança centradas no cidadão, promovendo comportamentos saudáveis e capacitando o sistema de saúde para a inovação.

A abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida é a que está a ganhar maior visibilidade, nomeadamente em relação aos problemas de origem social, permitindo uma visualização mais integrada dos problemas de saúde prioritários dos diferentes grupos etários. Os momentos especiais do ciclo de vida como por exemplo o nascer, representam oportunidades para a educação para a saúde e acções de prevenção de saúde, entre outras intervenções.

Neste contexto, é fundamental realçar a importância do papel dos profissionais de saúde como educadores e promotores da saúde, pelo que devem beneficiar de conhecimentos específicos aplicados ao contexto comunitário e à proximidade que estabelecem com as famílias, nomeadamente o desenvolvimento humano, com o objectivo de implementar mudanças necessárias para o bem-estar global das famílias e da comunidade onde estão inseridas.

Os Centros de Saúde estão integrados na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários e têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica. Os Centros de Saúde situam-se no primeiro nível

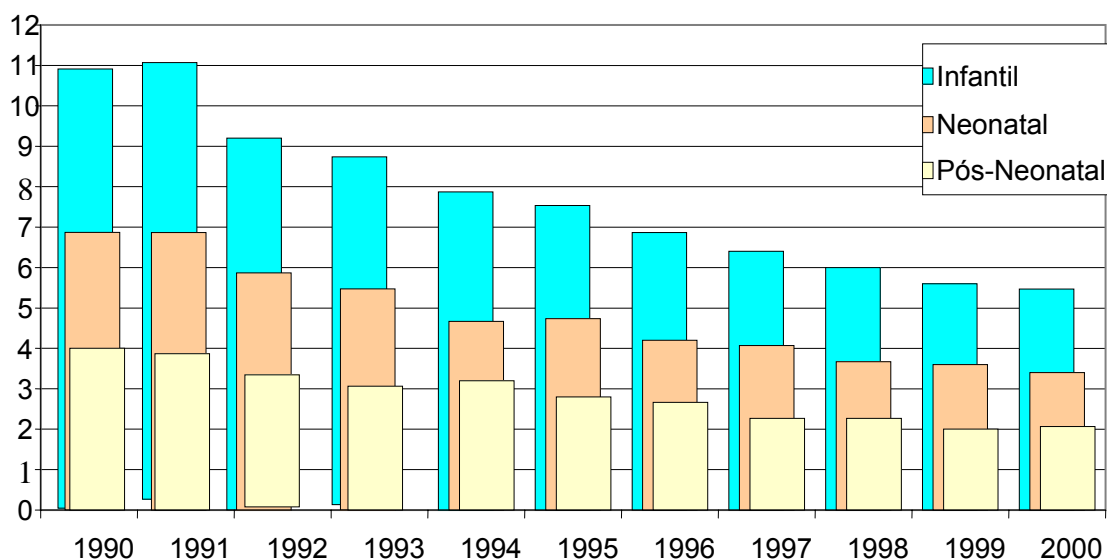
de contacto da família e comunidade com os serviços de saúde, estando a sua acção orientada para os problemas de saúde prioritários, nomeadamente prestação de cuidados de promoção e vigilância da saúde, de prevenção, de diagnóstico e tratamento e de reabilitação.

A Direcção Geral de Saúde estabelece orientações técnicas e circulares normativas que devem ser adoptadas pelos estabelecimentos oficiais de prestação de cuidados de saúde. No entanto, existem também outras orientações provenientes da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e da Sub-Região de Saúde de Setúbal. Estas orientações têm como objectivo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas diferentes áreas de actuação dos Cuidados de Saúde Primários.

Estas orientações técnicas e circulares normativas que regem os diferentes programas de saúde devem ser conhecidas e implementadas pelos profissionais dos Centros de Saúde para se conseguir um impacto positivo na qualidade da saúde da população. Os enfermeiros, pelo papel que desempenham junto das famílias e comunidade, são os elementos fulcrais no desenvolvimento destes programas trazendo benefícios significativos para os cidadãos e para a comunidade.

Os programas realizados têm influenciado favoravelmente alguns indicadores de saúde, como os da mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal (Gráfico nº 1).

Gráfico nº 1 - Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal em Portugal nos últimos anos (‰)



FONTES: INE

Podemos constatar de forma clara a diminuição da mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal, sendo que este balanço positivo permite aos profissionais de saúde uma análise e reflexão bastante pertinente sobre a importância da implementação de estratégias educativas nesta área.

Embora desde os primórdios da Humanidade, existisse a preocupação de ensinar às futuras mães o cuidado e a arte referente à problemática da maternidade, o conceito de Educação para a Saúde é um pouco novo derivando de muitos outros tais como o da Educação Sanitária. A mudança de denominação, pretendeu objectivar uma mudança transcendente no seu enfoque. Da «instrução» directiva, passou-se a entender a educação como um processo bidireccional.

A «informação» deve gerar uma verdadeira mudança de comportamentos no sujeito alvo dessa Educação para a Saúde. Assim, deve permitir aos indivíduos, obter estímulos de condutas para uma vida mais plena, promovendo hábitos de vida saudáveis.

Também Hesbeen (2001) aprofundou a definição, referindo que a saúde não pode ser encarada como um estado de ausência de doença, mas como a capacidade que a pessoa tem de se adaptar às situações e ao inesperado e que está intimamente relacionada com o modo de cada um de estar na vida e de sentir a sua saúde.

Para além das novas concepções do que é a saúde como fenómeno, verificamos existir várias dimensões do processo de saúde das quais mencionamos duas por se destacarem e persistem actualmente. Uma primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la e a segunda dimensão, caracterizada como Promoção da Saúde da Organização Mundial de Saúde, inclui os factores sociais que afectam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente.

Dessa forma, ao conceito de Educação para a Saúde sobrepõe-se o conceito de Promoção de Saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação da população no contexto de sua vida quotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

De uma forma concordante com este conceito de saúde e conseqüentemente de cuidar, centrado na saúde e nas pessoas, consideramos que as intervenções inerentes à promoção da saúde, deverão ser actividades que possibilitem o desenvolvimento de recursos humanos e que preservem ou intensifiquem o bem-estar (Kulbok, Laffrey, & Goepfinger, 1999).

Torna-se assim, fundamental compreender os cuidados de saúde primários, onde a promoção de saúde é a base da actuação dos profissionais de saúde, com o objectivo de promover o autocuidado e o autocontrolo. De acordo com esta concepção, as pessoas são incentivadas a utilizarem as suas capacidades e conhecimentos para potenciarem a sua saúde, e desta forma poderem fazer escolhas e actuar de acordo com o seu projecto de saúde.

Apesar de existir um processo crescente de investimento e trabalho ao nível dos cuidados promotores de saúde, estes não são ainda vistos como algo prioritário e primordial no nosso sistema de saúde. De acordo com Navarro (1995), citado por Graça (2003, p. 32), “(...) *promoção de saúde é um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam*”. Segundo esta perspectiva as intervenções dos profissionais de saúde, são essenciais para capacitar as pessoas e ajudá-las a lidar e a ultrapassar determinadas situações, responsabilizando-as pela sua saúde.

Desde o final dos anos 70 com a Declaração de Alma-Ata em 1978, que deu origem aos actuais cuidados de saúde primários e à Declaração de Viena em 1993, só a Conferência de Munique em 2000, veio dar um novo alento a uma mudança que será difícil de continuar a adiar. Esta teve como finalidade a identificação de acções específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida das famílias a quem prestam cuidados.

Desta conferência surgiu, uma nova figura de enfermeiro de saúde comunitária, o «Enfermeiro de Família», enquanto profissional indispensável no quadro da Saúde 21. Neste contexto, pretende-se que a Enfermagem se direcione para a

comunidade e alcance as pessoas que apresentam dificuldades para procurarem a ajuda dos serviços de saúde. A inserção do enfermeiro no seio da família exige uma intervenção de carácter domiciliário e a delimitação de áreas geográficas. O enfermeiro será então responsável por um grupo de famílias, combinando actividades de promoção da saúde e de prestação de cuidados, actuando no ambiente familiar e na comunidade, em articulação com todos os sectores. Neste sentido, a Enfermagem de Saúde Comunitária prepara-se para receber um legado que exigirá profundas alterações ao nível da preparação dos profissionais de enfermagem. O «Enfermeiro de Família» terá necessariamente de saber articular, de forma harmoniosa, o conhecimento de diversos instrumentos de trabalho: oriundos da saúde pública, da prática clínica e dos cuidados de saúde primários. Este papel multifacetado e a proximidade das famílias colocam o profissional de enfermagem, numa situação privilegiada para constituir a *interface* entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados.

É igualmente importante, o conhecimento dos instrumentos que orientam o exercício profissional de enfermagem na sua prática diária, permitindo aos enfermeiros assumir uma tomada de decisão fundamentada que perspectiva a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com reflexos positivos em ganhos em saúde para os cidadãos.

Desta forma, e segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

São elementos importantes face à promoção de saúde (...) a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 12).

Com vista à promoção de saúde também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no artigo 5º do capítulo II, no Código Deontológico do Enfermeiro refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por “(...) *orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003,

p. 167). Assim como, o Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 89º, enuncia o enfermeiro como responsável pela humanização dos cuidados, devendo “(...) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 107).

Estes propósitos seguem o que Hassmiller (1999), refere como os cinco aspectos fundamentais para a promoção de saúde que, por ordem decrescente da sua importância, são a política de desenvolvimento da promoção de saúde, a criação de um ambiente de suporte, a actuação comunitária, o desenvolvimento de capacidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

1.1. O Cuidar e a Intervenção do Enfermeiro

Ao longo dos anos, embora com ligeiras diferenças, os vários modelos de Cuidar em Enfermagem, orientam a intervenção do enfermeiro para as necessidades das pessoas, para os problemas decorrentes de desequilíbrios e para as dificuldades de adaptação a situações de stress. Esta orientação é sempre numa perspectiva holística, onde é valorizado a relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura da pessoa e a promoção do autocuidado, procurando-se a participação da pessoa nas tomadas de decisão de forma a promover o potencial máximo da sua saúde e bem-estar (Ribeiro, 1995).

A orientação para o Cuidar é uma orientação holística, pois, além de atender à cura, atende a pessoa na sua globalidade, tendo em consideração factores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar.

Honoré (2004, p. 17) defende que “*Cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos*”.

O mesmo autor alega que as acções que visam o cuidar, dividem-se em três tipos de intenções: «formar, educar e acompanhar»; «aliviar» e «satisfazer». Estas

acções têm como objectivo principal a manutenção da vida e a promoção do bem-estar possível, estando sempre desperto para as novas possibilidades, planeando e caminhando com o outro, não como sujeito passivo, mas como sujeito activo neste processo (Honoré, 2004).

O Cuidar sendo uma acção partilhada com outros profissionais de saúde, é revestida de aspectos que são únicos na Enfermagem. Os enfermeiros prestam cuidados à pessoa na sua totalidade, sendo-lhes permitido tocar, partilhar as suas experiências e a manter uma relação de ajuda tão consistente que dificilmente é experienciado por outros profissionais. Estas vivências possibilitam o conhecimento, o acompanhamento e a partilha de valores e de necessidades de ajuda (Ribeiro, 1995).

Neste sentido, Cuidar é um «acto de vida», é uma actividade permanente e quotidiana que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva (Collière, 1989). A mesma autora defende que nos primeiros cuidados que a mãe presta ao RN é exigida aos enfermeiros “(...) *uma ajuda muito preciosa*” (1989, p. 236). Esta ajuda centra-se nas competências de apoio, ajuda, orientação e educação, que podem reforçar as capacidades pessoais de cada mãe e que lhe permite adquirir a autonomia desejada.

Lazure (1994) diz-nos que a Enfermagem é uma profissão de ajuda, em que as famílias necessitam de alguém para estabelecer uma relação de ajuda. Nesta relação o profissional deve conceder às pessoas as condições que elas precisam para satisfazer as suas necessidades. Para que esta relação de ajuda e confiança se desenvolva, o enfermeiro deve investir no modo como comunica, na disponibilidade de tempo e de energia na utilização das suas capacidades intelectuais e afectivas, de modo a compreender a preocupação, a dificuldade, o desejo, o problema, as emoções, os sentimentos de quem é cuidado e necessita de ajuda. Deve estar consciente dos seus recursos pessoais e profissionais a fim de os utilizar adequadamente, e deve ainda, reconhecer em si próprio as principais dificuldades e ter consciência dos seus efeitos na concretização e qualidade da relação. No aperfeiçoamento deste processo, o enfermeiro cresce a nível pessoal, na relação de ajuda e ajuda o crescimento de quem cuida.

A família constitui um sistema fundamental da nossa sociedade, ela é a unidade de saúde mais constante para os seus membros. O seu funcionamento reflecte a maneira como as necessidades dos seus membros são atendidas, sendo, muitas vezes, através do conhecimento profundo da família que se detectam sinais de doença, muitas vezes despercebidos. Igualmente devido à proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença dos seus membros.

Neste estudo, os indivíduos e famílias encontram-se numa fase de transição e mudança familiar, nomeadamente aquando do nascimento de um filho, em que podem surgir alterações profundas nos papéis e dinâmicas familiares, das quais podem advir determinadas consequências. Estas não estão necessariamente relacionadas com processos de doença, mas sim, com dificuldades nos processos de adaptação e de vinculação à criança. Deste modo, e de acordo com Graça (2003), a promoção de saúde deve centrar-se no contexto das pessoas, nas suas capacidades e recursos, iniciando-se no seio da família e nos seus hábitos e estilos de vida.

Desta forma, o enfermeiro é o elemento essencial para apoiar e promover a saúde das famílias nesta fase do ciclo de vida. Para que tal aconteça, é importante que estabeleça uma relação privilegiada e de confiança com as famílias, durante o processo de gravidez, de forma a proporcionar um acompanhamento e a ter um conhecimento mais profundo das mesmas. É necessário considerar a individualidade de cada família e especificidade das suas experiências que vão influenciar este processo de parentalidade.

Para além do acompanhamento ao longo da gravidez, o puerpério, é uma fase bastante sensível na qual a mãe e família apresentam mais dificuldades. Se considerarmos que cada vez mais a alta hospitalar é dada precocemente, sendo os internamentos de curta duração, torna-se urgente uma intervenção por parte dos enfermeiros após a mesma. De acordo com Graça (2003), é essencial que os enfermeiros actuem nos locais onde o RN se desenvolve e no seu meio ambiente, ou seja no seu contexto familiar, neste sentido a visita domiciliária é um meio

fundamental de actuação no âmbito da promoção da saúde nos cuidados de saúde primários.

Segundo a DGS (2002a, p. 6), é de importância extrema “(...) desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...)”. O ambiente domiciliário é privilegiado para a actuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família e onde todas as interacções e relações se desenvolvem naturalmente. Na conclusão do seu estudo, Graça (2003), referiu que a visita domiciliária pode ser um recurso que as mães podem utilizar para minimizar a suas dificuldades.

Para Lopes (1998, p. 27), o profissional de enfermagem,

Pelos saberes que possui, pelo conhecimento que tem daquela família, pelo reconhecimento e aceitação, à enfermeira de família será possibilitada uma intervenção preventiva através de cuidados antecipatórios, em função da etapa do ciclo de vida daquela.

O Enfermeiro desenvolve uma intervenção em parceria com os Pais onde é importante realçar a necessidade de termos profissionais competências e com saberes específicos, onde o respeito, o ser autêntico, ser humilde, ser empático, apresentar um entusiasmo contido e a integridade pessoal são qualidades gerais que devem pautar o sua intervenção. Importa ainda realçar a importância das competências comunicacionais que devem ser o veículo da prestação de cuidados com os Pais, nomeadamente, a atenção; a escuta activa; a empatia; a exploração; o desafio e a resolução de problemas (Davis, Day & Bidmead, 2002).

2. O Caminho para o Desenvolvimento das Competências Parentais

A ênfase na vigilância de saúde materno-infantil é uma das prioridades dos cuidados de saúde primários em Portugal, onde tem sido desenvolvido um trabalho multidisciplinar em que os enfermeiros, com competências próprias, ocupam um

lugar de destaque e desempenham um papel importante como cuidadores e educadores.

As acções de vigilância de saúde materno-infantil são imprescindíveis e de grande impacto para a população infantil, embora a saúde não dependa exclusivamente da prestação de cuidados mas, também da influência do ambiente social, cultural, económico e bio-psicológico.

No Programa de Saúde Infantil e Juvenil é imperativo a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças, onde a intervenção do enfermeiro é modelada por duas vertentes determinantes: responder às necessidades imediatas da criança nas várias situações de procura dos serviços de saúde e contribuir para a melhoria de competências nas famílias de forma a elevar o nível de saúde, ajudando-as na aquisição e/ou desenvolvimento dessas mesmas competências.

Este desenvolvimento de competências nas famílias, implica um processo gradual de aprendizagem, que passa pelo reconhecimento entre Pais e enfermeiros das que já dominam e o estabelecimento de um plano de aquisição e/ou desenvolvimento das consideradas necessárias, atendendo ao estágio da criança no ciclo vital. O estabelecimento desta relação de ajuda promove o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que vão permitir aos Pais cuidar dos seus filhos com autonomia.

A nível da Sub-Região de Saúde de Setúbal, mais concretamente, no âmbito da *Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra*, os profissionais de enfermagem orientam as suas intervenções tendo como base o *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*. Este guia visa a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra e surgiu da necessidade de uniformizar os princípios orientadores para a intervenção na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, de acordo com a periodicidade recomendada pelo *Programa-tipo de Actuação* da Direcção Geral da Saúde.

Neste contexto, a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é constituída pelas seguintes etapas: acolhimento; levantamento de intercorrências; avaliação do

crescimento e do desenvolvimento; promoção de cuidados antecipatórios e intervenção face ao risco, independentemente da idade da criança.

O *acolhimento* é, mais do que a admissão da criança/família no gabinete de enfermagem de saúde infantil, é um processo decisivo no estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança, a família e o enfermeiro.

O *levantamento de intercorrências* trata-se da revisão dos acontecimentos mais marcantes que ocorreram no período anterior à consulta, nomeadamente, doenças; acidentes; utilização dos serviços de saúde de urgência/internamentos; alterações do meio envolvente e alterações do comportamento da criança.

A *avaliação do crescimento e do desenvolvimento* prende-se com a avaliação dos parâmetros antropométricos⁶ e despiste de sinais de alarme relacionados com a postura e a motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social, tendo em conta a faixa etária das crianças.

A *promoção dos cuidados antecipatórios* é uma das intervenções essenciais do enfermeiro, que consiste na realização de actividades que promovam a aprendizagem de comportamentos saudáveis e que conduzam à apropriação e ao desenvolvimento de competências para o autocuidado.

O leque de comportamentos promotores de saúde é vasto, nomeadamente: avaliação regular do crescimento físico, guia de orientação nutricional, recomendações sobre as actividades lúdicas adequadas à idade, medidas de segurança e de prevenção de acidentes, imunizações e referência às principais preocupações dos pais. Cada uma destas áreas de promoção de cuidados de saúde é importante de forma a proporcionar uma orientação antecipada à criança/família.

A *intervenção face ao risco* está relacionado com a aplicação da *Ficha de Risco em Saúde Infantil*, permitindo desta forma identificar factores de risco, planear e monitorizar as intervenções de enfermagem junto da criança e família.

⁶ Parâmetros antropométricos são os parâmetros referentes ao peso, altura e perímetro cefálico.

Face ao presente estudo iremos somente abordar os aspectos relacionados com a promoção dos cuidados antecipatórios efectuada na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

2.1. A Promoção de Cuidados Antecipatórios ao RN / Pais

A promoção dos cuidados antecipatórios realizados pelo enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente: Alimentação do RN; Eliminação do RN; Higiene e Conforto do RN; Vestuário do RN; Sono e Repouso; Afecto e Estimulação do RN; Adaptação ao Papel Parental; Segurança e Prevenção de Acidentes; Sexualidade e a Vigilância de Saúde (Silva, Palma & Gil, 2001).

Neste contexto, passaremos a abordar pormenorizadamente os cuidados de enfermagem prestados ao RN /Pais de acordo com as temáticas preconizadas no *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*:

↳ Alimentação do RN

A decisão acerca da forma de alimentar o RN é uma decisão muito importante que os Pais devem fazer. Esta decisão é influenciada por factores físicos, psicológicos e socioculturais, como por exemplo, a influência marcante das experiências anteriores do casal, a referência de experiências de pessoas amigas e da própria mãe da puérpera.

A promoção do aleitamento materno é um importante objectivo de intervenção dos enfermeiros da área da saúde materno-infantil, sendo esta intervenção desenvolvida junto dos Pais no período pré-natal e no puerpério. De forma a preparar os Pais para esta decisão, de os informar devidamente acerca das opções existentes e dos seus benefícios e prejuízos, Reeder et al. (1995, p. 751), referem que “(...) o ideal é que o tema da alimentação seja discutido ainda durante a gravidez, pois durante este período haverá tempo e oportunidades para esclarecer dúvidas e tomar as decisões que pareçam mais adequadas”.

O aleitamento materno é uma função biológica que traz vantagens tanto para a mãe como para o RN. Por este motivo, torna-se fundamental a promoção do aleitamento materno através da transmissão de informação, aconselhamento e estímulo da motivação.

A amamentação promove uma alimentação completa e adaptada às necessidades do RN, é estéril, de fácil digestão e absorção intestinal, contém anticorpos maternos que o irão proteger nos primeiros tempos de vida. Para a mãe, a opção de amamentar também lhe traz benefícios, nomeadamente a vivência de momentos únicos de relacionamento com o seu bebé e uma recuperação física mais rápida, pois acelera a involução uterina, facilitando o regresso do útero à posição e volume normais.

Para Applebaum (1975) citado por Marques (1997, p. 80),

(...) a lactação é um grau de maturação no desenvolvimento normal da maternidade. A relação física estreita entre a mãe e a criança, proporcionada pelo aleitamento ao seio, é extremamente gratificante (...) é um dos primeiros actos de comunicação entre a mãe e o filho, essencial para o seu desenvolvimento relacional futuro.

Neste sentido e relativamente às características naturais do RN, Bowlby (1990) citado por Marques (1997, p. 80) refere que este nas primeiras semanas de vida “(...) só é capaz de focalizar claramente objectos que estejam a vinte ou vinte e cinco centímetros dos seus olhos.” A distância que vai do rosto da mãe que amamenta ao rosto do seu filho, encontra-se neste intervalo ideal. O conhecimento deste facto pelos Pais, pode-lhes ser muito útil para poderem desfrutar deste momento, da melhor forma.

Após a alta da maternidade, é na 1ª Consulta de Vigilância do RN que é incentivado a amamentação e onde é incentivado o aleitamento materno, são explicadas as vantagens do aleitamento materno tanto para o RN como para a mãe, retirando-se dúvidas sobre as fases do leite materno e outras solicitadas pelos Pais. Sempre que possível é demonstrada a técnica da mamada, explicados os cuidados a ter com as

mamas de forma a prevenir eventuais dificuldades na amamentação e exemplificadas as posições que facilitam a eructação do RN.

Podem ainda programar-se acções de educação para a saúde personalizadas ou para grupos de acordo com as situações e segundo a opinião de Applebaum (1975) citado por Marques (1997, p. 83) “(...) *devem dar-se à mãe folhetos e livros educativos sobre o aleitamento materno*”, que servem como complemento da informação fornecida pelo enfermeiro.

As primeiras experiências de amamentação requerem atenção especial e a presença do enfermeiro, principalmente quando se trata de uma primípara onde a atenção deve ser redobrada, devido à sua dificuldade natural em o efectuar.

É também importante informar os Pais que a amamentação é um processo de aprendizagem, por vezes moroso, de ambos os intervenientes, devendo por isso a mãe e RN aprender a trabalhar em conjunto.

Marques (1997, p. 79) refere que parte do sucesso da amamentação “(...) *depende da capacidade mecânica da criança conseguir colocar o mamilo da mãe até à parte posterior do véu palatino e de ter um bom reflexo de sucção*”.

Quando nasce, o RN saudável vem munido com três reflexos que, em conjunto facilitam o êxito da amamentação:

- *Reflexo de Busca* – acariciando a face ou a comissura labial do RN, ele abre a boca e roda a face para o lado que foi acariciado. Este reflexo permite-lhe encontrar o seio materno.
- *Reflexo de Sucção* – quando o mamilo entra na boca e toca no palato o RN suga. Para que a sucção do leite seja eficaz é necessário que introduza na boca não só o mamilo como a auréola mamária, pois é sob esta que se encontra o tecido mamário que contém os seios galactóforos⁷.
- *Reflexo de Deglutição* – quando a boca do RN se enche de leite e ele deglute-o.

⁷ Os seios galactóforos são reservatórios de leite

Algumas mulheres têm, muitas vezes, receio que o seu leite não seja suficiente em qualidade e quantidade para o crescimento e desenvolvimento do RN, podendo este factor constituir-se como um fracasso para a amamentação (Soifer, 1984). Este facto, leva muitas vezes à introdução de suplementos alimentares precocemente, ou até a deixarem de amamentar. Marques (1997, p. 79) refere que “(...) *de uma forma geral todas as mulheres que são saudáveis podem produzir leite suficiente para alimentarem o seu filho, isto se possuírem uma forte motivação*”.

Outros acontecimentos que poderão levar ao abandono total ou parcial do aleitamento materno são apontados por Afonso (1999) como o formato dos mamilos ser desfavorável à realização de uma boa pega, assim como a ocorrência de mastites⁸.

Os desconfortos ao nível das mamas e mamilos são referidos por muitas puérperas logo nos primeiros dias que amamentam. Estes resultam da maceração ou de gretas nos mamilos, cujas causas mais comuns são: uma técnica incorrecta de adaptação do bebé à mama e o facto da puérpera estar a amamentar pela primeira vez.

A promoção de cuidados para evitar ou diminuir o desconforto ao nível das mamas e mamilos inclui:

- A manutenção de uma boa pega por parte do RN;
- Evitar o congestionamento mamário, para que o RN não tenha dificuldade em realizar uma boa pega;
- Esperar que o RN deixe espontaneamente o mamilo ou, se tiver que interromper a mamada por alguma razão, colocar o dedo *mínimo*, suavemente, na boca do bebé para interromper a sucção e evitar magoar o mamilo;
- Lavar os mamilos apenas com água;
- Após cada mamada aplicar no mamilo um pouco de colostro ou do próprio leite e deixar secar antes de se vestir, pois alivia o desconforto, protege e promove a cicatrização.

Outro dos factores que pode interferir com a amamentação é o posicionamento da mãe e do RN. A posição da mãe deve ser cómoda, confortável de modo que as suas

⁸ Mastite - Inflamação do tecido mamário (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999, p. 954)

costas e braços estejam bem apoiadas. Se a posição sentada não for cómoda para a mulher poderá dar de mamar deitada de lado. Se este posicionamento for incorrecto, a mãe vai ficar cansada mais depressa e este cansaço vai interferir com o mecanismo da lactação e com a motivação da mãe.

A redução da manutenção do aleitamento materno pode ainda estar ligada ao regresso ao trabalho, após a licença de parto, pois como refere Marques (1997), algumas mulheres ainda consideram que o aleitamento materno e o trabalho são incompatíveis.

Frequentemente nestas situações os enfermeiros promoverem o armazenamento do leite materno, explicando-se aos Pais como retirar e acondicionar o leite materno de forma a manter as suas qualidades. A nível da legislação portuguesa também já foram adoptadas algumas medidas de protecção e como forma de fomentar a amamentação até ao primeiro ano de idade da criança, concedendo-lhe dois períodos não consecutivos por dia, de duração máxima de uma hora cada, para aleitamento da criança.

No caso dos Pais fornecerem aleitamento misto e/ou artificial ao RN são promovidos na consulta de enfermagem, cuidados sobre o manuseamento de biberões; preparação do leite, assim como a técnica da mamada e as posições de erupção.

É explicado aos Pais que o melhor leite é sem dúvida o leite materno mas que, existem no mercado diversos leites artificiais com os quais o RN poderá ter um crescimento e desenvolvimento saudável. Nos casos em que o RN faz apenas um suplemento de leite artificial, é referida a importância de dar ao RN sempre o leite materno em primeiro lugar e só posteriormente o leite artificial.

Os estudos científicos e a evolução da técnica da composição dos leites artificiais, impõem condições que dão resposta às especificidades fisiológicas dos lactentes, nomeadamente, a imaturidade de certos órgãos e seu funcionamento, assim como também têm em consideração o risco de carências nutritivas específicas e a prevenção de doenças consequentes de sobrecargas nutricionais, que se vêm a sentir na vida adulta (Marques, 1997).

O aleitamento artificial pressupõe a utilização de biberões e de tetinas, sua higiene e técnica asséptica na sua preparação. Os profissionais de saúde devem estar preparados para educar os Pais, clarificando as suas dúvidas e transmitindo-lhes conhecimentos que promovam a saúde e o bem-estar dos RN.

Uma das medidas fundamentais é a lavagem das mãos com água limpa e sabão antes da preparação do biberão. Os RN são seres particularmente sensíveis a infecções originadas por bactérias que podem ser transmitidas nas refeições, pelo que é explicado como se deve proceder para esterilizar os biberões e tetinas.

Outro aspecto importante prende-se com a preparação do leite artificial, onde não se deve descurar os procedimentos recomendados pelo fabricante. O não seguimento destas instruções revela-se prejudicial para os RN, pois corre-se o risco de efectuar preparados mais ou menos concentrados, dependente da adição de maior ou menor quantidade de pó em relação à água fervida.

O aleitamento artificial é, à semelhança do aleitamento materno, um momento muito especial para o RN, de empatia com a mãe, de troca de carinhos necessários para o estabelecimento do vínculo afectivo. A mãe deve estar atenta e aconchegar o RN ao seu corpo como se estivesse a dar de mamar. É importante, o RN sentir a sua mãe junto de si, ouvir o bater do seu coração, a sua temperatura, ouvir a sua voz, cheirar os odores do seu corpo. Desta forma, a mãe conseguirá transmitir sentimentos de segurança e bem-estar ao RN (Whaley & Wong, 1999).

Eliminação do RN

A promoção de cuidados antecipatórios relativos à eliminação do RN incide sobre aspectos da eliminação vesical e da eliminação intestinal.

Nos primeiros dias de vida é frequente a eliminação de uratos⁹ por parte do RN, sendo este um factor de stress e ansiedade dos Pais. Desta forma é importante os profissionais de saúde avisarem os Pais para este acontecimento, explicando a

⁹ Uratos - Combinação de ácido úrico com uma base; um sal de ácido úrico (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000)

eventual saída destes cristais junto da urina do RN, que se torna visível através da coloração rósea/avermelhada na fralda do RN. Assim, os Pais ficaram mais tranquilos e não será motivo para preocupações. São também promovidos cuidados relativos ao número de micções¹⁰ por dia e à necessidade de mudar com frequência a fralda do RN para o manter seco e evitar a irritação da pele.

Relativamente à eliminação intestinal, o enfoque é para as alterações da cor das fezes do RN (de mecónio¹¹ a fezes de transição, amarelo claro), no número de dejectões e no cheiro das fezes do RN alimentado a peito, e do RN alimentado a biberão. São também promovidos cuidados relativos a técnica de alívio de cólicas e explicado o que é obstipação e quais as técnicas de estimulação aconselhadas.

Durante os primeiros meses de vida, as fezes do RN variam de acordo com o tipo de alimentação do RN. Se for alimentado unicamente ao peito, as fezes são pegajosas e moles, podendo muitas vezes serem confundidas com diarreia. Um RN alimentado ao peito faz, habitualmente, entre quatro e seis dejectões por dia. Embora não seja vulgar, o RN alimentado ao peito pode sofrer de obstipação. Esta situação não é importante, mas é necessário verificar se a escassez das dejectões não significa que o RN está a ingerir pouco leite (Cortina, 1995).

Os RN alimentados com leite artificial costumam ter fezes mais consistentes e uma maior tendência para a obstipação, devendo-se neste caso manter o aleitamento e reforçar a ingestão de líquidos no caso do aleitamento artificial.

A imaturidade do aparelho digestivo do RN é uma das causas a que se associa a cólica do lactente. Independentemente da causa, o RN que apresenta cólicas tem episódios de choro que podem chegar a ser desesperantes para os Pais. Os Pais devem ter sempre presente que o choro não tem repercussões negativas sobre o desenvolvimento da criança e que o problema desaparecerá quando ele tiver três e quatro meses.

É importante, os enfermeiros explicarem aos Pais as estratégias de alívio das cólicas, nomeadamente, manter o aleitamento, dar «miminhos» e carinhos ao RN

¹⁰ Micção - O acto de urinar (Dicionário de Enfermagem, 1992)

¹¹ Mecónio - Primeiras dejectões do recém-nascido: viscosas e pegajosas; coloração castanha escura, quase preta; estéril e sem cheiro (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999, p. 954)

para acalmar o bebé; massajar a barriga à volta do umbigo com movimentos circulares e mover as pernas do RN fazendo movimentos suaves tipo «bicicleta». Estes cuidados poderão eventualmente consolar e tranquilizar o RN, ajudando a ultrapassar este momento complicado.

↳ *Higiene e Conforto do RN*

A higiene do RN é fundamental para o seu bem-estar, para além de permitir uma maior proximidade e relação entre os Pais/RN. Os cuidados de higiene e conforto promovidos na consulta de enfermagem, prendem-se com a técnica do banho; produtos de higiene a usar e os cuidados inerentes ao coto umbilical e à região perineal e peri-anal.

O banho diário é recomendado, não só como medida de higiene, como também ajuda o RN a relaxar e a conciliar o sono. Além disso, é uma excelente maneira de começar a incorporar desde muito cedo o hábito do banho diário. Embora durante muito tempo se tenha recomendado não molhar todo o corpo enquanto o cordão umbilical não tivesse caído, não existe qualquer contra-indicação para o fazer (Cortina, 1995).

O banho é uma medida de manutenção da integridade física da pele, proporcionando-lhe limpeza e hidratação. O enfermeiro deve procurar transmitir aos Pais todas as recomendações importantes para que o banho do RN seja um momento de disponibilidade, dedicação, carinho e amor. Neste contexto, já começa a ser prática comum a demonstração da técnica do banho nas maternidades, onde o enfermeiro incentiva a presença dos Pais durante o primeiro banho ao RN.

O banho é um dos momentos mais gratificantes na relação entre o RN e os Pais, pois se tudo estiver previamente organizado e assim que o RN perder o medo da água, ele vai apreciar muito o contacto desta no seu corpo. A escolha da hora do banho depende muito da organização do dia a dia dos Pais, no entanto é aconselhável haver alguma regularidade, pois ajuda o RN a adaptar-se a um determinado ritmo (Marques, 1997).

Devido à pele extremamente delicada do RN, os produtos de higiene aconselháveis devem ter características neutras e não ser colocado em porções exageradas.

O coto umbilical pode ser uma possível porta de entrada para uma infecção, pelo que deve ser submetido a frequentes observações para verificar o seu estado evolutivo de cicatrização. Assim, devem ser promovidos os cuidados de limpeza e desinfecção do coto umbilical e área circundante. Deve realizar-se com uma gaze esterilizada embebida em álcool a 70% em cada mudança de fralda. Deve limpar-se desde a base até ao extremo livre, principalmente na união com o umbigo. Desta forma, secará e cairá mais rapidamente. Em geral, entre os sete e os quinze dias, o coto cairá. Os Pais devem estar despertos para a cor e cheiro do coto umbilical, bem como à sua área circundante para despistar sinais de infecção.

Os cuidados à região perineal e peri-anal devem ser prestados tendo em conta o sexo do RN. Deve-se limpar e secar bem todas as pregas cutâneas da pele do RN. Nos casos dos meninos deve-se lavar o pénis de cima para baixo e à volta dos testículos e nas meninas deve-se limpar sempre da frente para trás para não favorecer o aparecimento de infecções. Para prevenir o eritema da fralda, que não é mais que a assadura da pele provocada pelo contacto desta com a urina e/ou fezes pode aplicar-se um creme protector.

↳ *Vestuário do RN*

No âmbito do vestuário do RN, são promovidos os cuidados relativos às características dos tecidos, a não utilização de acessórios que possam ferir o RN e a utilização de produtos específicos para lavar a roupa do RN.

O vestuário do RN deve apresentar texturas e modelos de roupas macias, não apertadas e de preferência de algodão, sem pêlos, colchetes ou botões que possam magoar o RN. A roupa deve ser adequada à estação do ano.

Por vezes, os RN apresentam irritações da pele causada por alergias ou intolerância aos detergentes usados. Neste caso é conveniente lavar a roupa com sabões neutros, sem perfume nem amaciadores.

↳ Sono e Repouso

Durante as primeiras semanas de vida, os RN costumam dormir muitas horas, mas o sono pode variar de bebé para bebé. É explicado que o RN não distingue o dia da noite e ainda não tem hábitos de sono nem horários estabelecidos pelo que as primeiras noites podem ser mal dormidas. Os Pais devem ajudá-los a estabelecer uma rotina, como por exemplo, fazer pouco barulho à noite; dar banho; dar leite e brincar um pouco com ele antes de o deitar, assim lentamente irão incorporando os horários ao RN.

Os cuidados que são promovidos no âmbito da consulta de enfermagem, são as necessidades de sono e as condições que favorecem o sono. O RN é absolutamente capaz de dormir as horas de que necessita, desde os primeiros dias de vida. A maioria dos RN dorme de mamada a mamada, tanto de dia como de noite e, à medida que vão crescendo permanecem mais tempo acordados. No entanto também é possível que permaneçam longos períodos de tempo acordados. Como já foi referido anteriormente, as variações no estado de consciência do RN traduzem-se através dos ciclos de sono e vigília.

O local onde o RN descansa deve ser tranquilo, embora convenha que, a pouco e pouco, se vá adaptando aos ruídos da casa. O berço, o colchão e a roupa do RN devem ser apropriadas de modo a evitar situações de risco, como o bebé ficar preso e não poder respirar. Embora seja importante que o RN não tenha frio, a temperatura do quarto onde o bebé dorme não deve ser muito alta.

↳ Afecto e Estimulação do RN

Neste contexto, são promovidos cuidados no sentido de perceber a percepção que os Pais têm do RN. Quando a percepção é positiva deve-se reforçar esta imagem e quando a percepção é negativa são identificadas quais as áreas de maior dificuldade. Normalmente no período dos 0 aos 3 meses, os Pais sentem que o seu RN é difícil pela dificuldade que este tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou pelas suas próprias dificuldades na comunicação com o filho. Deve-se encorajar os Pais a estar atentos aos movimentos

dos RN, às suas reacções aos sons; à sua relação com o humor da mãe, encorajando-a a falar do RN com o companheiro e outros familiares. Estas preocupações devem ser sempre analisadas e se necessário pedir a colaboração de outros técnicos de saúde (DGS, 2006a).

Os RN nascem com características próprias que lhes dão carácter e temperamento únicos. Foram descritos três tipos principais de temperamento nos RN: «criança fácil» – é calma e gosta de interagir, tolerando bem as novas experiências e facilmente estabelece rotinas; «criança difícil» – está muitas vezes desconfortável, é sensível e irritável, sendo difícil de acalmar e de estabelecer rotinas, evitando as novas situações e «criança lenta nas reacções» – demora a responder aos estímulos, sendo o nível de actividade baixo (DGS, 2006a).

Relativamente a esta temática, são efectuadas avaliações da interacção Pais-RN através da observação de como o prestador de cuidados segura no RN; da forma como estabelece o contacto visual, se sorri para o RN, se compreende o significado do seu choro e ainda é observado as respostas do RN às diferentes actividades prestadas (pegar ao colo; despir; ser alimentado, mudado, deixado sozinho).

Brazelton e Cramer (1993, p. 143) afirma existirem seis características específicas presentes na interacção Pais-RN que estimulam e favorecem a constituição precoce do vínculo afectivo – “(...) *sincronia, simetria, contingência, adesão, jogos e autonomia*”.

A *sincronia* acontece quando os Pais e RN começam a ajustar o seu comportamento e horários ao ritmo uns dos outros, sincronizando períodos de atenção e de distração. Esta característica permite sentimentos em ambos os intervenientes: por um lado os Pais sentem-se competentes no seu papel e por outro o RN sente confiança e segurança por obter respostas.

Existe *simetria* nas interacções quando os Pais reconhecem quais as preferências do RN durante as interacções e a sua capacidade de estar atento. A simetria não pode ser tão ambivalente como outras características, uma vez que o RN é mais dependente, o que não impede no entanto que ambos tentem “(...) *alcançar e*

manter a sincronia”, esforçando-se por assumir uma boa prestação (Brazelton & Cramer, 1993, p. 138).

A *contingência* acontece quando a mãe aprende quais as interacções que tem com o RN que vão obter resultados por parte deste. Assim, ambos aprendem quais os seus comportamentos que irão provocar respostas por parte do outro, numa contingência perfeita.

Após a existência da sincronia nas interacções, começa a existir a *adesão*, quando um dos elementos consegue, durante os seus estímulos, controlar o grau de atenção e de distração do outro. Neste momento, as interacções começam a ser verdadeiramente moldadas a ambos os elementos.

O *jogo* acontece quando os intervenientes iniciam uma interacção, esperando um tipo de resposta por parte do outro e assim sucessivamente. Estes jogos permitem o conhecimento mútuo.

Por fim, acontece a *autonomia*, quando o bebé já é capaz de se desligar dos estímulos da mãe, tendo já adquirido um conhecimento seguro das respostas que pode esperar desta e procurando os seus próprios estímulos e interacções.

São ainda promovidos junto dos Pais, cuidados inerentes à importância da estimulação visual e táctil como forma de comunicação com o RN, explicando que os RN desde o nascimento apresentam inúmeras competências sensoriais e comportamentais que devem ser desenvolvidas. Se existir uma tomada de consciência do RN como ser activo e participante na interacção, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos Pais, este processo poderá ser desenvolvido com maior sucesso para ambos os intervenientes.

As actividades recomendadas na estimulação visual de um lactente desde o nascimento é olhar de perto para o RN e balançar um objecto brilhante e claro a vinte e vinte cinco centímetros do rosto do RN, na linha média e as actividades recomendadas na estimulação táctil é o segurar; acariciar; aconchegar; manter o RN aquecido, entre outras (Whaley & Wong, 1999).

↳ *Adaptação ao Papel Parental*

O nascimento significa definitivamente a reformulação de uma família num processo de desenvolvimento familiar, pelo que se torna fundamental na consulta de enfermagem perceber como o casal está a vivenciar a adaptação a este novo membro da família. Assim, são despistadas as possíveis alterações emocionais da puérpera e as alterações relacionadas com o casal e família alargada e promovidos cuidados no sentido dos Pais ultrapassarem estas dificuldades.

É também incentivada a participação do pai na prestação de cuidados ao RN de modo a promover o apoio à puérpera e estabelecer a interacção da tríade. E questionados os Pais sobre a existência de outros apoios a nível da família alargada, para que com a participação de todos possam ser ultrapassadas algumas das dificuldades neste período pós-parto.

↳ *Segurança e Prevenção de Acidentes*

Fundamentalmente nesta temática são fornecidas orientações preventivas antecipadas relativamente, ao posicionamento ao deitar do RN; à roupa da cama; à manobra de Heimlich¹²; ao transporte em alfofa, cadeira e automóvel; à exposição solar e ao risco de quedas, queimaduras e na utilização de acessórios nos Pais e no RN.

Quanto ao posicionamento ao deitar do RN, a posição mais correcta é a de barriga para cima e nunca de barriga para baixo (Cortina, 1995). Para evitar que o RN sufoque, a roupa da cama deve ser leve e confortável, pois os RN embora sejam pequenos movem-se durante o sono. Muitas vezes, durante os primeiros tempos, as mães fazem dormir os RN na sua própria cama. Esta conduta não só aumenta o risco de morte súbita, como também pode favorecer que o RN possa ser magoado pelos seus Pais enquanto dormem. Além disso, pode converter-se num hábito difícil de erradicar.

¹² Manobra de Heimlich é uma técnica de remoção de um corpo estranho que está a bloquear as vias respiratórias (Thomas, 2000)

São promovidos cuidados que têm como finalidade proteger o RN de possíveis traumatismos, por exemplo, manter alfinetes e tesouras fora do alcance da criança; quando da compra de roupas para o RN ter em atenção o tipo de fecho e de adereços. Um botão que esteja na parte da frente pode ser facilmente puxado e engolido. Mesmo que nesta fase o RN não procure os botões e outros pequenos objectos, este bom hábito deve ser mantido desde o início para evitar futuros acidentes (Boback et al., 1999).

Logo à saída da maternidade, o RN deve viajar numa «cadeirinha» (sistema de retenção para crianças), voltada para trás, presa com o cinto de segurança do automóvel, num lugar sem *airbag* frontal. Estas cadeiras estão geralmente aprovadas para serem utilizadas até aos 13Kg (DGS, 2002a). O RN deve ser colocado numa posição de semi-sentado, amparada a cabeça com redutores de apoio ou mesmo com uma fralda enrolada, que se coloca entre a cabeça do RN e o encosto lateral da cadeirinha.

Em relação à prevenção de quedas é explicado aos Pais como devem segurar no RN, incentivado o uso dos cintos de segurança nas cadeirinhas e promovido cuidados para nunca deixar o RN sozinho numa superfície alta sem vigilância, devendo-se colocar almofadas em volta quando se coloca o RN numa cama de adulto. Evitar excesso de aquecimento ou de frio.

A prevenção do risco de queimaduras está inerente à temperatura da água do banho e de leite aquecido, devendo-se sempre verificar a temperatura. Nunca se deve entornar líquidos quentes quando um RN estiver por perto, como por exemplo ao colo e deve-se verificar o calor da superfície do dispositivo de retenção do carro. Também a exposição solar nos RN está desaconselhada nem que seja por poucos minutos devido à sua imatura capacidade de regulação da temperatura (Whaley & Wong, 1999).

↳ Sexualidade

A promoção de cuidados antecipatórios relativamente à sexualidade baseia-se na transmissão da informação que o RN encontra-se, segundo Freud, numa fase de

desenvolvimento psicosssexual, habitualmente chamada de fase oral onde a sucção é a sua fonte de maior prazer, pelo que muitas vezes os RN nascem com marcas nos dedos por terem chuchado nos polegares no período intra-uterino. É explicado aos Pais que o RN tem esta tendência natural de chuchar, não sendo sempre associado à fome, cansaço ou sono. Cortina (1995, p. 58) refere que verifica-se “(...) que aproximadamente oitenta por cento dos bebés chucham no dedo mesmo sem fome, pois isso fá-los sentirem-se bem (...)”.

É importante não esquecer que o desejo de sucção é fundamental para a sobrevivência do RN, porque lhe garante a possibilidade de se alimentar.

↳ Vigilância de Saúde

A última área de promoção de saúde apresentada neste *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* é a vigilância de saúde, onde são explicados aos Pais os serviços de apoio disponíveis na comunidade e sua funcionalidade, quando devem recorrer aos serviços de urgência e da necessidade de trazerem sempre o Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde da criança. É verificado se foram administradas as vacinas preconizadas no Plano Nacional de Vacinação ao nascer e explicado a conduta a ter perante as situações mais frequentes no RN, nomeadamente, icterícia¹³, obstrução nasal, obstipação e a cólica abdominal.

O Plano Nacional de Vacinação é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas que residem em Portugal (DGS, 2006b). Apresenta um esquema de vacinação recomendado que constitui uma «receita universal». Assim à nascença, recomenda-se a vacina contra a Tuberculose e a primeira dose da vacina contra a Hepatite B, desde que o peso do RN seja igual ou superior a 2000 gramas. Ambas as vacinas deverão ser administradas na maternidade. Quando tal não ocorrer, serão administradas no centro de saúde, o mais breve possível, segundo o calendário recomendado.

São promovidos os conhecimentos básicos aos Pais sobre como agir em situações de doença aguda na criança, como a icterícia, obstrução nasal, obstipação e cólica

¹³ Icterícia - Cor amarelada que surge ao fim de 48 horas, após o nascimento

abdominal. Estes conhecimentos baseiam-se fundamentalmente nos cuidados a ter em casa e na vigilância de sinais de alerta.

Por outro lado, para além dos Centros de Saúde, foram criadas estruturas de suporte na comunidade para diminuir o acesso destas situações agudas aos serviços de urgência pediátrica, nomeadamente a criação da Saúde 24 – Pediatria que funciona através de uma linha telefónica disponível 24 horas por dia, permitindo às famílias um fácil acesso ao serviço, através de uma linha azul. Podemos assim afirmar que, sem sair de casa, os Pais podem ter, sempre que necessitem, apoio de profissionais de saúde que os ajudam a adequar a sua intervenção junto da criança, quer ao nível da informação e esclarecimento de dúvidas, ou com prestação de cuidados em casa, em situação de doença aguda. Este serviço para além do atendimento e informação para a saúde, faz o encaminhamento para o centro de saúde, médico particular (se for o caso), ou para o serviço de urgência pediátrica.

Este serviço foi criado em 1999 e tem “(...) com o *objectivo de promover uma adequada utilização dos recursos de saúde disponíveis no Serviço Nacional de Saúde, especificamente na área da Saúde Infantil e Pediatria*” (Curado, 2002, p. 76). Neste serviço de aconselhamento pediátrico, também conhecido como “*Dói, Dói? Trim, Trim!*” é oferecido:

(...) um serviço telefónico de assistência permanente, prestado por profissionais de saúde, que permite apoiar os utentes a determinarem como obter os cuidados de saúde apropriados ao seu estado de saúde, na altura correcta e pelo prestador adequado, resultando numa prestação de cuidados de maior qualidade, mais eficientes e com menor custo (Curado, 2002, p. 77).

Foram ainda desenvolvidos folhetos sobre estas situações de doença aguda, fruto de um programa de educação para a saúde desenvolvido em 2000, a nível da Sub-Região de Saúde de Setúbal à população de grávidas e puérperas da *Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra*.

Os cuidados que são promovidos aos Pais são os mesmos que estão descritos nos folhetos, pelo que passamos a ilustrar os quatro folhetos através das figuras nºs 1, 2, 3 e 4.

Figura 1 – Folheto da “Icterícia do Bebê”



Ministério da Saúde
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Se o seu filho tem ... **icterícia do bebé**
Cor amarela que surge ao fim de 48 horas, após o nascimento

CUIDADOS A TER (em casa)

- » Vigiar a cor da pele do bebé, à luz natural
- » Não suspender aleitamento materno

SINAIS DE ALERTA

- » Olhos (parte branca) amarelos
- » Pernas amarelas
- » Bebê pouco activo (“mole”) e que recusa a alimentação

SE O SEU FILHO apresenta algum dos “ Sinais de Alerta ”, deverá dirigir-se:

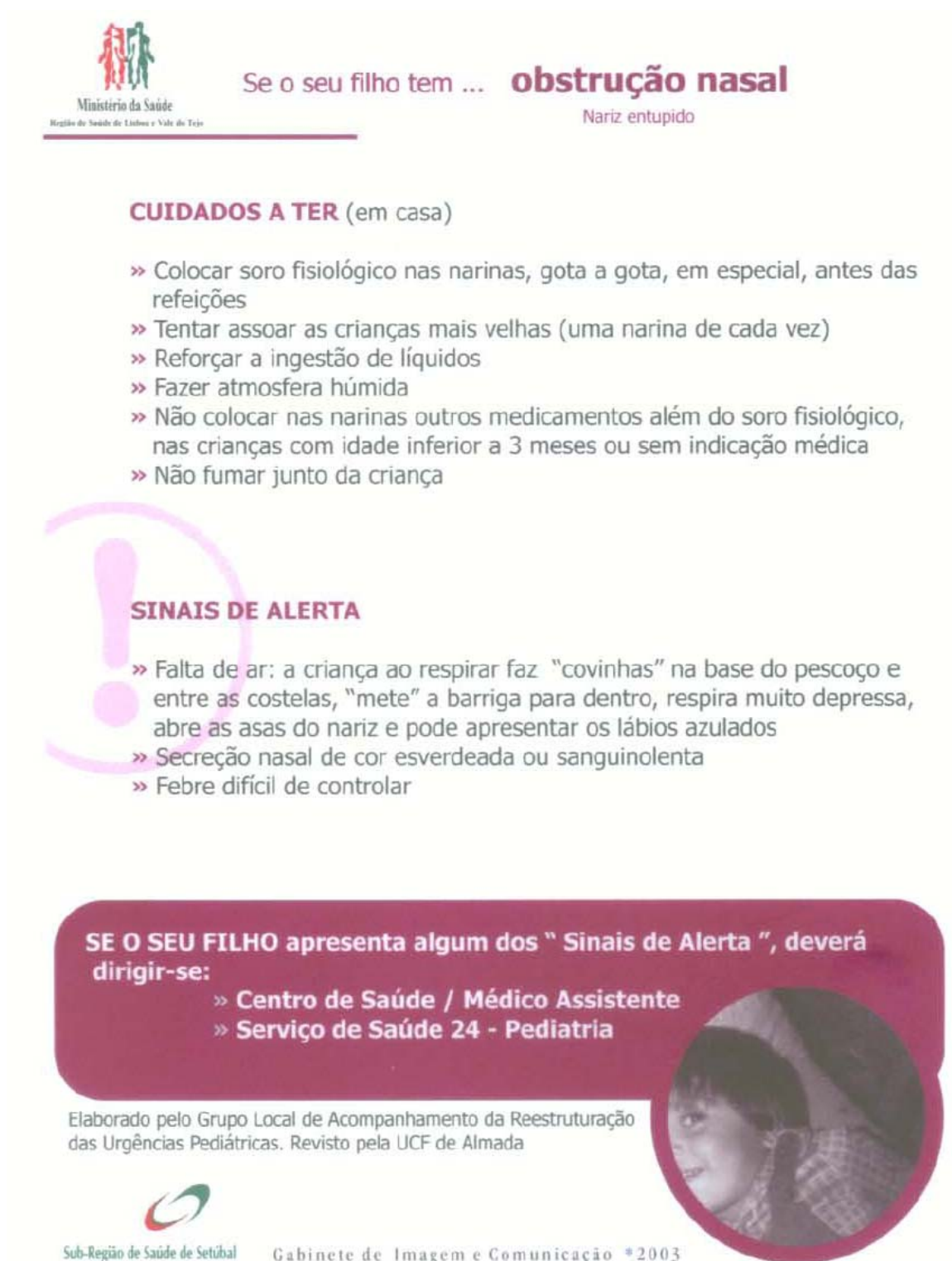
- » Centro de Saúde / Médico Assistente
- » Serviço de Saúde 24 - Pediatria


Elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas. Revisto pela UCF de Almada

Sub-Região de Saúde de Setúbal Gabinete de Imagem e Comunicação *2003



Figura 2 – Folheto da “Obstrução Nasal”





Ministério da Saúde
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Se o seu filho tem ... **obstrução nasal**
Nariz entupido

CUIDADOS A TER (em casa)

- » Colocar soro fisiológico nas narinas, gota a gota, em especial, antes das refeições
- » Tentar assoar as crianças mais velhas (uma narina de cada vez)
- » Reforçar a ingestão de líquidos
- » Fazer atmosfera húmida
- » Não colocar nas narinas outros medicamentos além do soro fisiológico, nas crianças com idade inferior a 3 meses ou sem indicação médica
- » Não fumar junto da criança



SINAIS DE ALERTA

- » Falta de ar: a criança ao respirar faz “cavinhas” na base do pescoço e entre as costelas, “mete” a barriga para dentro, respira muito depressa, abre as asas do nariz e pode apresentar os lábios azulados
- » Secreção nasal de cor esverdeada ou sanguinolenta
- » Febre difícil de controlar

SE O SEU FILHO apresenta algum dos “Sinais de Alerta”, deverá dirigir-se:

- » Centro de Saúde / Médico Assistente
- » Serviço de Saúde 24 - Pediatria

Elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas. Revisto pela UCF de Almada


Sub-Região de Saúde de Setúbal

Gabinete de Imagem e Comunicação *2003




Figura 3 – Folheto da “Obstipação”

Ministério da Saúde
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Se o seu filho tem ... **Obstipação**
Prisão de ventre

CUIDADOS A TER (em casa)

Lactentes (criança com menos de 1 ano):

- » Manter aleitamento
- » Reforçar a ingestão de líquidos no caso de aleitamento artificial

Crianças (criança com mais de 1 ano):

- » Reforçar a ingestão de líquidos
- » Dieta à base de fibras: legumes e fruta

SINAIS DE ALERTA

- » Obstipação prolongada (além de 4 dias)
- » Dor ao evacuar
- » Sangue nas fezes

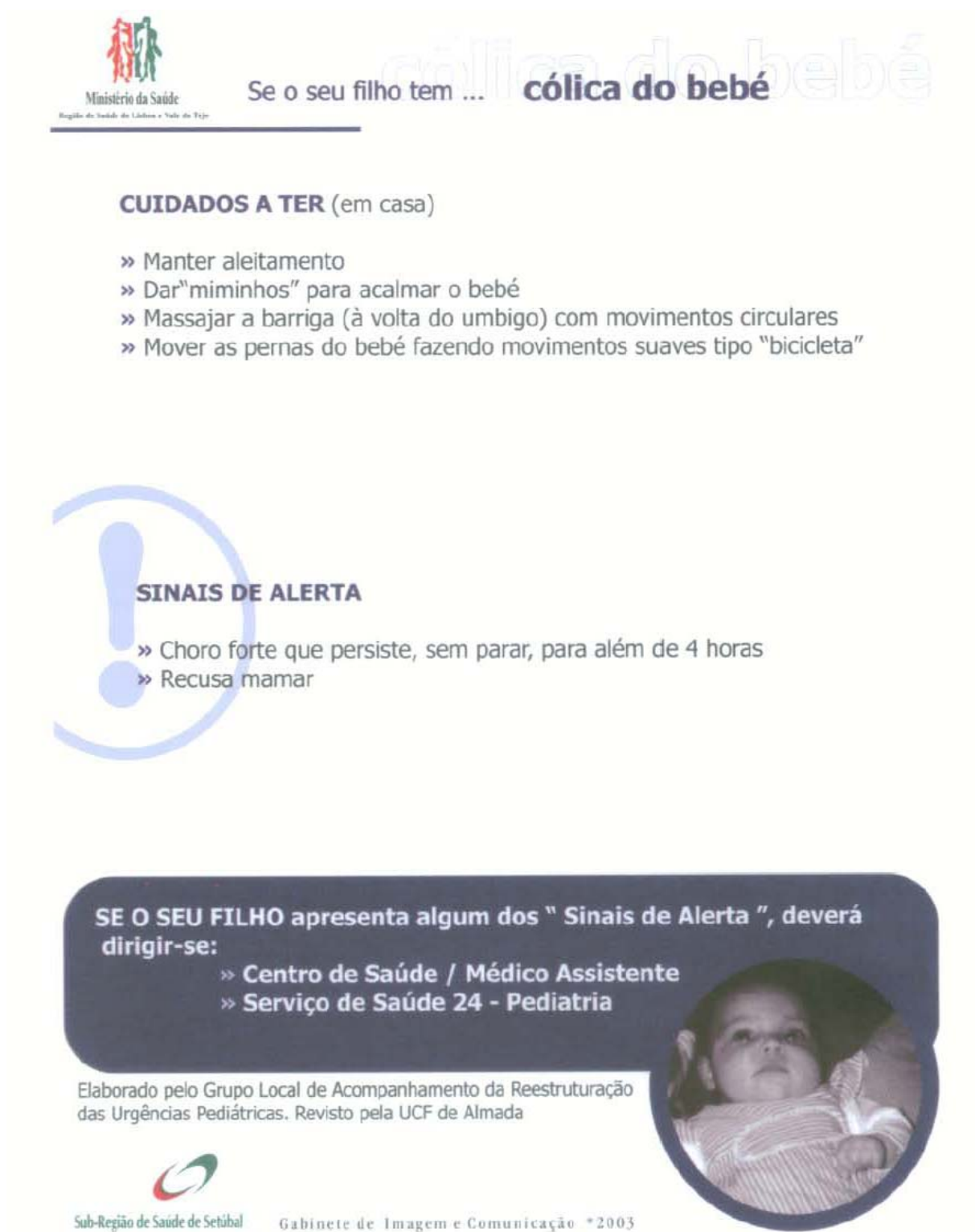
SE O SEU FILHO apresenta algum dos “ Sinais de Alerta ”, deverá dirigir-se:

- » Centro de Saúde / Médico Assistente
- » Serviço de Saúde 24 - Pediatria

Elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas. Revisto pela UCF de Almada

Sub-Região de Saúde de Setúbal Gabinete de Imagem e Comunicação ©2003

Figura 4 – Folheto da “Cólica do Bebê”



The image shows a flyer titled "Cólica do bebê" (Baby Colic). At the top left is the logo of the Portuguese Ministry of Health, "Ministério da Saúde, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo". The main title is "Se o seu filho tem ... cólica do bebê". Below this, under the heading "CUIDADOS A TER (em casa)", there is a list of four care instructions: "Manter aleitamento", "Dar 'miminhos' para acalmar o bebê", "Massajar a barriga (à volta do umbigo) com movimentos circulares", and "Mover as pernas do bebê fazendo movimentos suaves tipo 'bicicleta'". A large blue exclamation mark icon is next to the heading "SINAIS DE ALERTA", followed by two bullet points: "Choro forte que persiste, sem parar, para além de 4 horas" and "Recusa mamar". A dark blue rounded rectangle contains the text "SE O SEU FILHO apresenta algum dos 'Sinais de Alerta', deverá dirigir-se:" followed by two bullet points: "Centro de Saúde / Médico Assistente" and "Serviço de Saúde 24 - Pediatria". To the right of this box is a circular photograph of a baby. At the bottom left, it says "Elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas. Revisto pela UCF de Almada". The footer includes the logo of the "Sub-Região de Saúde de Setúbal" and the text "Gabinete de Imagem e Comunicação *2003".

Ministério da Saúde
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Se o seu filho tem ... **cólica do bebê**

CUIDADOS A TER (em casa)

- » Manter aleitamento
- » Dar "miminhos" para acalmar o bebê
- » Massajar a barriga (à volta do umbigo) com movimentos circulares
- » Mover as pernas do bebê fazendo movimentos suaves tipo "bicicleta"

SINAIS DE ALERTA

- » Choro forte que persiste, sem parar, para além de 4 horas
- » Recusa mamar

SE O SEU FILHO apresenta algum dos " Sinais de Alerta ", deverá dirigir-se:

- » Centro de Saúde / Médico Assistente
- » Serviço de Saúde 24 - Pediatria

Elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas. Revisto pela UCF de Almada

Sub-Região de Saúde de Setúbal Gabinete de Imagem e Comunicação *2003

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – OBJECTIVOS DO ESTUDO

1. Enunciado do Problema

Neste capítulo, iremos enunciar o problema em análise, faremos a definição dos objectivos do estudo e como resultante destes a formulação e apresentação das questões de investigação que encontram a sua fundamentação na revisão da literatura.

Após a alta da maternidade, o relacionamento com o RN em casa é uma experiência nova, vivida com grande expectativa e, habitualmente, muito exigente para os Pais, pois é a altura em que estes se confrontam pela primeira vez com muitas dificuldades relacionadas com o cuidar do RN. Estas dificuldades geralmente são mais acentuadas com o nascimento do primeiro filho, pois é nessa altura que os Pais vivem a primeira experiência da relação com uma criança totalmente dependente de si.

Os poucos dias de permanência da puérpera na maternidade, não permitem o esclarecimento de todas as dúvidas, e os dias que se seguem, embora muito desejados, são difíceis, pois para além de ter necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do RN e à satisfação das suas necessidades, coincide com o período de tempo em que ainda está a recuperar do stress físico da gravidez e do trabalho de parto.

É uma fase de adaptação não só da mulher, mas do casal a uma nova etapa do seu ciclo de vida individual e colectivo, conjecturando-se a assunção de novos papéis e responsabilidades e a consequente reestruturação dos seus papéis, funções e relações anteriores (Relvas, 1996).

Este período exigente e de grande ambivalência emocional implica o apoio e suporte familiar da puérpera que se revela essencial para que haja um desempenho adequado da maternidade (Ziegel & Cranley, 1985).

De acordo com Ramos (2004b, p. 177):

Desde os primeiros tempos de vida, é a família, muito em particular a mãe e o pai, mas também os avós, os mais bem colocados para fornecer ao bebé, o apoio e o reconforto, a protecção e a segurança emocional indispensável à saúde, as condições de desenvolvimento psíquico, físico e de autonomia, através das rotinas diárias, dos cuidados repetidos, das práticas educativas e de protecção, efectuados num clima afectivo e social apropriado (...).

Por outro lado, a família alargada era uma constante o que proporcionava uma rede de apoio familiar que permitia cuidar do filho sem muitos sobressaltos e angústias. Na sociedade actual, as famílias são nucleares, compostas pelo casal e filhos, a rede de suporte familiar torna-se insuficiente ou mesmo inexistente.

Face às transformações profundas que têm ocorrido nas famílias e na nossa sociedade em geral, é essencial avançarmos para acções no âmbito da promoção de saúde e de apoio aos Pais, privilegiando a transmissão de informações/orientações relativas aos cuidados antecipatórios de forma a promover a autoconfiança e a tomada de decisão, tendo em conta a singularidade de cada família (os seus valores, crenças, costumes, hábitos de vida e de saúde).

O *Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil* da Direcção-Geral de Saúde (2002, p. 6) obedece a linhas – mestras como a “*Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.*”

No âmbito da *Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra*, existe um *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* que norteia a prática dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados nesta área. Entre outros cuidados de enfermagem, ao enfermeiro compete avaliar as necessidades do RN e

orientar adequadamente os Pais, no sentido de desenvolver e adquirir capacidades e competências para o autocuidado.

No entanto a nossa experiência e a dos nossos parceiros a quem fomos efectuando entrevistas informais, parecem revelar a existência de alguma ineficácia no âmbito da promoção destes cuidados com vista ao desenvolvimento das competências parentais. Foi esta percepção da realidade que nos levou a iniciar este percurso.

Neste sentido, a intervenção do enfermeiro junto da família é indispensável ao nível da prestação de cuidados, educação e promoção da saúde, pois encontra-se numa posição privilegiada para intervir na promoção de uma vinculação positiva no seio da mesma.

Assim, este estudo tem como objectivos, relativamente aos **Profissionais de Saúde**:

- 1) Conhecer a opinião dos Enfermeiros acerca dos conhecimentos e das dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN;
- 2) Analisar as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais.

Relativamente aos **RN/Pais**:

- 3) Identificar os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN;
- 4) Analisar as competências que os Pais apresentam no cuidar do RN;
- 5) Conhecer a opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

2. Questões de Investigação

Este trabalho de investigação tem um carácter descritivo e exploratório e utiliza, metodologicamente, técnicas qualitativas e quantitativas. Pretendendo saber o que pensam os Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN e pretendendo analisar se as práticas de enfermagem vão de encontro ao que está preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil para a Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra*, formulámos as seguintes questões:

- 1) Qual a opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN?
- 2) Quais as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais?
 - 2.1) Será que as práticas de enfermagem vão de encontro ao *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*?
 - 2.2) Será que as práticas de enfermagem são influenciadas pela idade e cultura dos Pais, a paridade do casal e tem em consideração as experiências anteriores com outras crianças que não filhos?
 - 2.3) Qual a importância que os Enfermeiros atribuem à promoção de cuidados antecipatórios realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN?

Por outro lado entrevistámos os Pais sobre os principais conhecimentos e dificuldades que apresentam nesta fase do ciclo de vida e observámos as suas competências na prestação directa de cuidados ao RN. As questões de investigação derivadas foram:

- 3) Qual a opinião dos Pais sobre os conhecimentos e dificuldades que apresentam no cuidar do RN?
- 4) Que competências os Pais apresentam no cuidar do RN?
- 5) Qual a opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN?

3. Limitações do Estudo

O carácter exploratório com que este estudo foi iniciado obrigou a alguns reajustamentos quer quanto aos objectivos iniciais quer quanto aos participantes questionados e entrevistados e ainda aos instrumentos utilizados.

Gostaríamos de ressaltar que qualquer levantamento de dados sobre opiniões implica percepções e como tal corremos sempre alguns riscos devido à natureza subjectiva dessas mesmas percepções. Por outro lado as respostas podem ser influenciadas por um grupo de variáveis com as quais não contamos, mas que estão presentes sempre que lidamos com seres humanos.

A colheita de dados efectuada ao grupo dos Profissionais de Saúde foi realizada num período conturbado da extensão de saúde onde decorreu o estudo, devido ao absentismo de Enfermeiros por razões de doença, sendo provável que os Enfermeiros presentes não tivessem tanta disponibilidade para a promoção de cuidados antecipatórios na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

Em relação ao grupo de RN/Pais, pelo período muito específico da vida do casal, primeiras duas semanas após o parto, é possível que a percepção dos pais relativa aos seus conhecimentos e dificuldades vividas no momento da entrevista tivessem uma valorização diferente, do que se o seu registo tivesse sido feito numa fase diferente do pós-parto.

O tempo disponível para a realização deste trabalho (1 ano), imposto por questões académicas e profissionais, foi uma das principais condicionantes da sua realização. O restrito período de colheita de dados levou à redução da amostra do grupo de Pais. Também a opção pela combinação dos dois tipos de métodos foi problemática pela morosidade da análise quanti-qualitativa e interpretação dos dados obtidos, devido à inexperiência do investigador. Este procedimento teve todavia uma característica positiva que foi permitir uma compreensão mais holística e melhor conseguida do fenómeno em estudo.

Porque a dimensão das amostras quer dos Enfermeiros (N=7) quer dos RN/Pais (N=11) é reduzida, não pretendemos fazer generalizações, mas sim obter conhecimento acerca de objectos particulares. Este aspecto condicionou a análise estatística, quer quanto ao tratamento de dados em função da dimensão da amostra, quer quanto à validação das conclusões, limitando-se aos sujeitos do estudo. Se tivéssemos amostras maiores certamente poderíamos fazer um tratamento estatístico mais elaborado.

No entanto, o trabalho efectuado possibilita, desde logo, tirar indicadores importantes, e ter elementos fundamentais que permitem que a análise venha a ser continuada e desenvolvida em estudos futuros. Nesta perspectiva, vamos expressar no capítulo das conclusões e sugestões algumas ideias de estudos futuros que vão ao encontro da superação das limitações aqui mencionadas.

CAPÍTULO V – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

1. Selecção e Caracterização dos Participantes

Para se estudar uma realidade bem definida, como a do presente estudo, optou-se por recorrer à investigação quanti-qualitativa com uma abordagem exploratória, descritiva e transversal. A escolha do paradigma quantitativo e qualitativo deve-se à nossa concordância com o referido por Reichardt e Cook (1986), citado por Carmo e Ferreira (1998, p. 176) quando:

(...) afirmam que um investigador para melhor resolver um problema de pesquisa não tem que aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles. O investigador também não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e no caso da investigação assim o exigir, poderá mesmo combinar o emprego dos dois tipos de métodos.

A opção de recorrer a ambos os paradigmas, foi realmente mais difícil, exigiu mais tempo e mais recursos, no entanto foi importante a complementaridade entre as duas estratégias metodológicas, porque se por um lado o uso da entrevista, a observação participante e da observação fílmica enriqueceram os dados colhidos, a utilização do questionário contribuiu para delimitar o problema em estudo e os dados colhidos. Ainda a utilização da análise quantitativa de dados textuais colhidos através da entrevista aos Pais permitiu a análise das frequências dos fenómenos e da sua distribuição, bem como as relações entre variáveis, tendo-se revelado uma mais valia para este estudo. Desta forma a combinação das duas abordagens proporcionou um conhecimento mais alargado, mais completo do problema em estudo.

A análise quantitativa dos dados textuais não deixa de considerar a qualidade do fenómeno estudado, e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para a consideração do mesmo como indicador de um fenómeno de interesse científico. Uma análise quantitativa de textos transcritos ou escritos tem como

base as leis de distribuição dos seus respectivos vocabulários (Camargo, 2005, p. 511).

É um estudo exploratório, visto que estes são utilizados na existência de pouco ou nenhum conhecimento em relação a um fenómeno particular; servindo para descobrir, descrever, ou ainda, categorizar um grande conceito, de modo a classificar ou conceptualizar as situações. É uma investigação de cariz descritivo, porque se pretende criar uma estrutura descritiva e factual do fenómeno em estudo. Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 213) a investigação descritiva:

(...) implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação. Inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder a questões que lhe digam respeito. Os dados numa investigação descritiva são normalmente recolhidos mediante a administração de um questionário, a realização de entrevistas ou recorrendo à observação da situação real.

E por último é transversal porque retrata a realidade num determinado momento. Os fenómenos que se estudam são colhidos num determinado momento estático da compilação de dados, isto é, “(...) os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra seleccionada para descrever uma população nesse determinado momento” (Richardson, 1989, p. 93).

Deste modo foram trabalhados os dados obtidos pelos questionários aplicados aos Enfermeiros, os registos realizados nas observações das práticas de cuidados de enfermagem na 1ª Consulta de Vigilância do RN; os dados colhidos pelas entrevistas realizadas aos Pais e os registos colhidos pela observação filmica do RN/Pais no seio familiar.

Para estudarmos os fenómenos que nos propusemos investigar, optamos por escolher uma extensão de um Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Setúbal, baseado na metodologia do «Enfermeiro de Família»,

(...) como elemento da equipa de saúde que melhor conhece a família, seus valores, a individualidade de cada um dos seus membros, bem como os recursos e problemas da comunidade/bairro em que está inserida, que estará na posição ímpar para ajudar a responder aos problemas das várias fases da vida de cada pessoa/família/grupo (Lopes, 1998, p. 27).

A Enfermagem de Família implica que as práticas dos enfermeiros tenham como elemento central a comunicação, de forma a que todo o processo relacional se desenvolva como um factor fundamental para a concretização quer das decisões quer da autonomia da pessoa, em interacção com a família/sociedade em que se integra (Hartrick, 1997). O acompanhamento familiar é iniciado pelo enfermeiro no período pré-concepcional, durante a gravidez e durante o puerpério, mantendo-se até que o casal se sinta reajustado à sua nova situação familiar.

O desenvolvimento da Enfermagem de Família, no contexto dos grandes desafios que se colocam na sociedade portuguesa, é um contributo que pode fazer a diferença nas abordagens dos cuidados de saúde tanto ao nível da promoção de saúde e prevenção da doença, como da continuidade de cuidados.

O **grupo dos Profissionais de Saúde** foi constituído pela população dos Enfermeiros que exerce funções nesta extensão de saúde (N=7), na medida em que todos apresentam um ou mais anos de experiência profissional na área de Saúde Infantil e Juvenil e aceitaram participar no estudo. Considerámos essencial a definição deste critério porque as acções de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil pertinentes e de qualidade, envolvem imensos conhecimentos científicos que necessitam estar interiorizados e amadurecidos de forma a serem desenvolvidas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992, p. 162) a população é “(...) o conjunto de elementos constituintes de um todo” e segundo Polit e Hungler (1995) definem população, como todo o conjunto de indivíduos que possuem características comuns.

Os dados foram recolhidos durante os meses de Maio, Junho e Julho de 2006, após a autorização do Coordenador da Sub-Região de Saúde de Setúbal para a elaboração da dissertação.

Foram aplicados questionários ao grupo dos Enfermeiros e observadas as práticas dos cuidados de enfermagem na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

Para o **grupo de RN/Pais** foi constituída uma amostra não aleatória do tipo conveniente com onze RN/Pais (N=11) que recorreram à extensão de saúde no

período de colheita de dados de Maio a Julho de 2006, para realizar a 1ª Consulta de Vigilância do RN. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Mães que efectuaram a Vigilância de Saúde Materna nesta extensão de saúde;
- RN/Pais que efectuaram a 1ª Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil nesta extensão de saúde;
- RN serem de termo (≥ 37 semanas de gestação) e não apresentarem malformações aparentes ou outros problemas que exigissem o seu internamento;
- Pais que autorizaram a gravação fílmica da prática de cuidados ao RN e interacção Pais-RN no seio familiar.

Os dois primeiros critérios foram definidos pelo facto de haver um acompanhamento familiar por parte dos profissionais de saúde desta extensão de saúde desde a gravidez até ao puerpério, de modo a estabelecer uma relação de confiança fundamental para facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental e para ter acesso aos episódios que pretendíamos observar e aos dados que queríamos colher.

O terceiro critério definido, deve-se ao facto de não existirem factores de risco adicionais causadores de stress e ainda os RN/Pais se encontrarem no seu seio familiar porque só deste modo os Pais podem descrever os seus conhecimentos e dificuldades na prestação de cuidados ao RN.

O último critério prende-se com o facto de pretendermos efectuar uma triangulação de dados entre o que foi obtido pela entrevista, observado na gravação áudio e as reflexões do investigador.

Relativamente às amostras, surgiram algumas questões que se prendiam com a sua representatividade. Quanto ao tamanho das amostras seguem o defendido por Patton (1990) quando refere que “(...) não há regras para o tamanho da amostra, sendo o mais importante a riqueza de informação (...)”, a representatividade da amostra está relacionada com a riqueza de dados obtidos e com a abrangência com que o fenómeno é explorado, e não com o número de sujeitos.

O objectivo deste estudo não é fazer generalizações. Os dados que obtivemos referem-se apenas às amostras em estudo, que decerto poderão ser diferentes noutros contextos e com outros actores. A fim de garantir a fiabilidade do estudo, fazemos uma descrição pormenorizada e rigorosa da forma como o mesmo foi realizado.

Uma das principais preocupações neste tipo de estudo prende-se com a validação do mesmo, assim, para reduzir a possibilidade de uma má interpretação, utilizar-se-á uma triangulação de dados e de métodos. *“Patton (1990) afirma que uma forma de tornar um plano de investigação mais “sólido” é através da triangulação, isto é, da combinação de metodologias no estudo dos mesmos fenómenos ou programas”* (Carmo & Ferreira, 1998, p.183). Pretendemos efectuar uma comparação entre o que encontramos, o que observamos e o que nos foi dito de modo a obter uma análise da realidade mais concreta.

Reichardt e Cook (1986) indicam as vantagens de combinar métodos nomeadamente quando se trata de trabalhos de investigação com propósitos múltiplos, pois o facto de se utilizarem métodos diferentes pode permitir uma melhor compreensão dos fenómenos, do mesmo modo que a triangulação de técnicas pode conduzir a alcançar resultados mais seguros, sem enviesamentos (Carmo & Ferreira, 1998, p. 184).

A triangulação de dados consiste na colheita de dados junto de diversas fontes de informação num mesmo estudo. Denzin (1989), citado por Flick (2005, p. 231) *“(…) distingue o tempo, o espaço e as pessoas como ‘sub - tipos de triangulação’, e propõe que se estude o fenómeno em datas, locais e pessoas diferentes”*. No presente estudo os dados foram colhidos com a ajuda de questionários e da observação participante ao grupo dos Profissionais de Saúde e através de entrevistas individuais e observação fílmica ao grupo dos RN/Pais, no decurso de um período de tempo definido, em espaços diferentes, sendo os dados colhidos provenientes das várias fontes. Cada nível de dados serviu para validar os resultados obtidos.

A triangulação metodológica consiste em utilizar vários métodos de investigação no mesmo estudo. Denzin (1989), citado por Flick (2005, p. 231) reconhece dois tipos

de triangulação dos métodos: “(...) *triangulação intra-método e triangulação inter-métodos*”. A triangulação intra-método é efectuada na medida em que são utilizados critérios para medir os instrumentos e a triangulação inter-métodos é efectuada na medida em que são utilizados métodos quantitativos e qualitativos na mesma investigação.

Não consideramos a validade externa do estudo, uma vez que não podemos fazer generalizações. Os dados que obtivemos referem-se à amostra em estudo e podem servir como orientação em amostras semelhantes.

Considerando alguns aspectos mencionados na revisão da literatura e o referido por Quivy e Campenhoudt (1992, p. 217) que dizem que variáveis são “(...) *todo o atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades*” definimos como variáveis do estudo as que se seguem nos seguintes quadros nºs 1 e 2.

Quadro nº 1 – Variáveis do Grupo dos Profissionais de Saúde

ENFERMEIROS (Questionário①)	
Variáveis de Identificação	Indicadores
Identificação	Idade ① (I p.1) Sexo ① (I p.2) Nacionalidade ① (I p.3) Local de Residência ① (I p.4) Religião ① (I p.5) Agregado Familiar ① (I p.6) Existência de Filhos ① (I p.7) Grau de Carreira ① (I p.8) Tempo de Exercício Profissional ① (I p.9) Tempo de Exercício Profissional na área da Saúde Infantil e Juvenil ① (I p.10) Habilitações Académicas ① (I p.11) Habilitações Profissionais ① (I p.12)

ENFERMEIROS Variáveis do estudo (Questionário^① e Observação Participante^②)	
Variáveis de Investigação	Indicadores
Opinião dos Enfermeiros sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada na 1ª Consulta de Vigilância do RN	<p>O que é a promoção de cuidados antecipatórios ^① (II p.1)</p> <p>Utilização da promoção de cuidados antecipatórios no âmbito das intervenções de enfermagem ^① (II p.2)</p> <p>Importância atribuída à promoção de cuidados antecipatórios ^① (II p.3)</p> <p>Adequação da promoção de cuidados antecipatórios realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN ^① (II p.5)</p> <p>Mudanças necessárias para uma eficácia na promoção de cuidados antecipatórios ^① (II p.6)</p>
Práticas de cuidados mobilizadas pelos Enfermeiros (referenciadas e/ou observadas) na promoção de cuidados antecipatórios com vista ao desenvolvimento de competências parentais	<p>Influência da idade e cultura dos Pais, paridade do casal e experiências anteriores com outras crianças que não filhos ^① (II p.4)</p> <p>A promoção de cuidados antecipatórios vai de encontro ao que está preconizada no <i>Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil</i> ^② (A - A₁)</p> <p>Comportamentos verbais e não verbais presentes nas práticas de cuidados dos Enfermeiros ^② (A - A₂ – 2.1 e 2.2)</p> <p>Condições do ambiente presentes nas práticas de cuidados dos Enfermeiros ^② (B - B₁ – 1.1)</p>
Opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN	<p>Conhecimentos que os Pais apresentam na 1ª Consulta de Vigilância do RN segundo os Enfermeiros ^① (III p.1)</p> <p>Dificuldades que os Pais apresentam na 1ª Consulta de Vigilância do RN segundo os Enfermeiros ^① (IV p.1)</p>

Quadro nº 2 – Variáveis do Grupo dos RN/Pais

RN/PAIS Variáveis do estudo (Entrevista^③)		
Variáveis de Identificação	Indicadores	
Identificação	Idade ^③ (II p.1.1) Nacionalidade ^③ (II p.1.2) Etnia ^③ (II p.1.3) Escolaridade ^③ (II p.1.4) Profissão/Ocupação ^③ (II p.1.5) Estado Civil ^③ (II p.1.6) Local de Residência ^③ (II p.1.7) Condições de Habitação ^③ (II p.1.8) Agregado Familiar ^③ (II p.1.9) Nº de Filhos anteriores ^③ (II p.1.10)	} Mãe
	Idade ^③ (II p.1.11) Nacionalidade ^③ (II p.1.12) Etnia ^③ (II p.1.13) Escolaridade ^③ (II p.1.14) Profissão/Ocupação ^③ (II p.1.15) Estado Civil ^③ (II p.1.16) Local de Residência ^③ (II p.1.17) Condições de Habitação ^③ (II p.1.18) Agregado Familiar ^③ (II p.1.19) Nº Filhos anteriores ^③ (II p.1.20)	} Pai
	Idade ^③ (II p.1.21) Sexo ^③ (II p.1.22)	} RN

RN/Pais Variáveis do estudo (Entrevista^③ e Observação Fílmica^④)	
Variáveis de Investigação	Indicadores
Conhecimentos verbalizados pelos Pais na prestação de cuidados ao RN	Capacitação percebida pelos Pais para cuidar do RN ^③ (III p.1) Conhecimentos existentes acerca das características, necessidades e da forma de cuidar do RN ^③ (III p.2) Fontes de informação mobilizadas pelos Pais e seu contributo na ajuda do cuidar do RN ^③ (III p.3 e p.4) Conhecimentos verbalizados pelos Pais no cuidar do RN nas seguintes áreas: → Alimentação ^③ (III p.6) → Eliminação ^③ (III p.7) → Higiene e Conforto ^③ (III p.8) → Vestuário ^③ (III p.9) → Sono e Repouso ^③ (III p.10) → Afecto e Estimulação ^③ (III p.11) → Adaptação ao Papel Parental ^③ (III p.12) → Segurança e Prevenção de Acidentes ^③ (III p.13) → Sexualidade ^③ (III p.14)
Competências mobilizadas pelos Pais na prestação de cuidados ao RN	Conhecimentos mobilizados pelos Pais no cuidar do RN nas seguintes áreas: → Alimentação ^④ (A – A ₁) → Higiene e Conforto ^④ (A – A ₂) → Vestuário ^④ (A – A ₃) → Afecto e Estimulação ^④ (A – A ₄) → Adaptação ao Papel Parental ^④ (A – A ₅)
Dúvidas e/ou dificuldades verbalizadas e/ou apresentadas pelos Pais no cuidar do RN	Dúvida e/ou dificuldade verbalizadas pelos Pais no cuidar do RN ^③ (III p.5, p.6, p.7, p.8, p.9, p.10, p.13 e p.14) Dificuldades manifestadas pelos Pais na interacção/relação entre RN/Pais e vice-versa ^③ (III p.11) Dificuldades manifestadas pelos Pais sobre a adaptação ao processo de maternidade / parentalidade ^③ (III p.12)

Opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios realizada pelo Enfermeiro	Adequação da promoção de cuidados antecipatórios que é realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN segundo a opinião dos Pais © (III p.16) Importância atribuída pelos Pais à Vigilância de Saúde do RN © (III p.15) Necessidades / Sugestões manifestadas pelos Pais para a promoção de cuidados antecipatórios na 1ª Consulta de Vigilância do RN © (III p.17) Outros Recursos de Saúde necessários na Comunidade manifestados pelos Pais © (III p.18)
--	--

2. Descrição dos Instrumentos de Recolha de Dados

No sentido de dar resposta aos objectivos deste trabalho, foram utilizados vários métodos e instrumentos, o questionário e a observação participante no grupo dos Profissionais de Saúde; a entrevista semi-estruturada e a observação fílmica no grupo dos RN/Pais. Qualquer dos instrumentos foram construídos tendo por base os objectivos da pesquisa, a consulta bibliográfica e ainda a consulta de instrumentos de outros investigadores.

Para validar os instrumentos, foi efectuado um pré-teste, onde primeiramente foi submetido à apreciação de dois Enfermeiros Investigadores com graus de Mestre a desenvolverem o seu Doutoramento, e com conhecimentos e experiência profissional na área estudada, tendo surgido uma sugestão relativamente à grelha de registo da observação da prática de cuidados de enfermagem, nomeadamente, de acrescentar uma coluna para avaliar a adequação dos cuidados prestados pela enfermeira tendo por base o *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, no Domínio da Prestação de Cuidados – Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios*, fundamental para dar resposta a uma das questões de investigação deste estudo. Seguidamente foi aplicado os instrumentos a uma pequena amostra de três Enfermeiros e de três RN/Pais com as mesmas características das amostras que queríamos estudar, numa outra extensão do Centro de Saúde com características similares ao do local onde decorreu o estudo, com a finalidade de garantir a aplicabilidade dos instrumentos no terreno e avaliar se estavam de acordo com os objectivos inicialmente traçados.

Após este procedimento foram efectuadas as alterações consideradas necessárias, nomeadamente no questionário, foram corrigidos alguns termos de linguagem, foram associados aos termos técnicos uma definição dos termos utilizados em nota de rodapé, de forma a tornar as perguntas mais claras e objectivas, garantindo assim que as respostas fossem o mais fiéis possíveis. A grelha de registo da observação da prática de cuidados de enfermagem foi reformulada, tendo-se fechado as perguntas abertas referentes à *Observação da Comunicação Interpessoal* e à *Observação do Contexto Situacional*, onde foram contemplados aspectos importantes para o objectivo do estudo e então observados, de modo a facilitar a sistematização da recolha dos dados. Na entrevista semi-estruturada não efectuámos qualquer alteração e na grelha de registo da observação fílmica do RN/Pais foi necessário definir critérios para avaliar a prática de cuidados observada quando do visionamento e da análise dos filmes.

Este pré-teste revelou-se também muito proveitoso porque despertou o investigador para a mudança de estratégias na abordagem aos Pais quando da autorização para a observação fílmica do RN/Pais, tendo sido necessário aumentar o período de interacção com os Pais de forma a estabelecer com estes uma relação de confiança com vista à cooperação dos Pais na utilização desta técnica de recolha de dados. Foi ainda indispensável que o investigador visionasse e analisasse os filmes de modo a interiorizar a necessidade de permanecer em silencio durante as filmagens dos RN/Pais de maneira a não interferir na prestação de cuidados ao RN e na interacção RN/Pais, devendo-se esta dificuldade à inexperiência do investigador neste método de pesquisa e a alguns sentimentos de angústia vivenciados pelo investigador por se encontrar num ambiente completamente desconhecido, o do seio natural destas famílias.

2.1. Instrumentos utilizados com os Profissionais de Saúde

Ao utilizarmos como instrumento de colheita de dados, o **questionário**, pretendemos colher informações junto dos participantes relativos aos conhecimentos e dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN segundo a opinião dos Enfermeiros, embora tenhamos consciência que só teremos acesso ao material que

o participante aceitar fornecer. Este instrumento foi aplicado a todos os Enfermeiros da Extensão de Saúde pois todos cumpriam os critérios definidos para a amostra.

Os questionários foram entregues aos Enfermeiros em mão própria, precedidos de uma carta de apresentação do autor e do trabalho a desenvolver (Anexo nº 1) onde se pedia a sua colaboração. Conscientes do tamanho deste instrumento, tivemos o cuidado de reduzir ao mínimo o número de folhas de forma a evitar reacções prévias negativas por parte dos inquiridos. Está estruturado em quatro partes correspondentes aos aspectos a investigar.

Na primeira parte fazemos o estudo da caracterização sócio-demográfica, tendo-se elaborado doze (12) questões com as quais procuramos saber a idade, o sexo, a nacionalidade, o local de residência, a religião, o agregado familiar, a existência de filhos, o grau de carreira, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Juvenil, as habilitações académicas e profissionais.

A segunda parte é constituída por seis (6) questões que têm como finalidade caracterizar a importância que os Enfermeiros atribuem à promoção de cuidados antecipatórios, definir se os Enfermeiros nas suas práticas de cuidados têm em consideração algumas variáveis importantes como a idade dos Pais, a cultura dos Pais, a paridade do casal e as experiências anteriores com outras crianças que não filhos, conforme descrito na revisão da literatura, e definir que mudanças efectuar nos Centros de Saúde para que a promoção de cuidados seja mais eficaz.

A terceira parte representa os conhecimentos que os Pais apresentam quando recorrem à 1ª Consulta de Vigilância do RN segundo a opinião dos Enfermeiros e é constituída por um conjunto de dez (10) dimensões e quarenta e três (43) questões com resposta em escala de tipo Likert com cinco (5) pontos, numa amplitude que vai desde Muito Baixo (1) a Muito Elevado (5) em que quanto mais alta for a cotação maior será o nível de conhecimentos dos Pais.

A quarta parte representa as dificuldades que os Pais apresentam quando recorrem à 1ª Consulta de Vigilância do RN segundo a opinião dos Enfermeiros e é constituída pelas mesmas dez (10) dimensões e quarenta e três (43) questões com

a mesma escala de medida, em que quanto mais alta for a cotação maior será o nível de dificuldades dos Pais. Estas dimensões prendem-se com as temáticas preconizadas pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* relativamente à promoção de cuidados antecipatórios (Silva et al., 2001).

O recurso à **observação participante** permitiu analisar as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais.

A técnica de observação participante tem como finalidade, a obtenção de dados através do contacto directo com os sujeitos em estudo. Concordamos com a perspectiva de Carmo e Ferreira (1998) quando refere que o investigador deve assumir um papel junto da população que lhe permita a percepção das experiências pessoais que pretende estudar, sem no entanto estar directamente incluído no grupo em estudo. De acordo com Parreira (2000, p. 43) “(...) o investigador recolhe, regista e interpreta os dados mediante a participação na vida do grupo” permitindo detectar através da comunicação não verbal, fenómenos e vivências que o sujeito poderia omitir intencionalmente.

As competências do enfermeiro de cuidados gerais estão organizadas por domínios, nomeadamente prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Neste âmbito foram definidos em Conselho de Enfermagem, princípios chave da prestação e gestão de cuidados de enfermagem. Relativamente à prestação de cuidados importa referir que envolve a promoção de saúde, a colheita de dados, o planeamento, a execução, a avaliação e por último a comunicação e as relações interpessoais. Em relação à gestão de cuidados foram considerados os aspectos do ambiente seguro, os cuidados de saúde interprofissionais e a delegação e supervisão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Tendo por base a nossa experiência profissional e o referencial teórico utilizado construímos assim, uma grelha de observação da prática dos cuidados de enfermagem (Anexo nº 2) onde utilizámos no *Domínio da Prestação de Cuidados*

(A), os aspectos da promoção de saúde, a comunicação e as relações interpessoais e no *Domínio da Gestão dos Cuidados* (B) o ambiente seguro.

Estes domínios contribuíram para uma orientação mais segura no terreno em que consideramos como alvo da nossa observação os seguintes aspectos:

A1 – *Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios;*

A2 – *Observação da Comunicação Interpessoal;*

B1 – *Observação do Contexto Situacional.*

Na *Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios* (A1), fizemos uma adaptação ao instrumento utilizado pela *Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra* a fim de validar o *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* (Silva et al., 2001). Da mesma, seleccionámos os aspectos referenciados como «*promoção de cuidados antecipatórios*», pois os mesmos apresentam as competências parentais que são necessárias desenvolver para prestar cuidados ao RN e portanto fundamentais referenciar por parte do Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

Nesta *observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios* (A1) a grelha de observação foi construída com o objectivo de analisar até que ponto os Enfermeiros vão de encontro ao que está preconizado no *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*, de acordo com as orientações da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra. Esta grelha é composta por quarenta e três (43) itens, distribuídos por dez (10) dimensões de promoção de cuidados, avaliados por uma escala dicotómica (Sim/Não). Quando a observação correspondia ao «Sim» era aplicada a esta resposta o *Score 1* (os enfermeiros cumprem o preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*), se a observação correspondia ao «Não» era aplicado o *Score 0* (os enfermeiros não cumprem o preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*).

Para analisar a adequação da prestação de cuidados, cada item correspondente ao *Score 1*, foi ainda sujeito a uma escala de medida de adequação de quatro (4) pontos, numa amplitude que vai desde o “*Nada Adequado*” (1) ao “*Muito Adequado*” (4), considerando-se “*Não Aplicável*” para as situações correspondentes ao *Score 0*.

Para facilitar a análise estatística dos dados, relativos ao domínio da prestação de cuidados, nomeadamente, observação da promoção de cuidados antecipatórios, estes serão apresentados segundo o somatório dos Scores por dimensões observadas.

Neste domínio, considerámos as seguintes dimensões: Alimentação do RN (Score 8); Eliminação do RN (Score 4); Higiene e Conforto do RN (Score 4); Vestuário do RN (Score 3); Sono e Repouso (Score 2); Afecto e Estimulação do RN (Score 4); Adaptação ao Papel Parental (Score 3); Segurança do RN (Score 8); Sexualidade (Score 1) e Vigilância de Saúde (Score 6).

O somatório dos Scores de cada dimensão observada reflecte o cumprimento do preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*. Quanto mais elevada for a pontuação do somatório dos Scores por dimensão observada, maior será o cumprimento das práticas preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*.

Como as dimensões apresentam diferentes Scores toda a análise estatística vai ter em consideração esse pressuposto para que os dados apresentados transmitam com realismo das práticas realizadas pelos Enfermeiros.

Na *Observação da Comunicação Interpessoal (A2)* considerámos duas grelhas que compreendem dados respeitantes ao comportamento verbal e ao comportamento não-verbal do enfermeiro. Nos comportamentos verbais foram contemplados os aspectos relacionados com a linguagem; o discurso; o tom de voz e a comunicação do enfermeiro. Nos comportamentos não verbais foram tidos em consideração os aspectos relacionados com a postura e a atitude do enfermeiro e o estabelecimento de uma relação de confiança.

Na *Observação do Contexto Situacional (B1)* considerámos uma grelha de observação das condições do ambiente das práticas de cuidados de enfermagem, nomeadamente, no que se refere ao ambiente; à privacidade e às interferências externas.

Qualquer destas observações contribuiu para a caracterização das práticas de cuidados de enfermagem, em termos da comunicação verbal e não verbal, assim como para analisar as condições do ambiente onde estas ocorreram. Associado a estas observações foi ainda contemplado uma coluna de observações para registo de dados complementares.

Foram efectuadas observações da prática de cuidados de enfermagem na 1ª Consulta de Vigilância do RN que decorreu em momentos distintos do dia durante o período de colheita de dados, havendo sempre uma marcação prévia da referida consulta. A duração da observação foi em média de 65 minutos ($\bar{X}=65,0$), com um tempo máximo de 85 minutos e mínimo de 30 minutos ($Mx=85$; $Mn=30$).

Esta técnica de observação obrigou ao registo dos dados imediatamente após as experiências vivenciadas, visto o investigador estar envolvido nos acontecimentos presenciados. Esta presença activa permitiu a interiorização das experiências vivenciadas e reflectir sobre elas antes e durante o processo de registo, o que reforça a ideia de Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1994) sobre a percepção e a análise pessoal da pessoa que investiga. Assim foi imprescindível o registo das observações no menor espaço de tempo possível após as mesmas, de modo a que não fossem desperdiçadas dados relevantes para o estudo.

De forma a criar um ambiente de empatia com o grupo de RN/Pais para além da observação participante da prática de cuidados de enfermagem, foram ainda acompanhados os RN/Pais durante o período que antecede à consulta médica e durante a própria consulta médica, participando sempre que necessário. Embora esta observação não fizesse parte dos objectivos deste estudo, foi uma das estratégias adoptadas para conseguir a aproximação com este grupo de sujeitos. Esta aproximação permitiu o estabelecimento de uma relação de confiança e de aceitação que foi fundamental na observação fílmica devido ao facto de ter facilitado a participação dos Pais para a realização do filme.

De acordo com Ramos (2004b, p. 225-226) é

(...) importante uma boa inserção no meio, já que quanto melhor for a inserção do investigador no terreno, mais as pessoas observadas participam no processo.

É fundamental a relação de confiança e de aceitação que se estabelece entre o investigador e os intervenientes no processo de observação. Observar os Homens no seu contexto de vida é, em primeiro lugar, ser observado e ser aceite por eles como referia Flarthey.

2.2. Instrumentos utilizados com os RN/Pais

Para o grupo dos RN/Pais foram utilizadas duas técnicas de colheita de dados, nomeadamente a **entrevista** e a **observação fílmica**.

A escolha pela técnica de pesquisa da **entrevista semi-estruturada**, suportada por um guião (Anexo nº 3), prende-se com o facto de através dela podermos conhecer em mais profundidade os conhecimentos e as dificuldades sentidas pelos Pais na prestação de cuidados ao RN nesta fase do ciclo de vida.

A entrevista semi-estruturada permite obter do entrevistado as opiniões relevantes, ou seja a sua descrição do problema em estudo (Ghiglione & Matalon, 1993). Também Vala (1986) e Bardin (2004) referem-nos que este tipo de entrevista é uma técnica adequada para apreender a perspectiva dos participantes sobre a problemática em causa, na medida em que constitui uma forma de perceber e diagnosticar preocupações, desejos e experiências dos mesmos na sua singularidade.

As entrevistas foram realizadas no seio familiar dos respectivos Pais e tiveram em média uma duração 102 minutos ($\bar{X}=101,82$) com um tempo máximo de 130 minutos e mínimo de 40 minutos ($Mx=130$; $Mn=40$). Decorreram no final da tarde, por pensarmos da nossa experiência e conhecimento que seria o período do dia mais propício para entrevistarmos ambos os membros do casal. Dos onze (11) Pais que aceitaram participar no estudo, foram entrevistadas onze (11) mães e seis (6) pais por motivo de ausência do pai no momento da realização da entrevista, embora tenhamos marcado o dia e hora com o casal de modo a podermos entrevistar a mãe e o pai.

Antes de iniciarmos as entrevistas propriamente ditas houve a preocupação de legitimar a entrevista e motivar os entrevistados, informando sobre as linhas gerais

da investigação e o objectivo da entrevista, valorizando o seu contributo para a realização do trabalho e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tivemos sempre presente que a qualidade dos dados obtidos é influenciada pela relação estabelecida entre os interlocutores, assim procuramos tentar criar um ambiente e uma interacção propícia ao fluir do relatar das experiências e sentimentos dos Pais. Foi sempre nossa preocupação não interferir, excepto quando houvesse necessidade de clarificar algum aspecto.

Segundo Patton (1990, p. 278), *“Nós entrevistamos pessoas para descobrir a partir delas algo que não podemos observar. (...) Nós não podemos observar sentimentos, pensamentos e intenções”*.

Foi também proposto a gravação áudio das entrevistas tendo os Pais acedido prontamente. Foi assegurada a confidencialidade das descrições bem como o anonimato das mesmas.

A entrevista está estruturada em três partes: uma primeira parte constituída por uma nota introdutória por forma ao investigador estabelecer a proximidade com os Pais e facilitar a expressão das suas vivências, como já foi referido anteriormente. A segunda parte é constituída pela caracterização sócio-demográfica dos RN/Pais tendo-se elaborado dez (10) questões para cada membro do casal, com as quais procurámos saber a idade, a nacionalidade, a etnia, a escolaridade, a profissão/ocupação, o estado civil, o local de residência, as condições de habitação, o agregado familiar e o número de filhos anteriores e ainda duas (2) questões para identificar a idade e o sexo do RN. A terceira parte é constituída por dezoito (18) questões abertas que foram posteriormente agrupadas por grandes dimensões quando da análise Alceste. A estas dimensões estão associadas componentes de dimensão de acordo com os temas preconizadas pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, nomeadamente:

1ª Dimensão: Preparação para Cuidar do RN

2ª Dimensão: Presença de Conhecimentos para Cuidar do RN

3ª Dimensão: Contribuição dos Conhecimentos para Cuidar do RN**4ª Dimensão: Dificuldades/Dúvidas dos Pais na prestação de cuidados ao RN****5ª Dimensão: Alimentação do RN***Componentes da 5ª Dimensão:*

- ✦ Aleitamento Materno - experiência de amamentar o RN; dificuldades na amamentação; problemas com as mamas e cuidados específicos e posições de eructação;
- ✦ Aleitamento Artificial - introdução do leite artificial e suas implicações; dificuldades no manuseamento do biberão e preparação do leite e posições de eructação.

6ª Dimensão: Eliminação do RN*Componentes da 6ª Dimensão:*

- ✦ Eliminação Vesical – frequência e características;
- ✦ Eliminação Intestinal – frequência e características; cólicas e obstipação.

7ª Dimensão: Higiene e Conforto do RN*Componentes da 7ª Dimensão:*

- ✦ Cuidados de higiene e conforto; cuidados ao coto umbilical; cuidados à região perineal e peri-anal.

8ª Dimensão: Vestuário do RN*Componentes da 8ª Dimensão:*

- ✦ Tipos de tecidos; cuidados com a roupa do RN.

9ª Dimensão: Sono e Repouso do RN*Componentes da 9ª Dimensão:*

- ✦ Dificuldades e estratégias adoptadas para minimizar as dificuldades.

10ª Dimensão: Afecto e Estimulação do RN*Componentes da 10ª Dimensão:*

- ✦ Interação RN/Pais – sorriso/conversa/toque; estratégias de estimulação; percepção dos Pais sobre o RN e compreensão do choro do RN.

11ª Dimensão: Adaptação ao Papel Parental

Componentes da 11ª Dimensão:

♦ Alterações emocionais; alterações na relação do casal e da família alargada; principal prestador de cuidados, participação do pai nos cuidados ao RN e outros apoios.

*12ª Dimensão: **Segurança e Prevenção de Acidentes****Componentes da 12ª Dimensão:*

♦ Posicionamento ao deitar; transporte do RN e dispositivos de segurança.

*13ª Dimensão: **Sexualidade do RN****14ª Dimensão: **Vigilância de Saúde do RN****Componentes da 14ª Dimensão:*

♦ Importância do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e conduta perante situações frequentes no RN (icterícia, obstrução nasal, cólica abdominal e obstipação).

*15ª Dimensão: **Outros Assuntos a abordar na 1ª Consulta de Vigilância do RN****16ª Dimensão: **Outros Apoios / Recursos na Comunidade***

Estas dimensões constituem as questões de identificação dos conhecimentos e dificuldades que os Pais referem na prestação de cuidados ao RN. Foi também possível através da entrevista conhecer mais profundamente a opinião dos Pais acerca da promoção de cuidados antecipatórios que é efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

Após o final de cada entrevista foi considerado um espaço para agradecer a colaboração dos entrevistados e proporcionar quaisquer outras informações que os Pais achassem necessárias.

O registo da entrevista foi efectuado com recurso a gravação áudio, respeitando o consentimento informado defendido por diversos autores (Patton, 1990; Quivy & Campenhoudt, 1992; Bodgan & Biklen, 1994). Esta estratégia de registo permitiu prestar toda a atenção ao discurso dos Pais, sem a preocupação de efectuar anotações.

Após a gravação das entrevistas, procedemos à sua integral transcrição, de forma a facilitar a sua análise, tal como nos sugerem vários autores (Fortin, 1999; Bardin, 2004). Este procedimento mostrou-se bastante moroso, contudo permitiu recriar todo o ambiente envolvente das entrevistas, os silêncios, as hesitações, tendo no final obtido um conjunto de dados composto por dezenas de páginas das vivências descritas pelos participantes.

Como já foi referido, estes dados foram agrupados pelas grandes dimensões da entrevista e posteriormente codificadas as respostas das mães e dos pais e utilizado o *software* Alceste (*Analyse de Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte*) como técnica de análise de dados qualitativos.

Segundo Soares (2005, p. 541) “O Alceste é uma metodologia de análise de dados qualitativos que se adequa a qualquer domínio de investigação onde se pretenda tratar material textual, nomeadamente no que se refere à sua composição lexical e estruturação temática”. Os dados para análise podem ser provenientes de diversos métodos de recolha, desde que utilizem a linguagem verbal. Neste estudo, os dados são resultantes das entrevistas realizadas.

O recurso à **observação filmica** como fonte de recolha de dados, foi essencial porque permitiu observar as práticas de cuidados e as interações entre Pais e o RN no seio familiar, trazendo mais valias na análise do desenvolvimento das competências parentais.

“A aliança da observação e da escuta, da linguagem verbal e não verbal que o documento fílmico proporciona constitui, ao nível teórico e metodológico, um instrumento essencial em diferentes domínios científicos” (Ramos, 2003b, p. 35).

Salientamos ainda a opinião de Ramos quando refere que “A observação de actividades banais, concretas e quotidianamente repetidas, como sejam os cuidados às crianças e as interações lúdicas, possibilita a compreensão da dinâmica interactiva e do tecido social da vida familiar” (2003b, p. 36).

Efectuámos observações audiovisuais da prática de cuidados prestados ao RN, onde privilegiámos três momentos distintos: a *Alimentação do RN*, a *Higiene e*

Conforto do RN e o Vestuário do RN, e ainda observámos a interacção RN/Pais onde privilegiámos os momentos de afecto e estimulação do RN e de adaptação ao papel parental.

Optámos pela vídeo gravação, enquanto produção de artefactos visuais como documentos constitutivos de pesquisa da prática de cuidados e interacção com o RN, pelo facto de encararmos o filme como um instrumento de observação, de transcrição e interpretação das realidades sociais.

Segundo Ramos (2004b, p. 222) *“A observação fílmica envolve o conjunto de actividades do investigador relativas tanto às actividades de registo das imagens, como à observação e análise da imagem relativa ao processo filmado”*.

A utilização de vídeo gravação permite ao investigador durante o processo de análise, aceder a todos os dados com a minúcia e repetição necessária, na medida em que todos os elementos de análise estão presentes, uns visíveis numa primeira observação, outros menos perceptíveis mas acessíveis através do visionamento mais cuidado.

Assim construímos uma grelha de observação do RN/Pais em meio natural (Anexo nº 4) constituída por vinte (20) categorias de observação, distribuídas por cinco (5) dimensões de competências dos Pais, avaliadas por uma escala dicotómica (Sim/Não). Quando a observação correspondia ao «Sim» era aplicada a esta resposta o *Score 1* (foi observada a prestação de cuidados ao RN), se a observação correspondia ao «Não» era aplicado o *Score 0* (não foi observada a prestação de cuidados ao RN).

Para facilitar a análise estatística destes dados, estes serão apresentados segundo o somatório dos *Scores*, em que quanto maior for a pontuação do somatório dos *Scores* por categoria observada significa que os Pais prestaram estes cuidados aos seus filhos, pelo contrário quanto menor for a pontuação do somatório dos *Scores*, corresponde a uma não prestação destes cuidados ao RN.

Para analisar a adequação da prestação de cuidados ao RN, cada item que correspondente ao *Score 1*, foi ainda sujeito a uma escala de medida de adequação

de quatro (4) pontos, numa amplitude que vai desde o “*Nada Adequado*” (1) ao “*Muito Adequado*” (4), considerando-se “*Não Aplicável*” para as situações correspondentes ao *Score 0*. Assim, durante a análise e interpretação dos filmes houve necessidade de definir critérios de avaliação da prática de cuidados observada para todas as observações respeitando a objectividade dos dados a colher, conforme se pode observar no seguinte quadro nº 3.

Quadro nº 3 – Representação das Dimensões, Categorias de Observação e Critérios de avaliação da prática de cuidados prestados ao RN

Dimensões	Categorias de Observação	Critérios de avaliação
✧ <u>Alimentação do RN</u>	→ Técnica da Mamada	<ul style="list-style-type: none"> · Posição da Mãe · Posição do RN · Adaptação do RN à mama (pega) · Retirada da mama da boca do RN · Ambiente envolvente
	→ Cuidados com as Mamas	<ul style="list-style-type: none"> · Cuidados antes da mamada · Cuidados após a mamada · Utilização de soutien apropriado · Cuidados específicos face à presença de problemas nas mamas
	→ Posições de Eructação	Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN
✧ Aleitamento Materno	→ Manuseamento de Biberões	<ul style="list-style-type: none"> · Técnica correcta · Higiene prévia das mãos
	→ Preparação do Leite	<ul style="list-style-type: none"> · Tipo de leite · Nº de medidas de leite / quantidade de água correcta · Verificação da temperatura do leite · Verificação do orifício da tetina
	→ Técnica da Mamada	<ul style="list-style-type: none"> · Adaptação da boca do RN à tetina · Inclinação do biberão · Posição da mãe · Posição do RN · Ambiente envolvente
	→ Posições de Eructação	Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN
✧ Aleitamento Artificial	→ Manuseamento de Biberões	<ul style="list-style-type: none"> · Técnica correcta · Higiene prévia das mãos
	→ Preparação do Leite	<ul style="list-style-type: none"> · Tipo de leite · Nº de medidas de leite / quantidade de água correcta · Verificação da temperatura do leite · Verificação do orifício da tetina
	→ Técnica da Mamada	<ul style="list-style-type: none"> · Adaptação da boca do RN à tetina · Inclinação do biberão · Posição da mãe · Posição do RN · Ambiente envolvente
	→ Posições de Eructação	Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

✧ <u>Higiene e Conforto do RN</u>	→ Técnica do Banho	<ul style="list-style-type: none"> · Preparação prévia do material · Temperatura ambiente · Utilização de banheira ou recipiente adequado · Utilização de esponja macia · Verificação da temperatura da água · Imersão do RN na água · Sequência do banho · Posição como segura o RN durante o banho · Cuidados à face do RN (olhos, nariz, ouvidos)
	→ Produto a usar	<ul style="list-style-type: none"> · Produtos com características adequadas
	→ Cuidados ao Coto Umbilical	<ul style="list-style-type: none"> · Utilização álcool 70° · Limpeza do coto umbilical e área circundante
	→ Cuidados à Região Perineal e Peri-anal	<ul style="list-style-type: none"> · Proceder à limpeza dos genitais se a fralda estiver suja · Verificação da higiene dos genitais nas meninas e nos meninos · Colocação de creme em camada fina
✧ <u>Vestuário do RN</u>	→ Características	<ul style="list-style-type: none"> · Características dos tecidos das roupas · Roupas adequadas à estação do ano · Modelo das roupas
	→ Acessórios	<ul style="list-style-type: none"> · Uso de acessórios nos Pais e RN (fios, anéis, pulseiras)
✧ <u>Afecto e Estimulação do RN</u>	→ Interação Pais/RN	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicação entre os Pais e RN nos três momentos observados - <i>Alimentação do RN, Higiene e Conforto do RN e o Vestuário do RN</i> · Tom de voz dos Pais · Tipo de movimentos (suaves/bruscos e lentos/rápidos) · Seguram confortavelmente o RN · Estabelecem contacto visual · Sorriem para o RN · Compreendem o significado do choro do RN · O RN aprecia o contacto corporal
	→ Estimulação verbal e tátil	<ul style="list-style-type: none"> · Importância do toque · Estimulação auditiva
	→ Utilização do brinquedo	<ul style="list-style-type: none"> · Objectos brilhantes, coloridos, macios, de texturas diferentes
✧ <u>Adaptação ao Papel Parental</u>	→ Envolvimento dos outros membros da família nuclear	<ul style="list-style-type: none"> · Adaptação ao papel parental
	→ Envolvimento da família alargada	<ul style="list-style-type: none"> · Adaptação ao novo elemento da família

Após a realização de todas as gravações, obtivemos um conjunto de onze (11) pequenos filmes, cujo tempo médio das observações foi de 23 minutos ($\bar{X}=23,18$) com um máximo de 31 minutos e mínimo de 18 minutos ($Mx=31$; $Mn=18$). As gravações foram posteriormente transcritas e analisadas repetidamente com a ajuda de um enfermeiro investigador a quem explicámos pormenorizadamente os objectivos desta investigação, até chegarmos a uma unanimidade na análise efectuada. Com esta técnica pretende-se minimizar a interferência do investigador nos dados colhidos, para além de um visionamento dos dados mais completo.

Como forma de agradecimento pela participação dos RN/Pais neste estudo, foi oferecida uma cópia em CD-Rom do filme efectuado, tendo tido uma aceitação muito grande.

3. Procedimentos de Recolha de Dados

Antes de iniciarmos o nosso estudo, pedimos autorização ao Coordenador da Sub-Região de Saúde de Setúbal com conhecimento da Direcção do Centro de Saúde onde iríamos realizar o estudo, para proceder à realização da pesquisa de campo. Como resposta ao nosso pedido a Directora de Enfermagem solicitou a apresentação dos instrumentos de colheita de dados para apreciação, tendo posteriormente sido autorizado a realização da pesquisa de campo. Foi um período de grande angústia desde o pedido inicial até à autorização devido ao factor tempo, pois embora se tivesse efectuado o pedido inicial em Janeiro só no início de Abril obtivemos a autorização para iniciar o trabalho de campo.

Foram ainda agendadas reuniões com a Chefia de Enfermagem do Centro de Saúde e com as Coordenadoras Médica e de Enfermagem da Extensão de Saúde, no sentido de dar a conhecer os objectivos deste estudo e esclarecer qualquer dúvida acerca da investigação empírica.

Foi-nos então proposto a apresentação do plano desta dissertação a toda a equipa de saúde desta extensão de forma a envolver todos os profissionais no processo de colheita de dados visto que os sujeitos do grupo dos RN/Pais tinham que cumprir os

critérios do nosso estudo e haver uma grande articulação entre a equipa de saúde e o investigador no sentido de aproveitar todos os momentos de colheita de dados.

Houve de facto uma grande receptividade por parte de todos os profissionais de saúde, não tendo sido colocado nenhuma objecção em colaborarem no estudo, pois consideraram que conhecer os resultados seria, de certo modo, relevante para as suas práticas profissionais.

Em relação ao grupo de RN/Pais, foram previamente informados pelos profissionais de saúde que estava a ser desenvolvida uma investigação naquela extensão de saúde, motivo pela qual iriam ter a presença de um elemento externo à instituição. Posteriormente o investigador explicou a cada sujeito os objectivos e as técnicas de recolha de dados a utilizar, de forma a poderem decidir da sua participação na pesquisa.

A recolha de dados deste estudo foi ainda antecedida de uma fase exploratória que compreendeu a análise dos dados estatísticos relativos ao número de «Notícias de Nascimento» recebidas pela extensão de saúde no ano transacto, com a finalidade de perceber a melhor altura para iniciarmos a colheita de dados de modo a obter um número aceitável de sujeitos face ao tempo que dispúnhamos para realizar o trabalho de campo.

A Notícia de Nascimento tem sido, desde há alguns anos, um importante instrumento facilitador da comunicação entre os hospitais e os centros de saúde após o parto, nomeadamente nas situações de risco acrescido para a mãe ou para o recém-nascido. (...) A Notícia de Nascimento será enviada no momento da alta da mãe, preferencialmente por fax, para o centro de saúde da respectiva área de residência da mãe (DGS, 2002b).

Ainda nesta fase foi importante a nossa permanência no campo empírico de análise com o objectivo de conhecer o número de grávidas seguidas nas Consulta de Vigilância de Saúde Materna que terminariam o tempo de gestação no período de colheita de dados e ainda compreender minimamente a dinâmica de funcionamento desta extensão de forma a tomar decisões metodológicas relativas à forma e

momentos de realizar a recolha de dados, ganhar confiança e estabelecer relações com o grupo onde nos vamos integrar.

Consideramos que a entrada no campo de investigação constitui uma fase particularmente importante, sobretudo quando a investigação contempla um trabalho que passa pela permanência do investigador nos espaços quotidianos das práticas e relações sociais dos agentes em análise.

4. Processo de Análise de Dados e Métodos Estatísticos Utilizados

O volume de dados colhidos através dos vários instrumentos e confrontados com o objectivo da pesquisa e problemática em estudo determinou a opção de efectuar os procedimentos analíticos com recurso a várias técnicas.

Em relação ao **grupo dos Profissionais de Saúde**, nomeadamente ao questionário aplicado aos Enfermeiros e aos dados colhidos através da observação participante, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados quantitativos no suporte informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Tendo como referência os objectivos do estudo, optámos por efectuar uma análise descritiva dos dados e para as diferentes variáveis a avaliar utilizámos parâmetros de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação) e somatórios que permitiram reagrupar as variáveis de forma mais sistematizada.

Em relação aos dados qualitativos optámos por desenvolver os procedimentos analíticos com recurso à técnica de análise de conteúdo, pela sua aplicabilidade nas diferentes investigações empíricas na área das ciências sociais e humanas, pelo facto de esta permitir analisar em profundidade o discurso emergente, conforme Vala (1986); Carmo & Ferreira (1998); Bardin (2004).

De acordo com Vala (1986, p. 103) a análise de conteúdo é “(...) *uma técnica de investigação que permite fazer interferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto*”. Tem como finalidade segundo Berelson (1952), citado por Carmo e Ferreira (1998, p. 251) “(...) *fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação*”.

Para a elaboração da análise de conteúdo das perguntas abertas foi necessário reunir um conjunto de condições descritas por Vala (1986), como sendo essenciais: os dados colhidos deverão estar dissociados da sua fonte e das restantes condições que os originaram, sendo colocados num contexto e organizados, segundo a finalidade do estudo; as inferências realizadas deverão ser construídas tendo por base o modelo do investigador, tratando-se assim, “(...) *da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização - atribuição de traços de significação (...)*” (Vala, 1986, p. 104). Deste modo, começámos por dissociar os dados, organizando-os, segundo os objectivos do estudo.

Posteriormente efectuámos um *corpus*, produzindo o material a analisar, tendo por base a finalidade do estudo. Para o tratamento dos dados, definimos categorias e unidades de análise. “*Uma categoria é habitualmente composta por um termo - chave, que indica a significação central do conceito que se quer apreender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito*” (Vala, 1986, p. 110-111).

Bogdan e Biklen (1994, p. 221) sugerem, como passo crucial na análise dos dados, o “(...) *desenvolvimento de uma lista de categorias de codificação depois de ter recolhido os dados e de se encontrar preparado para os organizar*”. Reporta-nos assim, para a análise categorial, a qual “(...) *pretende tomar em consideração a totalidade de um «texto», passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência da presença (ou de ausência) de itens de sentido. (...) É o método das categorias, (...) que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem*” (Bardin, 2004, p. 32). Simultaneamente, revela-se “(...) *eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significados manifestos) e simples*” (Bardin, 2004, p. 147).

Assim, efectuámos a nossa análise através de uma leitura flutuante das respostas às perguntas abertas do questionário, da qual emergiram algumas categorias possíveis, que se constituem como um importante meio “(...) *de classificar os dados descritivos (...) de forma a que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente apartado dos outros dados*” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 221). De

seguida, procedemos à selecção das unidades de registo ou significação correspondentes a essas categorias.

No decorrer do processo de categorização, procurámos respeitar cinco princípios básicos, indicados por Bardin (2004) face às unidades de significação, nomeadamente: a *homogeneidade*, em que uma categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise; a *exaustividade*, que contempla uma análise profunda e exaustiva; a *exclusividade*, na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria; a *objectividade*, que presume que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha, devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises; a *pertinência e a adequação*, as quais subentendem que as unidades de significação devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objectivos do estudo.

Em relação ao **grupo dos RN/Pais**, nomeadamente aos dados colhidos através da observação filmica foi utilizado o programa informático SPSS para efectuar o tratamento dos dados quantitativos, o que permitiu reagrupar as variáveis de forma mais sistematizada. Nos dados qualitativos utilizámos a técnica da análise de conteúdo, visto que esta técnica permitir a disposição num conjunto de categorias de significação, o conteúdo manifesto dos mais diversos tipos de comunicação, como seja texto, imagem e filme.

Relativamente aos dados colhidos através das entrevistas utilizamos o *software Alceste (Analyse de Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte)*, versão 4.7 como técnica de análise de dados. Este programa informático, criado em França por Max Reinert em 1979, é uma metodologia de estatística textual que analisa sequências de textos, de forma a organizar e a sintetizar informações consideradas de maior relevância (Gomes, Oliveira & Marques, 2004).

Esta é uma técnica de análise de dados que tem sido amplamente utilizada em estudos sobre as representações sociais e a sua aplicação surge como uma abordagem distinta da análise de conteúdo clássica, pois impõe uma nova lógica à análise discursiva, onde a interpretação dos dados é baseada na quantificação dos elementos verbais que são identificados no material discursivo recolhido (Gomes et al., 2004).

Este programa informático permite segmentar o material a analisar em grandes unidades denominadas de unidades de contextos iniciais, que correspondem às entrevistas dos sujeitos, que constituem o *corpus* da análise. O texto completo é reformatado e dividido pelo programa em segmentos, denominados de unidades de contextos elementares, que correspondem ao material discursivo e que por sua vez vão dar origem ao aparecimento de classes, ou seja, de contextos temáticos identificados pelo programa a partir das palavras mais significativas (Duarte & Curado, 2006).

A análise *Alceste* apresenta a distribuição do discurso em classes, nas quais estão representadas as palavras mais significativas pelo respectivo indicador, o qui-quadrado (X^2). Este indicador traduz o grau de importância das palavras contidas em cada uma das classes. A obtenção das classes é feita através da classificação descendente hierárquica, pela presença de palavras típicas no conteúdo analisado e da ocorrência e co-ocorrência das mesmas palavras dentro de contextos semânticos específicos. (Oliveira, 2004).

A classificação descendente hierárquica consistiu numa das etapas de análise, cuja finalidade é estabelecer uma divisão entre as classes, de forma a não haver classes com palavras sobrepostas. Esta técnica de análise de dados fornece o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no material analisado até à formação das classes, as formas radicais e palavras associadas com os seus respectivos valores de X^2 e contexto semântico de cada classe (Gomes et al., 2004). O resultado surge sob a forma de um dendograma, que mostra a relação entre as classes (Camargo, 2005).

O produto da análise *Alceste* apenas permite analisar a estrutura e a organização do material recolhido, pois a interpretação dos mesmos cabe exclusivamente ao investigador, de acordo com o seu quadro teórico (Soares, 2005). Segundo Oliveira (2004, p. 228), “(...) cada classe pode indicar diferentes perfis de representação, presentes em cada uma das classes, uma representação presente em várias classes ou ainda elementos de mais de uma representação numa mesma classe”. O significado das classes deve ser interpretado a partir da teoria, pelo conhecimento

dos dados, da população estudada e pelos indicadores de quantificação (X^2) resultantes da análise do programa informático.

A apresentação dos resultados é também efectuada através da análise factorial de correspondências, realizada a partir da classificação descendente hierárquica, onde é possível representar a posição de cada uma das classes, fazendo a representação das variáveis descritas face às classes, em torno de um plano factorial (Camargo, 2005).

Para a análise e tratamento estatístico dos dados referentes à caracterização sócio-demográfica dos entrevistados foi utilizado o programa informático SPSS.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO VI – O ENFERMEIRO E A PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS AO RN

1. Caracterização Sócio-Demográfica dos Profissionais de Saúde

Como foi referido anteriormente, esta amostra referente aos Profissionais de Saúde é constituída por sete Enfermeiros (N=7), cujas características sócio-demográficas passamos a enunciar de seguida:

A totalidade dos participantes é do sexo feminino e de nacionalidade Portuguesa e apresentam uma média de idades de 42 anos ($\bar{X}=42,14$) com uma idade máxima de 50 anos e mínima de 37 anos. A moda de idades é de 41 anos (42,9%), sendo que os outros se encontram distribuídos equitativamente pelas diferentes idades (14,3% respectivamente) conforme se pode verificar no quadro nº 4.

Quadro nº 4 – Distribuição dos Enfermeiros pela Idade

Idade	N	%
37	1	14,3
41	3	42,9
42	1	14,3
43	1	14,3
50	1	14,3
Total	7	100

No âmbito deste estudo e no que respeita ao local de residência, considerámos *Urbano* as zonas residenciais de cidades ou vilas, *Suburbano* as zonas residenciais periféricas a cidades ou vilas e *Rural* as zonas residenciais periféricas a aldeias e campos. A maioria dos Enfermeiros reside em meio urbano (57,1%) e os restantes em meio suburbano (42,9%). Relativamente ao agregado familiar a sua totalidade

vive com o companheiro e tem filhos, sendo cinco (5) dos Enfermeiros católicos (71,4%) e dois (2) de outra religião (28,6%).

Como podemos verificar no quadro nº 5, em relação ao grau de carreira, a maioria dos Enfermeiros são graduados (71,4%) e os restantes especialistas (28,6%).

Quadro nº 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Grau de Carreira

Grau de Carreira	N	%
Enfermeiro Graduado	5	71,4
Enfermeiro Especialista	2	28,6
Total	7	100

Este grupo de Enfermeiros apresenta uma média de tempo de exercício profissional de 18 anos ($\bar{X}=18,14$), com um valor máximo de 31 anos e mínimo de 14 anos, sendo que na área de Saúde Infantil e Juvenil apresentam uma média de 14 anos ($\bar{X}=14,71$), com um valor máximo de 31 anos e um mínimo de 5 anos.

Quadro nº 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Exercício Profissional / Tempo de Exercício Profissional em Saúde Infantil e Juvenil

Tempo de Exercício Profissional (Anos)		Tempo de Exercício Profissional em Saúde Infantil e Juvenil (Anos)			Total
		5 - 14	15 - 24	> 25	
10 - 19	N	4	1	0	5
	%	57,1	14,3	0	71,4
20 - 29	N	0	1	0	1
	%	0	14,3	0	14,3
> 30	N	0	0	1	1
	%	0	0	14,3	14,3
Total	N	4	2	1	7
	%	57,1	28,6	14,3	100

Conforme se pode verificar no quadro nº 6, fizemos uma distribuição dos Enfermeiros segundo o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício

profissional em saúde infantil e juvenil, e verificámos que o valor percentual mais elevado (71,4%) diz respeito ao grupo de Enfermeiros com um tempo de exercício profissional compreendido entre 10 e 19 anos, sendo que 57,1% trabalha em Saúde Infantil e Juvenil entre 5 e 14 anos e apenas 14,3% entre os 15 e 24 anos. Os restantes exerceram sempre a sua actividade profissional na área da Saúde Infantil e Juvenil pelo que apresentam um valor percentual coincidente (14,3%).

Quadro nº 7 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as Habilitações Académicas / Habilitações Profissionais

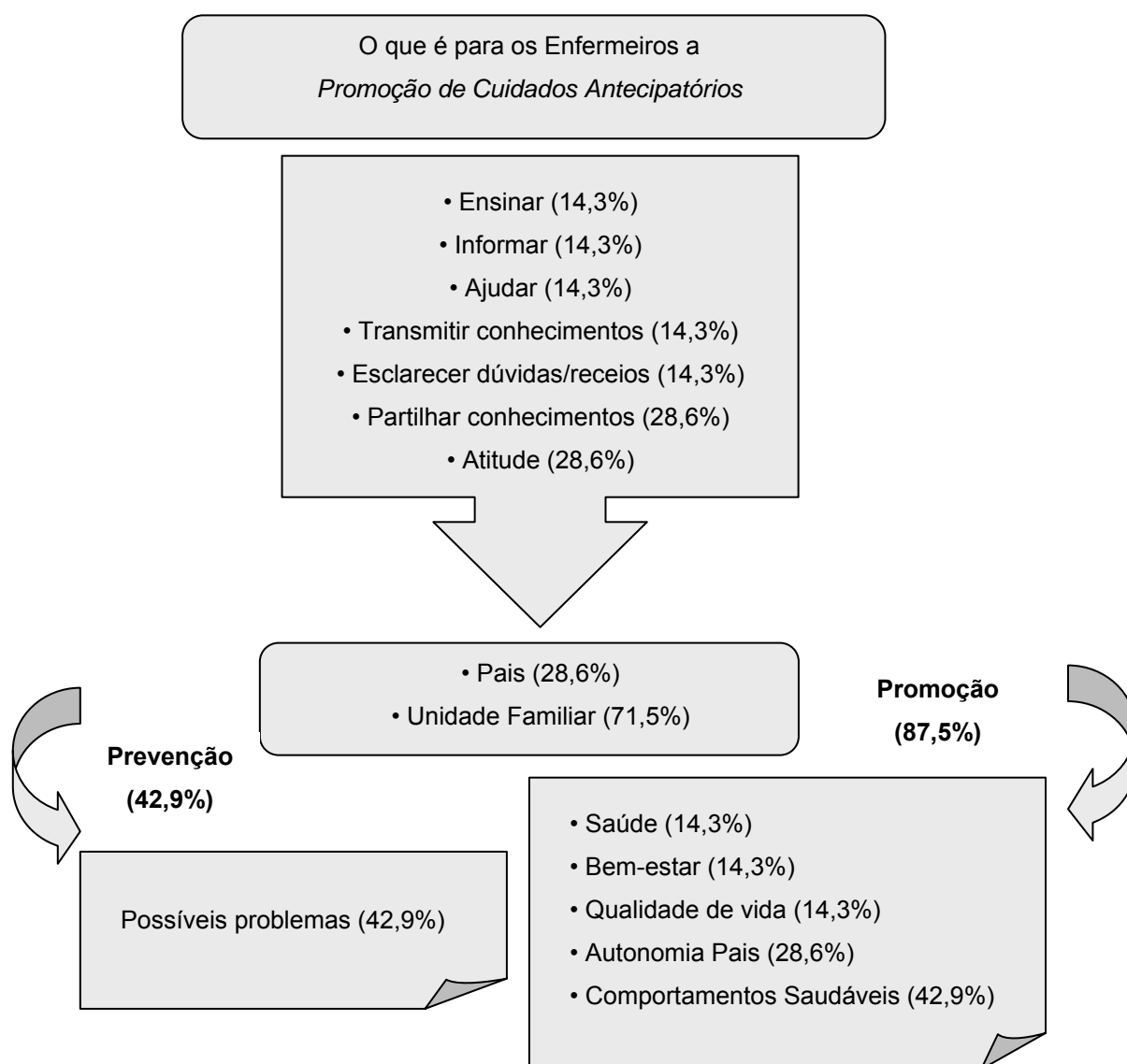
Habilitações Académicas		Habilitações Profissionais		Total
		Curso de Bacharelato em Enfermagem ou equivalente legal	Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal	
Ensino Preparatório	N	1	0	1
	%	14,3	0	14,3
Ensino Superior	N	0	6	6
	%	0	85,7	85,7
Total	N	1	6	7
	%	14,3	85,7	100

Ao fazermos a distribuição dos Enfermeiros segundo as habilitações académicas e profissionais (quadro nº 7), verificámos que apenas um (1) Enfermeiro (14,3%) apresenta como habilitações o ensino preparatório com o curso de bacharelato em enfermagem ou equivalente legal e os restantes seis (6) Enfermeiros (85,7%) apresentam como habilitações o ensino superior com o curso de licenciatura em enfermagem ou equivalente legal.

2. A Promoção de Cuidados Antecipatórios na opinião dos Enfermeiros

No sentido de dar maior visibilidade aos dados que emergiram da opinião dos Enfermeiros sobre o que é a *Promoção de Cuidados Antecipatórios* apresentamos na figura nº 5 as principais unidades semânticas resultantes da análise efectuada.

Figura nº 5 – Opinião dos Enfermeiros sobre o que é a **Promoção de Cuidados Antecipatórios**



Como podemos observar na figura anterior a **promoção de cuidados antecipatórios** passa por asserções presentes nas respostas dadas pelos Enfermeiros à questão 1 da II parte do questionário: Ensinar (14,3%); Informar (14,3%); Ajudar (14,3%); Transmitir conhecimentos (14,3%); Esclarecer dúvidas/receios (14,3%); Partilhar conhecimentos (28,6%) e Atitude (28,6%).

Na opinião dos Enfermeiros, a promoção de cuidados antecipatórios é dirigida essencialmente aos Pais do RN (28,6%) e à unidade familiar onde o RN está inserido (71,5%), tendo a família uma função vital nos primeiros anos de vida da criança, podendo influenciar o seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

Segundo os Enfermeiros associada à promoção de cuidados antecipatórios surge a prevenção e a promoção da saúde. A prevenção aparece ligada em 42,9% dos Enfermeiros ao evitar possíveis problemas e/ou situações. Em 85,7% dos Enfermeiros a promoção contribui para o “*desenvolvimento global da criança de forma harmoniosa e saudável*” (14,3%), assim como para o bem-estar e para a qualidade de vida em 14,3% respectivamente, e ainda, para o desenvolvimento da autonomia aos Pais para lidar com as situações em 28,6% e para a adopção de comportamentos saudáveis em 42,9%.

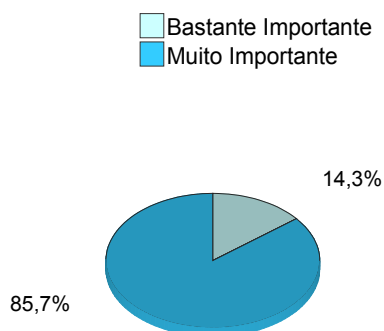
Ao analisarmos o conteúdo das respostas abertas verificamos que os Enfermeiros se referem ao conceito de duas formas, usando uma terminologia científica adequada e usando palavras que apesar de utilizadas na nossa *praxis*, algumas delas estão em desuso (ensinar, transmitir conhecimentos) o que pode ser confrontado com o conceito apresentado no *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.

Segundo o *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* (2001) da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, os cuidados antecipatórios permitem promover a saúde, englobando a educação para a saúde e a prevenção da doença, competindo aos Enfermeiros avaliar as necessidades da criança, e orientar adequadamente os Pais, no sentido de desenvolver e adquirir capacidades e competências para o autocuidado.

A promoção de cuidados antecipatórios é uma das actividades de Enfermagem, tendo-se verificado que a totalidade dos Enfermeiros entrevistados consideram que deve ser **efectuada no âmbito das suas intervenções** no centro de saúde.

Reforçando esta ideia no gráfico nº 2, verificamos que quase a totalidade dos Enfermeiros consideram que a **importância atribuída à promoção de cuidados antecipatórios** efectuada na 1ª Consulta de Vigilância do RN é muito importante (85,7%) e 14,3% é bastante importante.

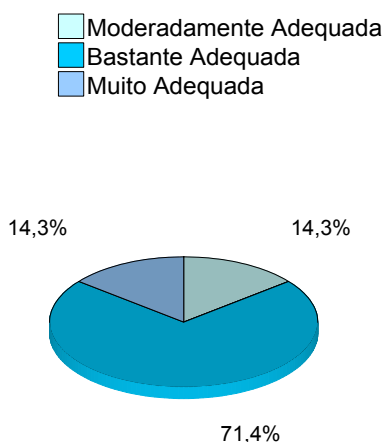
Gráfico nº 2 – Importância atribuída à Promoção de Cuidados Antecipatórios



Relembrando a pesquisa bibliográfica consultada podemos verificar que os enfermeiros que participaram neste estudo, estão conscientes da valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção de saúde e de prevenção da doença.

No nosso questionário aos Enfermeiros, pretendemos ainda saber qual é a **adequação da promoção de cuidados antecipatórios** realizada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN e qual a justificação para adequação encontrada.

Gráfico nº 3 – Adequação da Promoção de Cuidados Antecipatórios



Como podemos observar através do gráfico nº 3, 71,4% dos Enfermeiros consideram que a promoção de cuidados antecipatórios na 1ª Consulta de Vigilância do RN é *bastante adequada* e 14,3% dos Enfermeiros consideram que é *moderadamente adequada* e *muito adequada*.

Neste contexto, os Enfermeiros que consideram a promoção de cuidados antecipatórios *moderadamente adequada* não efectuem nenhuma justificação

provável, no entanto, os Enfermeiros que consideram a promoção de cuidados antecipatórios *bastante adequada* e *muito adequada* justificam-no à luz do conceito de Enfermeiro de Família. Este conceito implica um conhecimento aprofundado de todos os membros de uma determinada família, o que é reforçado pela proximidade dos profissionais de saúde com essa família, visto que, é sempre o mesmo Enfermeiro a fazer o acompanhamento desde a concepção até ao final do ciclo de vida de cada membro dessa família.

As afirmações seguintes ilustram com clareza a análise efectuada na medida em que, os Enfermeiros consideram que este tipo de intervenção permite uma abordagem holística da família e uma continuidade dos cuidados, para além, do estabelecimento de uma relação de confiança entre o Enfermeiro e os Pais de modo a favorecer a verbalização precoce das suas dúvidas, promovendo assim uma intervenção mais adequada e dirigida às reais necessidades do casal:

“Porque há um conhecimento prévio da família, grande disponibilidade da parte da Enfermagem (...)” (E2)

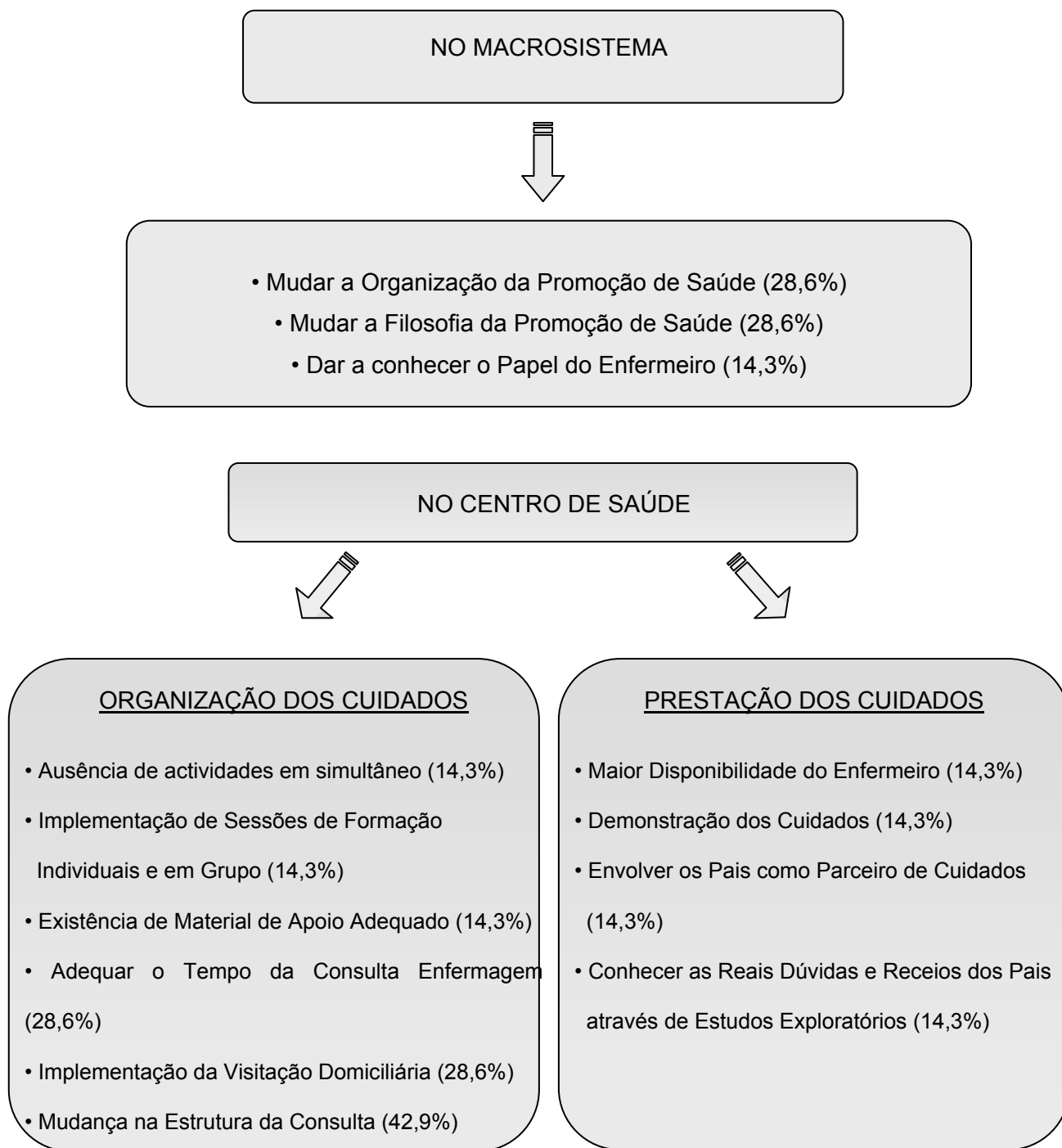
“A continuidade dos cuidados pelo Enfermeiro de Família, entre as consultas de Planeamento, Saúde Materna e Saúde Infantil permite um conhecimento parental e da família alargada, facilitador de adequar a cada família os cuidados antecipatórios.” (E4)

“Porque é efectuada uma abordagem holística, em que aborda o bem-estar da criança, mas também antecipa-se o bem-estar da mãe, e a sua rápida integração nas funções de mãe e mulher.” (E5)

“Geralmente temos Pais informados e confiantes com a Equipa.” (E6)

Foi também solicitado aos Enfermeiros que referissem **o que mudariam na promoção de cuidados antecipatórios** efectuada nos Centros de Saúde de modo a que a mesma fosse mais eficaz, tendo a totalidade dos Enfermeiros apresentado sugestões. A opinião dos Enfermeiros recaiu sobre as mudanças ao nível do macrosistema e ao nível do centro de saúde (figura nº 6).

Figura nº 6 – Mudanças a estabelecer na Promoção de Cuidados Antecipatórios



Como podemos observar na figura nº 6 a nível do *Macrosistema*, 28,6% dos Enfermeiros consideram necessário efectuar mudanças na organização e filosofia da promoção de saúde e 14,3% dos Enfermeiros apontam a necessidades de dar a conhecer o papel do Enfermeiro no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. A *nível do Centro de Saúde*, foi considerado importante haver mudanças a nível da

organização dos cuidados de enfermagem e ao nível da prestação de cuidados efectuada pelo Enfermeiro.

A nível da *organização dos cuidados* foi dado maior ênfase à mudança da estrutura da consulta de enfermagem (42,9%), onde está implícito a melhoria do espaço físico, tornando-o mais adequado às necessidades dos RN/Pais e a promoção de novos momentos para realizar os cuidados antecipatórios, conforme pode concluir-se nos seguintes excertos dos Enfermeiros:

“Mudaria a estrutura da consulta, criando talvez nas situações que se justifique, encontros com os pais fora da marcação das consultas. Estamos despertos para isto mas nem sempre conseguimos concretizar.” (E3)

“(...) as dúvidas dos pais surgem noutras momentos que não o da consulta.” (E4)

“Em primeiro lugar o espaço, que deve ser um local adequado onde o casal possa estar confortável para expor as suas dúvidas (...)” (E7)

Seguidamente 28,6% dos Enfermeiros, salientaram a necessidade de implementar a visita domiciliária à puérpera e RN de modo a que a prestação de cuidados seja o mais adequada possível ao meio familiar, assim como a importância de adequar o tempo da consulta de enfermagem de forma a conseguir estabelecer uma relação de empatia e de confiança com os Pais. As afirmações seguintes traduzem com clareza as observações efectuadas:

“A visita domiciliária à puérpera logo após o parto de forma a adequar os ensinamentos às reais necessidades da mãe/criança” (E2)

“No meu ponto de vista seria ideal a visita domiciliária às puérperas/RN o mais precocemente possível (...)” (E6)

“Que o tempo dos profissionais para esta actividade seja o previsto.” (E4)

“Em segundo lugar o tempo que o Enfermeiro pode disponibilizar para a consulta (...)” (E7)

Por último, as sugestões com frequências menos elevadas (14,3%) passam pela ausência de actividades em simultâneo; a implementação de sessões de formação individuais e em grupo e a existência de material de apoio adequado.

A nível da *prestação dos cuidados* de enfermagem verificou-se a preocupação de melhorar a qualidade dos cuidados prestados através do demonstrar maior disponibilidade por parte do enfermeiro (14,3%); fomentar a exemplificação dos cuidados promovidos oralmente (14,3%) para que os Pais possam para além da forma verbal, observar como se devem prestar os cuidados; envolver os Pais de um modo mais activo (14,3%), fazendo-os sentir como primeiros cuidadores dos seus filhos e realizar estudos exploratórios de modo a conhecer as reais dúvidas e receios dos Pais (14,3%) e deste modo intervir de uma forma mais direccionada.

Consideramos que estas opiniões são interessantes e muito válidas e que permitirão decerto contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem no âmbito da promoção de cuidados antecipatórios.

3. O «Estado da Arte» das Práticas de Cuidados de Enfermagem

Em resposta à segunda questão de investigação, as práticas mobilizadas pelos Enfermeiros na 1ª Consulta de Vigilância do RN, emergem dois tipos de análise resultantes das concepções que os Profissionais de Saúde têm das suas práticas e da observância efectuada pelo investigador das práticas dos Profissionais de Saúde, nomeadamente, se as práticas efectuadas pelos Enfermeiros vão de encontro ao preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.

3.1. Concepções dos Profissionais de Saúde da sua Prática de Cuidados

Durante a prática de cuidados mobilizada pelos Enfermeiros constatou-se a existência de factores que influenciam a promoção de cuidados antecipatórios com vista ao desenvolvimento de competências parentais. Estes factores prendem-se com a *idade e cultura dos Pais, paridade do casal e experiências anteriores com outras crianças que não filhos*.

Quadro nº 8 – Opinião dos Enfermeiros sobre os Factores de Influência nas Práticas de Cuidados

Factores de Influência (Itens do Questionário: 4.1; 4.2; 4.3; 4.4)	Sim		Não	
	N	%	N	%
Idade dos Pais	6	85,7	1	14,3
Cultura dos Pais	7	100	0	0
Paridade do Casal	5	71,4	2	28,6
Experiências anteriores com outras crianças que não filhos	7	100	0	0

Como podemos verificar no quadro nº 8, a maioria dos Enfermeiros participantes referem que os factores de influência enunciados são determinantes nas práticas de cuidados de enfermagem.

Os dados que emergiram das respostas dos Enfermeiros foram sujeitas a uma análise de conteúdo temática, onde das categorias definidas à *priori* resultaram diferentes subcategorias e indicadores à *posteriori* que aparecem discriminadas no quadro nº 9. Da apresentação do quadro síntese, passaremos, em seguida à apresentação e discussão do discurso dos participantes, relativamente a cada uma das categorias.

Quadro nº 9 – Síntese da Categorização do Tema *Factores que Influenciam a Prática de Cuidados*

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Idade Parental	Influência	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Falta de conhecimentos ▶ Pouca experiência de vida ▶ Pouca maturidade do casal ▶ Dependência do contexto sócio – familiar
	Ausência de Influência	
Cultura Parental	Directa	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incompreensão de atitudes/comportamentos dos Pais por parte dos Enfermeiros ▶ Choque de padrões culturais
	Indirecta	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desconhecimento das diferentes culturas ▶ Não valorização de valores e crenças
Paridade do casal	Influência	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Experiências anteriores como Pais ▶ Adaptação Parental
	Ausência de Influência	
Experiências anteriores com outras crianças que não filhos	Positivas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Facilitar a prestação de cuidados ao RN ▶ Validação dos Conhecimentos
	Negativas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Factor ansiedade/dificuldade no cuidar ▶ Duplicação de experiências

Ao analisarmos o conteúdo das respostas abertas do questionário efectuado aos Enfermeiros, surgiu da categoria ***Idade Parental*** duas subcategorias: *a idade parental influencia as práticas* e *a idade parental não influencia as práticas*, com os respectivos indicadores como se pode observar no quadro nº 9.

Os Enfermeiros concordam na sua maioria (85,7%) que quanto mais jovem é o casal, chegando mesmo a referenciar os jovens adolescentes, maior é a necessidade de intervenções de enfermagem específicas, de forma a colmatar a falta de conhecimentos existentes. O único Enfermeiro que discordou (14,3%) refere que a idade não tem influência nas intervenções do Enfermeiro pois estas devem ser dirigidas às necessidades do casal. Os excertos que se seguem ilustram a opinião maioritária deste grupo profissional:

“(...) em casais demasiado jovens a vigilância de promoção de saúde deve ser mais incidente devido à falta de conhecimentos gerais.” (E1)

“Pais adolescentes necessitam obrigatoriamente de intervenções de enfermagem mais específicas.” (E6)

O Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde (DGS, 2002c), salienta precisamente este aspecto da necessidade de consolidar conhecimentos nesta fase do ciclo de vida, onde refere que:

Este é o período em que são alicerçados os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos que, de uma forma definitiva, influenciam a saúde e a qualidade de vida nos anos vindouros. É uma fase no ciclo de vida em que todas as questões de protecção e promoção da saúde assumem grande importância.

Emerge ainda do discurso dos Enfermeiros associado à subcategoria, a *idade parental influencia as práticas, os seguintes indicadores: pouca experiência de vida; pouca maturidade do casal e dependência do contexto sócio-familiar*, como situações necessárias e essenciais a considerar na prática de cuidados, o que está patente no discurso dos Enfermeiros:

“Se a idade dos pais está relacionada com a sua experiência de vida é obvio que é importante valorizar.” (E3)

“As experiências de vida estão na maioria das vezes relacionadas com a idade (...)” (E4)

“Dependendo da maturidade do casal e das suas experiências de vida, assim se deve adequar as intervenções de enfermagem de forma a valorizar experiências já adquiridas ou transmitir outras que pela pouca idade o casal desconheça.” (E7)

“Deve ser à idade dos Pais mas enquadrada no contexto sócio - familiar.” (E5)

Na realidade se na estrutura familiar destes casais jovens não existir um sistema de apoio, torna-se essencial os profissionais de saúde desenvolverem uma intervenção ajustada às necessidades de cuidados destes jovens.

Relativamente à categoria **Cultura Parental**, a totalidade dos Enfermeiros participantes consideram que esta é determinante nas suas práticas por duas razões

diferentes que se prendem consigo próprios e não com a cultura dos pais. Emergiu do discurso dos Enfermeiros duas subcategorias: *a influencia directa* das suas práticas através da não compreensão das atitudes e comportamentos dos Pais e *a influencia indirecta* das suas práticas através de algumas lacunas no seu saber acerca das diferentes culturas e pela não valorização de valores e crenças.

Os pressupostos inerentes ao desconhecimento cultural e à desvalorização das crenças vão reflectir-se nas práticas dos Enfermeiros, as quais passam pela incompreensão das atitudes e comportamentos parentais que podem levar ao choque cultural, conforme verificamos nas seguintes unidades de registo, embora de forma subliminar:

“(...) os Enfermeiros devem ser preparados/formados para ser detentores desses saberes porque a diversificação de etnias/culturas é vasta.” (E1)

“As intervenções devem ter em consideração a cultura dos Pais, embora algumas possam ser questionáveis porque colidem com os nossos padrões de cultura/saúde.” (E4)

“Penso que deve ser sempre adequado à cultura dos Pais, de modo a compreendermos as razões de algumas atitudes e procedimentos face aos comportamentos e de modo a integrarmos os seus conhecimentos e competências.” (E5)

“É extremamente importante que o Enfermeiro não só conheça a cultura dos Pais como também a valorize e saiba adequar os cuidados aos valores, crenças e cultura que os Pais tenham. O Enfermeiro não deve julgar, mas ajudar e encontrar estratégias que dêem segurança ao casal e bem-estar ao RN.” (E7)

Degazon (1999, p. 131) cita que *“(...) os Enfermeiros provêm de uma variedade de ambientes e estão mergulhados nas suas próprias tradições culturais”*. Torna-se fundamental alertar para a necessidade dos Enfermeiros serem culturalmente competentes, de forma a providenciar os cuidados que correspondem às necessidades culturais dos Pais.

O conhecimento cultural é uma componente fundamental para o Enfermeiro poder fazer promoção de saúde numa sociedade multicultural como aquela em que

vivemos. É o conhecimento cultural que fornece aos Enfermeiros os elementos organizadores das culturas de modo a prestarem cuidados de enfermagem adequados aos Pais de diversas culturas. Os Enfermeiros que não possuem um conhecimento cultural básico, podem ter dificuldade em interpretar o comportamento dos Pais e conseqüentemente haver más interpretações das posições dos Pais ou haver ausência de colaboração da parte destes (Degazon, 1999). A resposta de um dos Enfermeiros do estudo relata bem esta dificuldade:

“A promoção de saúde para pessoas de diferentes culturas deve ser o mais adequada possível, quando não existe conhecimentos suficientes da minha parte, devo ser um pouco ouvinte e adaptar a intervenção segundo as dúvidas dos Pais, não deixando de esclarecer segundo as normas de serviço e a opção fica ao critério dos Pais.” (E2)

“O conhecimento das variações culturais dos elementos que constituem a comunicação verbal e não verbal poderá ajudar a ultrapassar algumas destas dificuldades que se colocam à comunicação intercultural” (Ramos, 2001, p.169).

Passando para a categoria **Paridade dos Pais**, das respostas analisadas 71,4% dos Enfermeiros reportam-se à paridade do casal como um dos factores que influencia as suas práticas e 28,6% referem não ter qualquer influência nas suas práticas de cuidados porque como menciona um dos participantes:

“Há casais que têm 3 e 4 filhos e não sabem e nem têm a noção adequada como tratar dignamente dos filhos.” (E2)

Da subcategoria, a *paridade do casal influencia as práticas*, emergiu dois indicadores: as *experiências anteriores como Pais* e a *adaptação parental*.

As seguintes unidades de registo reflectem as características pertinentes do conteúdo emergente:

“Deve ser validado os conhecimentos e adoptar as necessidades verificadas.” (E1)

“Também me parece importante, se é o primeiro filho ou seguinte, devido à sua experiência como Pais.” (E3)

“É importante ter em conta, uma vez que existem competências que já foram adquiridas, outras precisam só de ser melhoradas, e outras adquiridas de novo.” (E5)

“As experiências anteriores quer sejam positivas ou negativas podem influenciar os Pais na prestação de cuidados ao RN. O Enfermeiro deve procurar saber quais as dúvidas e preocupações do casal, esclarecer o que não sabe e valorizar os conhecimentos anteriores.” (E7)

Brazelton e Cramer (1993) sustentam que as aptidões para se ser Pais, são influenciadas pelas experiências anteriores do casal, especialmente da mãe. Assim, quanto melhores tiverem sido essas experiências e o ajustamento a elas, mais o casal se sentirá capaz de assumir o seu papel parental.

O processo de adaptação parental envolve uma reestruturação e reajustamento ao nível do casal e da família. No indicador, *adaptação parental*, constatamos a referência a este processo de transição que passa pelo desenvolvimento de aprendizagens e reajustes familiares necessários para a manutenção do equilíbrio familiar, conforme está representada na seguinte afirmação:

“Os primeiros filhos requerem dos Pais aprendizagens e ajustes familiares, que habitualmente não se verifica nos segundos filhos.” (E4)

Na última categoria, ***Experiências anteriores com outras crianças que não filhos***, 100% dos Enfermeiros são da opinião que as experiências passadas são determinantes nas intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, porque consideram que influenciam sempre a vivência actual, dependendo do tipo de experiência e de como foi vivenciada.

Desta categoria emergiu duas subcategorias: *experiências positivas* e *experiências negativas*. De acordo com a análise efectuada é necessário validar o modo como foram vivenciadas as *experiências anteriores com outras crianças que não filhos*, se significam *experiências positivas* podem facilitar a prestação de cuidados ao RN. Esta subcategoria está patente nas seguintes unidades de registo:

“As experiências anteriores influenciam sempre a vivência actual, (...) positivamente se a experiência foi positiva.” (E4)

“Depende muito do tipo de experiências anteriores que foram adquiridas (...)” (E6)

“As experiências positivas podem facilitar a prestação de cuidados ao RN (...)” (E7)

Por outro lado, se as *experiências* são *negativas*, estas podem comprometer a prestação de cuidados ao RN pela ansiedade gerada, podendo mesmo haver uma duplicação dessas experiências, logo a indispensável adequação da prestação de cuidados de enfermagem de modo a facultar aos Pais conhecimentos para cuidar dos seus filhos. Podemos verificar esta subcategoria nas seguintes afirmações:

“As experiências anteriores influenciam sempre a vivência actual, negativamente se a experiência foi negativa (...)” (E4)

“As experiências negativas podem ser factor de ansiedade ou de duplicação dessas experiências e devem ser corrigidas.” (E7)

Apesar do referido anteriormente sobre a *experiência com outras crianças que não filhos* e a sua influência nas práticas, dois (2) dos Enfermeiros (E1 e E2) consideram que é necessário validar e adequar os conhecimentos evidenciados pelos Pais e em caso de falta de informação esta deve ser efectuada.

“Validação de conhecimentos e sua adequação.” (E1)

“Deve-se avaliar as faltas de informação e intervir nesses itens, isto na promoção em geral.” (E2)

3.2. Das Práticas de Cuidados ao Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

A análise dos dados colhidos através da observação participante aos Profissionais de Saúde foi realizada à luz dos domínios estudados, nomeadamente: a *prestação de cuidados* e a *gestão dos cuidados*. No domínio da **prestação de cuidados** analisámos a observação efectuada da promoção de cuidados antecipatórios e a observação efectuada da comunicação interpessoal. No domínio da **gestão dos cuidados** analisámos a observação efectuada do contexto situacional.

A observação efectuada da promoção de cuidados antecipatórios tem como principal objectivo analisar se as práticas de enfermagem vão de encontro ao *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*. Assim optámos por efectuar uma análise global das diferentes dimensões através do somatório dos seus Scores, o que apresentamos no quadro nº 10.

Quadro nº10 – Análise das Dimensões Observadas no Domínio da Prestação de Cuidados

Dimensões	N	Score	Total Score (11 x Score)	$\sum s$	%
Alimentação do RN	11	8	88	45	51,13
Vigilância de Saúde	11	6	66	37	56,06
Higiene e Conforto do RN	11	4	44	34	77,27
Adaptação ao Papel Parental	11	3	33	16	48,48
Afecto e Estimulação do RN	11	4	44	15	34,09
Eliminação do RN	11	4	44	14	31,81
Segurança e Prevenção de Acidentes	11	8	88	13	14,77
Vestuário do RN	11	3	33	8	24,24
Sexualidade	11	1	11	7	63,63
Sono e Repouso	11	2	22	6	27,27

Ao analisarmos os itens referentes ao domínio da prestação de cuidados e tendo em conta os Scores de cada uma das dimensões podemos dizer que das dez (10) dimensões analisadas apenas em quatro (4) são cumpridos os princípios orientadores da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil num valor superior a 50% (Alimentação do RN – 51,1%; Higiene e Conforto do RN – 77,2%; Sexualidade – 63,6% e Vigilância de Saúde – 56,0%), nas restantes seis (6) dimensões não atingem os 50% (Adaptação ao Papel Parental – 48,4%; Afecto e Estimulação do RN – 34,0%; Eliminação do RN – 31,8%; Segurança e Prevenção de Acidentes – 14,7%; Vestuário do RN – 24,2 e Sono e Repouso – 27,2%).

Gráfico nº 4 – Somatório das dimensões com Score 8

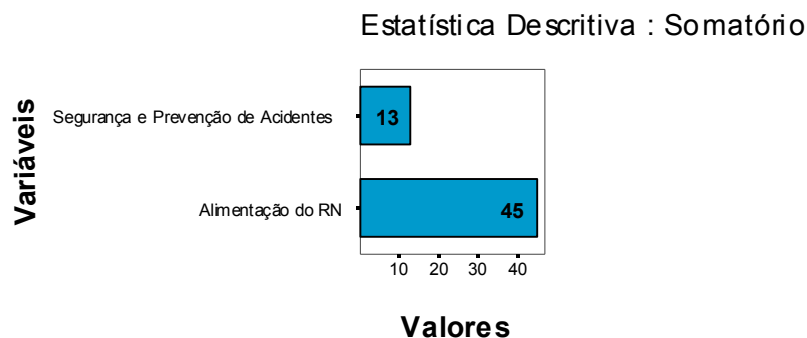


Gráfico nº 5 – Somatório das dimensões com Score 4

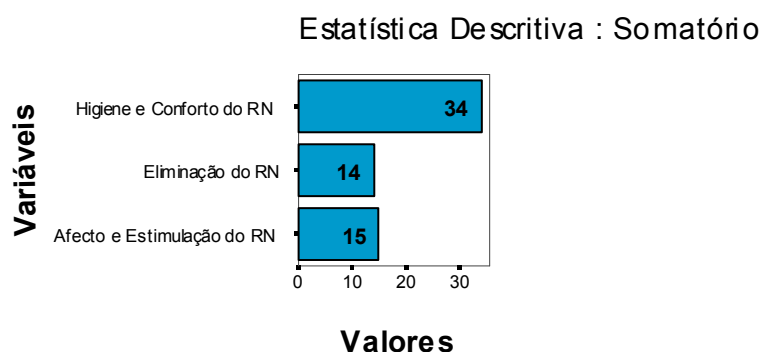
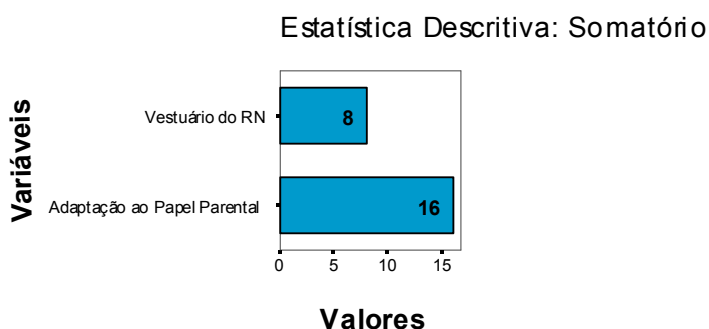


Gráfico nº 6 – Somatório das dimensões com Score 3



Fazendo uma comparação entre as dimensões que apresentam o mesmo Score, verificamos através dos gráficos nºs 4, 5 e 6 que os Enfermeiros dão maior ênfase à promoção de cuidados antecipatórios sobre *Alimentação do RN*; *Higiene e Conforto do RN* e *Adaptação ao Papel Parental*, pois apresentam uma maior pontuação do somatório de Scores. Da mesma forma, a dimensão *Vigilância de Saúde* com um Score 6 e a Dimensão *Sexualidade* com um Score 1 tendo em conta o total relativo de cada uma das dimensões apresentam uma pontuação do somatório dos Scores

bastante elevada, respectivamente 37 e 7, o que se traduz num maior relevo da promoção destes cuidados.

É fundamental que os Enfermeiros valorizem mais os aspectos da promoção dos cuidados antecipatórios que constituem o *Guia Orientador da Consulta de Saúde Infantil* pois este visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área de abrangência da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, para além de uniformizar os princípios orientadores para a intervenção na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, de acordo com o Programa -Tipo da Direcção Geral da Saúde.

No âmbito deste programa é prioritário o empenho dos Enfermeiros na vertente da promoção de cuidados antecipatórios para que haja uma contribuição efectiva no desenvolvimento harmonioso do RN/criança/Jovem no meio familiar. Pensamos que é importante salientar que o incumprimento do *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* deste grupo de Enfermeiros, poderá estar associado ao facto de durante o período da colheita dos dados ter havido um deficit no número de Enfermeiros no activo por ausências motivadas por atestados médicos e férias.

Para analisar a adequação da prestação de cuidados, cada item correspondente ao *Score 1*, foi ainda sujeito a uma escala de medida de adequação de quatro (4) pontos, numa amplitude que vai desde o “*Nada Adequado*” (1) ao “*Muito Adequado*” (4), considerando-se “*Não Aplicável*” para as situações correspondentes ao *Score 0*.

Assim, pode concluir-se que das dimensões analisadas, a promoção de cuidados antecipatórios variam entre “*Adequado*” a “*Muito Adequado*” com excepção de um (1) item de cada uma das seguintes dimensões: *Eliminação do RN*; *Afecto e Estimulação do RN* e *Vigilância de Saúde*.

Na dimensão *Eliminação do RN* no item *Técnica de Alívio das Cólicas*; na dimensão *Afecto e Estimulação do RN* no item *Percepção dos Pais sobre o RN* e na dimensão *Vigilância de Saúde* no item *Conduta perante a Cólica Abdominal do RN*, 9,1% dos Enfermeiros realizaram uma promoção de cuidados antecipatórios “*Pouco Adequado*”. Esta adequação dos cuidados vai de encontro ao preconizado pelo

enquadramento teórico efectuado e ao *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*.

Na Enfermagem, a comunicação faz parte integrante da prática do Enfermeiro, onde é necessário desenvolver capacidades para apreender as mensagens dos Pais de forma a responder às suas necessidades e saber transmitir-lhes atitudes de atenção, compreensão e ajuda. Nesta linha do pensamento, no *domínio da prestação de cuidados*, observámos a **Comunicação Interpessoal do Enfermeiro** na 1ª Consulta de Vigilância do RN.

Torna-se imperioso dar um papel de destaque aos aspectos interpessoais da comunicação, tendo em conta a necessidade dos Pais se sentirem seguros, uma vez que sem essa segurança, eles podem continuar com as mesmas ansiedades independentemente dos cuidados prestados.

Do tema *comunicação interpessoal do Enfermeiro* foram definidas à priori duas categorias, o *comportamento verbal* e o *comportamento não verbal*. Optámos por analisar estas categorias porque segundo Ramos (2001, p. 158),

A comunicação não se reduz às mensagens verbais, mas também às expressões faciais, os gestos, as atitudes, as posturas, os comportamentos transmitem uma mensagem. Em situação de interacção, não podemos deixar de comunicar, pois todo o comportamento social tem um valor comunicativo.

Assim, para cada uma das categorias consideradas foram observados diferentes itens, conforme pode-se verificar no quadro nº 11.

Quadro nº 11 – Síntese dos Itens Observados no Tema *Comunicação Interpessoal*

Categorias	Itens observados
Comportamento Verbal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de Linguagem/Terminologia ▶ Tipo de Discurso/Coerência no Discurso ▶ Tom de Voz ▶ Tipo de Comunicação ▶ Levantamento de Necessidades dos Pais ▶ Expressão Verbal de pensamentos e sentimentos através das palavras ▶ Incentivo à Expressão das Dúvidas dos Pais ▶ Síntese e Validação da Informação ▶ Disponibilidade ▶ Indicação de Apoios na Comunidade
Comportamento Não Verbal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Postura do Corpo ▶ Comunicação Gestual ▶ Escuta Activa ▶ Disponibilidade ▶ Olhar ▶ Expressão facial ▶ Toque (Relação de Confiança)

Ao efectuarmos uma análise descritiva e sistemática de cada item observado, verificámos que o **comportamento verbal** dos Enfermeiros foi dominado por uma linguagem verbal clara e simples, adequada às características dos Pais (100%), recorrendo os Enfermeiros em 45,5% das observações ao uso de terminologia técnico-científica mas sempre com a preocupação de explicar o seu significado. Segundo Xavier (2002, p. 53) “(...) *um episódio de comunicação interpessoal pode ficar seriamente comprometido pelas diferenças na terminologia com que o enfermeiro e o doente comunicam*”.

O discurso é predominantemente interactivo (81,1%), utilizando pontualmente discursos transmissivos de orientações normativas e discursos monocórdicos (9,1% respectivamente), mantendo sempre a coerência no discurso.

O tom de voz dos Enfermeiros é adequado na totalidade das observações e a comunicação quase sempre assertiva (90,9%).

Os Enfermeiros em 81,8 % das observações efectuaram um levantamento das necessidades dos Pais, encorajaram a expressão das suas reais dificuldades e dúvidas e responderam a todas as perguntas efectuadas. Para Xavier (2002) colocar os Pais à vontade e deixá-los expressar as suas preocupações é a forma mais eficaz de ganhar a sua confiança.

Na observação dos comportamentos verbais dos Enfermeiros, constatou-se em 45,5% das ocasiões a expressão verbal de pensamentos e sentimentos através das palavras. Somente em 9,1% das observações os Enfermeiros efectuaram uma síntese/resumo final das informações transmitidas, validando essa informação com os Pais.

Na totalidade das observações os Enfermeiros mostraram disponibilidade para proporcionar mais informações e esclarecer dúvidas noutros momentos, para além de divulgarem outros serviços de apoio que existem na comunidade, como por exemplo a Saúde 24 Pediatria em 63,6% das observações.

Mas, segundo Rosas (1989, p. 27) “(...) a comunicação não se refere só às palavras; à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto aonde ela é produzida”.

Assim, na categoria do **comportamento não verbal** do Enfermeiro, verificámos que em 90,9% das observações a postura corporal era adequada e normalmente utilizavam os gestos para esclarecer os conteúdos verbalmente expressos.

O comportamento não verbal do Enfermeiro é uma das condições básicas para o êxito na prestação de cuidados e reside na capacidade do Enfermeiro para ouvir, compreender, estar atento e interessado e, fundamentalmente, demonstrar esse interesse, atenção e compreensão.

Os Enfermeiros em 72,7 % das observações adoptaram uma atitude de escuta activa e mostravam disponibilidade, falando sempre com os Pais olhos nos olhos e em 72,7% das vezes utilizaram a expressão verbal de pensamentos e sentimentos através da expressão facial e do olhar. Segundo Xavier (2002, p. 53) “(...) a

comunicação não verbal do enfermeiro pode constituir uma clara mensagem para aqueles que necessitam de cuidados. As expressões faciais e a postura do corpo podem também inibir os doentes e suas famílias de pedir informação”.

O toque é um comportamento não verbal de significado muito potente, transmitindo por vezes mais o sentido das mensagens do que as próprias palavras. Nas observações efectuadas apuramos que na sua totalidade, os Enfermeiros utilizam o toque como parte integrante das suas práticas de cuidados, o que facilita o estabelecimento de uma relação de confiança com os Pais.

A comunicação não verbal constitui um elemento fundamental incluído nas variáveis culturais que influenciam a comunicação, funcionando o comportamento não verbal como uma linguagem silenciosa, na concepção do tempo e na organização do espaço (Ramos, 2001, p. 169).

No *domínio da gestão dos cuidados* foi observado o **Contexto Situacional** onde os Enfermeiros prestam os cuidados aos RN/Pais. Para o tema *contexto situacional* foi definido à priori uma categoria, as *condições do ambiente*, tendo sido observados os seguintes itens: o *ambiente*; a *privacidade* e as *interferências externas*, conforme pode observar-se no quadro nº 12.

Quadro nº 12 - Síntese dos Itens Observados no Tema Contexto Situacional

Categoria	Itens Observados
Condições do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambiente ▶ Privacidade ▶ Interferências Externas

No *Ambiente* o enfoque foi dado ao local e à sua luminosidade, sendo que na totalidade das observações os Enfermeiros desenvolveram as suas intervenções aos RN/Pais numa sala de prestação de cuidados comum a outras actividades, onde as condições de luminosidade eram adequadas.

Na *Privacidade* verificamos que, em 81,8% das observações os Pais eram os únicos clientes no local de prestação de cuidados, assim como os Enfermeiros foram

sempre os únicos profissionais no local da prestação de cuidados, não havendo invasão da privacidade dos Pais.

As *Interferências Externas* foram marcadas pelas interrupções causadas pelas chamadas telefónicas em cerca de 36,4% das observações, para além das interrupções causadas por outros profissionais (72,7%), nomeadamente médicos e alunos de enfermagem e ainda interrupções causadas por clientes em cerca de 54,5% das observações. Estas interrupções foram sem dúvida uma barreira à melhoria da prática de cuidados de enfermagem, comprometendo desta forma a comunicação interpessoal entre Enfermeiro e Pais

4. Conhecimentos e Dificuldades dos Pais na opinião dos Enfermeiros

Como foi referido anteriormente, um dos objectivos deste trabalho é conhecer a opinião dos Enfermeiros acerca dos conhecimentos e dificuldades apresentadas pelos Pais no cuidar do RN, assim optámos por analisar estes dados em conjunto, por considerarmos que estes estavam interligados.

Este agrupamento das variáveis permitiu-nos fazer uma análise conjunta da informação, em vez de utilizarmos uma análise descritiva das diferentes categorias, no intuito de tornar a análise dos dados mais clara e menos repetitiva. Este procedimento de análise possibilitou ainda a comparação dos dados, no sentido de detectar complementaridades ou contradições, o que nos auxiliou na interpretação relativa a cada dimensão considerada.

Para facilitar a análise conjunta da informação, tivemos ainda em consideração o ponto médio três (3) da escala de medida, equivalente ao nível “Moderado” dos conhecimentos e/ou dificuldades dos Pais.

Assim, consideramos acima do ponto médio três (3) inclusive, que os Pais apresentam um maior nível conhecimentos e/ou dificuldades e abaixo do ponto médio três (3) que os Pais apresentam um menor nível conhecimentos e/ou dificuldades. Ao analisarmos os dados procedentes das questões da parte III e IV do

questionário foram consideradas dez (10) dimensões: *Alimentação do RN; Eliminação do RN; Higiene e Conforto do RN; Vestuário do RN; Sono e Repouso; Afecto e Estimulação do RN; Adaptação ao Papel Parental; Segurança do RN; Sexualidade e Vigilância de Saúde*. Cada uma destas dimensões englobou várias categorias que passamos a comparar através da análise dos seguintes quadros:

Quadro nº 13 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Alimentação do RN*

Conhecimentos dos Pais		Escala de Medida			Dificuldades dos Pais	
Alimentação do RN					Alimentação do RN	
Reflexo de Sucção				Reflexo de Sucção		
0	N	Muito Elevado	N	0		
0	%	(5)	%	0		
2	N	Elevado	N	1		
28,6	%	(4)	%	14,3		
4	N	Moderado	N	4		
57,1	%	(3)	%	57,1		
1	N	Baixo	N	2		
14,3	%	(2)	%	28,6		
0	N	Muito Baixo	N	0		
0	%	(1)	%	0		
7	N	Total	N	7		
100	%		%	100		

A Dimensão *Alimentação do RN* está intimamente ligada à presença dos três principais reflexos do RN, o reflexo de busca e apreensão, o de sucção e o de deglutição. Vamos ter em consideração apenas a categoria *Reflexo de Sucção* pois apenas esta é contemplada no *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil*.

Conforme se pode observar no quadro nº 13, 85,7% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam um nível de conhecimentos “moderado” e “elevado”, 28,6% e 57,1% respectivamente, no entanto 71,4% consideram que as dificuldades se mantêm a um nível “moderado” e “elevado”. Este facto prende-se muitas vezes pela dificuldade na adaptação ou pega entre a boca do RN e a mama da mãe. A mãe tem de aprender como segurar a sua mama e posicionar o RN, para que ele peque bem na mama. O RN tem de aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz.

Segundo o Manual de Aleitamento Materno do Comité Português para a UNICEF (Levy & Bértolo, 2002), quando qualquer coisa toca no palato do RN ele começa a

sugar, é um reflexo que acontece automaticamente, sem que o bebé tenha de o aprender. Quando o RN se aproxima da mama da mãe por baixo do mamilo, este fica posicionado para o palato do RN, podendo assim estimular o reflexo de sucção. Por outro lado se a adaptação entre mãe e RN não for a correcta, aparecem as dificuldades inerentes à má pega, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez.

Quadro nº 14 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão Alimentação do RN na componente do Aleitamento Materno

Conhecimentos dos Pais			Escala de Medida			Dificuldades dos Pais		
Alimentação do RN – Aleitamento Materno						Alimentação do RN – Aleitamento Materno		
Técnica Mamada	Cuidados Mamas	Posição Eructação				Posição Eructação	Cuidados Mamas	Técnica Mamada
1	1	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	0
14,3	14,3	0	%		%	0	0	0
3	3	5	N	Elevado (4)	N	1	3	2
42,9	42,9	71,4	%		%	14,3	42,9	28,6
2	2	1	N	Moderado (3)	N	0	1	1
28,6	28,6	14,3	%		%	0	14,3	14,3
1	1	1	N	Baixo (2)	N	6	2	3
14,3	14,3	14,3	%		%	85,7	28,6	42,9
0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	1	1
0	0	0	%		%	0	14,3	14,3
7	7	7	N	Total	N	7	7	7
100	100	100	%		%	100	100	100

Ao analisarmos o quadro nº 14, podemos dizer que a componente da dimensão *Aleitamento Materno*, tem associado três categorias: *Técnica da Mamada*; *Cuidados com as Mamas* e *Posição de Eructação*. No que respeita à *Técnica da Mamada*, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos acerca desta técnica o que poderia funcionar como elemento facilitador aquando da sua execução, no entanto 42,9% dos Enfermeiros continuam a referenciar dificuldades sentidas pelos Pais ao executar a técnica, embora 57,2% considerem que eles não tem dificuldades.

Em relação à categoria *Cuidados com as Mamas*, acontece sensivelmente a mesma situação, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam um nível de

conhecimento “moderado” e “elevado”, embora 57,2% expressam que na prática as dificuldades se mantêm, no entanto 42,9% dos Enfermeiros consideram que os Pais não tem dificuldades. Estas dificuldades vêm de encontro à inexperiência parental na aplicação prática dos conhecimentos apreendidos, conforme constatámos no discurso dos Pais aquando da realização das entrevistas, conforme se pode observar nas seguintes afirmações:

“Agora, o cuidar do bebé mesmo, eu não me sentia preparada. Tinha informação, tinha alguma formação, aulas de preparação, mas não me sentia totalmente preparada. Sabia que ia ser difícil.” (M9)

“(…) foi como eu disse, foi mesmo teoria (…) tive a informação mas não me senti, pronto, já sei fazer na teoria mas agora vou ver na prática como é que é.” (M9)

Na categoria *Posição de Eructação*, 85,7% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam conhecimentos sobre as diferentes posições de eructação, o que se verifica na sua prática, pois 85,7% dos Enfermeiros expressam que as dificuldades dos Pais são baixas.

Quadro nº 15 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão Alimentação do RN na componente do Aleitamento Artificial

Conhecimentos dos Pais				Escala de Medida			Dificuldades dos Pais			
Alimentação do RN – Aleitamento Artificial							Alimentação do RN – Aleitamento Artificial			
Manuseamento Biberões	Preparação Leite Artificial	Técnica Mamada	Posições Eructação				Posições Eructação	Técnica Mamada	Preparação Leite Artificial	Manuseamento Biberões
1	0	1	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	1	1
14,3	0	14,3	0	%		%	0	0	14,3	14,3
0	1	1	5	N	Elevado (4)	N	1	2	4	3
0	14,3	14,3	71,4	%		%	14,3	28,6	57,1	42,9
4	4	4	1	N	Moderado (3)	N	0	1	1	2
57,1	57,1	57,1	14,3	%		%	0	14,3	14,3	28,6
2	2	1	1	N	Baixo (2)	N	6	3	1	1
28,6	28,6	14,3	14,3	%		%	85,7	42,9	14,3	14,3
0	0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	1	0	0
0	0	0	0	%		%	0	14,3	0	0
7	7	7	7	N	Total	N	7	7	7	7
100	100	100	100	%		%	100	100	100	100

Conforme se pode observar no quadro nº 15, a componente da dimensão *Aleitamento Artificial*, tem associado quatro categorias, *Manuseamento de Biberões*; *Preparação do Leite Artificial*; *Técnica da Mamada* e *Posições de Eructação*. No que concerne ao *Manuseamento de Biberões* e à *Preparação do Leite Artificial*, podemos afirmar que 71,4% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam conhecimentos relativamente a estas duas categorias, contudo mais de 85% dos Enfermeiros constatarem que os Pais tem um nível de dificuldade “*moderado*” e “*muito elevado*” quando preparam os biberões dos seus filhos. Estes dados revelam elementos importantes para a prática da promoção de saúde. É importante repensar que a transformação da informação em saberes, em conhecimentos, depende essencialmente do nosso papel enquanto educadores, sendo premente assumirmos um papel de agentes de mudança para que os Pais para além dos conhecimentos desenvolvam competências neste campo do saber.

Em relação à *Técnica da Mamada*, 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam um nível de conhecimento “*moderado*” e “*muito elevado*”, o que efectivamente se verifica na prática na medida em que, 57,3% dos Enfermeiros consideram que os Pais não têm dificuldades ao dar o biberão de leite aos seus filhos. No entanto, é importante referir que 42,9% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais continuam a apresentar dificuldades.

No que se refere à quarta categoria, *Posições de Eructação*, é curioso verificar que as opiniões dos Enfermeiros se mantêm relativamente à categoria *Posições de Eructação* da componente de dimensão *Aleitamento Materno*, o que vem dar credibilidade às respostas dadas pelos Enfermeiros.

Quadro nº 16 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Eliminação do RN* na componente da *Eliminação Vesical*

Conhecimentos dos Pais	Escala de Medida				Dificuldades dos Pais
Eliminação do RN – Eliminação Vesical					Eliminação do RN – Eliminação Vesical
Possibilidade Eliminação de Uratos					Possibilidade Eliminação de Uratos
1 14,3	N %	Muito Elevado (5)	N %	1 14,3	
0 0	N %	Elevado (4)	N %	5 71,4	
1 14,3	N %	Moderado (3)	N %	0 0	
4 57,1	N %	Baixo (2)	N %	0 0	
1 14,3	N %	Muito Baixo (1)	N %	1 14,3	
7 100	N %	Total	N %	7 100	

A Dimensão ***Eliminação do RN***, é composta pela componente da dimensão ***Eliminação Vesical*** que tem associada a categoria ***Possibilidade de Eliminação de Uratos***²⁷, que habitualmente ocorre nos primeiros dias após o nascimento do RN, podendo a cor da urina ser rosada e apresentar algum sedimento.

Conforme podemos observar no quadro nº 16, esta categoria é pouco sabida por parte dos Pais, na medida em que 71,4% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam um nível de conhecimentos “baixo” e “muito baixo”, o que se torna evidente através do nível de dificuldades “elevado” e “muito elevado” de acordo com 85,7% dos Enfermeiros.

²⁷ Combinação de ácido úrico com uma base; um sal de ácido úrico (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000)

Quadro nº 17 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Eliminação do RN* na componente da *Eliminação Intestinal*

Conhecimentos dos Pais			Escala de Medida			Dificuldades dos Pais		
Eliminação do RN – Eliminação Intestinal						Eliminação do RN – Eliminação Intestinal		
Frequência e Características Fezes	Técnica Alívio Cólicas	Definição Obstipação e Técnicas Estimulação				Definição Obstipação e Técnicas Estimulação	Técnica Alívio Cólicas	Frequência e Características Fezes
0	0	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	1	0
0	0	0	%		%	0	14,3	0
1	3	1	N	Elevado (4)	N	3	4	3
14,3	42,9	14,3	%		%	42,9	57,1	42,9
4	2	4	N	Moderado (3)	N	3	1	3
57,1	28,6	57,1	%		%	42,9	14,3	42,9
2	1	2	N	Baixo (2)	N	1	1	1
28,6	14,3	28,6	%		%	14,3	14,3	14,3
0	1	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	0	0
0	14,3	0	%		%	0	0	0
7	7	7	N	Total	N	7	7	7
100	100	100	%		%	100	100	100

A componente da dimensão *Eliminação Intestinal* é uma das grandes preocupações dos Pais, nomeadamente sobre as características das fezes e o aparecimento da *Cólica* do RN. De acordo com os autores Opperman e Cassandra (2001, p. 95)

Os pais têm, frequentemente, muitas dúvidas relacionadas com os cuidados e os comportamentos dos filhos. Cinco das preocupações mais comuns incluem os cuidados a um lactente com cólica, os comportamentos de coping²⁸, o aparecimento dos primeiros dentes, os padrões de sono e a disciplina.

Conforme se pode observar através do quadro nº 17, a componente da dimensão *Eliminação Intestinal* está associada a diferentes categorias, nomeadamente, *Frequência e Características das Fezes*; *Técnica de Alívio das Cólicas* e *Definição de Obstipação e Técnicas de Estimulação*. Relativamente à categoria *Frequência e Características das Fezes*, verificamos que 71,4% dos Enfermeiros consideram que o nível de conhecimentos dos Pais é “*moderado*” e “*elevado*”, no entanto na prática prevalecem muitas dificuldades pois 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam um nível de dificuldade “*moderado*” e “*elevado*”.

²⁸ Processo que os lactentes utilizam para lidar com frustrações e stress; adaptação (Opperman & Cassandra, 2001)

Nas categorias *Técnica de Alívio das Cólicas* e *Definição de Obstipação e Técnicas de Estimulação*, verificamos que 71,5% e 71,4% dos Enfermeiros, respectivamente, consideram que os Pais apresentam um nível de conhecimentos “moderado” e “elevado”, mantendo-se muitas dúvidas e dificuldades aquando da ocorrência destas situações no RN.

Quadro nº 18 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Higiene e conforto do RN*

Conhecimentos dos Pais				Escala de Medida			Dificuldades dos Pais			
Higiene e Conforto do RN							Higiene e Conforto do RN			
Técnica Banho	Produtos a usar no Banho	Cuidados Coto Umbilical	Cuidados Região Perineal e peri-anal	N		N	Cuidados Região Perineal e peri-anal	Cuidados Coto Umbilical	Produtos a usar no Banho	Técnica Banho
1	1	0	1	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	0	0
14,3	14,3	0	14,3	%		%	0	0	0	0
6	3	4	3	N	Elevado (4)	N	2	5	0	0
85,7	42,9	57,1	42,9	%		%	28,6	71,4	0	0
0	3	3	3	N	Moderado (3)	N	0	0	2	1
0	42,9	42,9	42,9	%		%	0	0	28,6	14,3
0	0	0	0	N	Baixo (2)	N	4	2	4	5
0	0	0	0	%		%	57,1	28,6	57,1	71,4
0	0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	1	0	1	1
0	0	0	0	%		%	14,3	0	14,3	14,3
7	7	7	7	N	Total	N	7	7	7	7
100	100	100	100	%		%	100	100	100	100

A Dimensão *Higiene e Conforto do RN* conforme se pode observar através do quadro nº 18, apresenta quatro categorias nomeadamente, *Técnica do Banho*; *Produtos a usar no Banho*; *Cuidados ao Coto Umbilical* e *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal*. No que respeita aos conhecimentos podemos contactar que a opinião dos Enfermeiros é que os Pais apresentam um nível “moderado” e “muito elevado” em todas as categorias desta dimensão, no entanto em relação às dificuldades as opiniões já não são tão unânimes.

Em relação às *categorias da Técnica do Banho* e dos *Produtos a usar no Banho*, os Enfermeiros expressam que os Pais não têm dificuldades na prestação destes cuidados aos seus filhos, numa percentagem elevada de 85,7% e 71,4%

respectivamente. Este facto deve-se provavelmente porque, a maioria dos Pais participam na demonstração da técnica do banho que é efectuada no serviço de puérperas do hospital de referência desta Extensão de Saúde. Podemos constatar estas práticas através das seguintes afirmações referidas pelos Pais entrevistados:

“Lá no hospital explicaram como se faz. Ensinarão-nos mesmo, puseram-nos numa sala para a gente aprender e disseram-nos assim alguns conselhos chave. Mostraram mesmo a dar banho ao bebé, relativamente à água, primeiro a água fria, depois vem a quente, depois vê-se a temperatura com o cotovelo ou com o termómetro não é? Pronto, e depois a maneira de segurar, de o virar, tudo.” (M4)

“(...) lá no hospital eles ensinaram-nos como é que nós dávamos o banhinho.” (M5)

Já em relação aos *Cuidados ao Coto Umbilical* esta relação conhecimentos /dificuldades não acontece, pois embora a totalidade dos Enfermeiros sejam da opinião que os Pais apresentam estes conhecimentos, 71,4% mencionam que os Pais na prática têm elevadas dificuldades. Nas entrevistas realizadas aos Pais podemos precisamente confirmar estas dificuldades, através dos seguintes discursos:

“Em relação ao umbigo aquilo fazia-me impressão porque aquilo é tão sensível, algumas das vezes pensava que o magoava, o estar a rodar aquilo, o limpar, todas as vezes que mudava a fralda (...) No centro de saúde a Sr.ª Enfermeira explicou, mexeu e eu não mexia ali porque pensava que o pudesse magoar.” (M6)

“(...) aquilo está um pouco em crosta, ainda é um bocadinho mole, está assim meio, meio termo, tento esfregar à volta e tirar aquelas impurezas não é? Apesar que eu tenho muita dificuldade em fazer aquilo, porque ela chora muito (...) apesar que já me explicaram trinta vezes que é por ser frio não é?” (M10)

“(...) outra dificuldade é o umbigo porque me faz muita impressão, já me fez no primeiro, mas prontos, vou ultrapassar no segundo.” (M11)

A categoria *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal*, todos os Enfermeiros concordam que os Pais apresentam estes conhecimentos, não apresentando na prática dificuldades em 71,4% das opiniões, no entanto 28,6% dos Enfermeiros ainda consideram que permanecem dificuldades elevadas.

Quadro nº 19 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão Vestuário do RN

Conhecimentos dos Pais			Escala de Medida				Dificuldades dos Pais		
Vestuário do RN							Vestuário do RN		
Características	Acessórios	Produtos a usar no vestuário				Produtos a usar no vestuário	Acessórios	Características	
0	0	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	0	
0	0	0	%		%	0	0	0	
4	4	4	N	Elevado (4)	N	1	2	0	
57,1	57,1	57,1	%		%	14,3	28,6	0	
3	2	2	N	Moderado (3)	N	1	1	1	
42,9	28,6	28,6	%		%	14,3	14,3	14,3	
0	1	1	N	Baixo (2)	N	5	4	6	
0	14,3	14,3	%		%	71,4	57,1	85,7	
0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	0	0	
0	0	0	%		%	0	0	0	
7	7	7	N	Total	N	7	7	7	
100	100	100	%		%	100	100	100	

De acordo com o quadro nº 19, verificamos que no que se refere à Dimensão **Vestuário do RN**, temos como categorias: as *Características da Roupa do RN*; os *Acessórios* e os *Produtos a usar no vestuário do RN*. Em relação às *Características da Roupa do RN*, 100% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam conhecimento “moderado” e “elevado”, não se constatando na prática dificuldades neste âmbito (85,7%).

Na categoria dos *Acessórios* 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos, o que contrasta com 42,9% dos Enfermeiros que referem haver na prática um nível de dificuldade “moderado” e “elevado”. É interessante pensarmos que na prática a utilização destes acessórios na roupa dos RN está intimamente relacionada com a apresentação do RN, ou seja, a aparência.

Já em relação aos *Produtos a usar no Vestuário do RN*, parece haver uma maior consonância de opiniões, na medida em que 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos e 71,4% dos Enfermeiros referem efectivamente haver dificuldades baixas.

Quadro nº 20 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão Sono e Repouso do RN

Conhecimentos dos Pais		Escala de Medida			Dificuldades dos Pais	
Sono e Repouso					Sono e Repouso	
Necessidades	Condições favorecem				Condições favorecem	Necessidades
1 14,3	0 0	N %	Muito Elevado (5)	N %	0 0	0 0
4 57,1	5 57,1	N %	Elevado (4)	N %	1 14,3	0 0
2 28,6	1 14,3	N %	Moderado (3)	N %	2 28,6	3 42,9
0 0	1 14,3	N %	Baixo (2)	N %	4 57,1	3 42,9
0 0	0 0	N %	Muito Baixo (1)	N %	0 0	1 14,3
7 100	7 100	N %	Total	N %	7 100	7 100

Conforme se visualiza no quadro nº 20, à Dimensão **Sono e Repouso do RN** estão associadas duas categorias: as *Necessidades de Sono do RN* e as *Condições que favorecem o Sono e Repouso*. No que concerne às *Necessidades de Sono do RN*, 100% dos Enfermeiros relatam que os Pais apresentam conhecimentos nesta matéria e 57,2% referem não haver dificuldades, embora, 42,9% dos Enfermeiros salguarde que na prática os Pais mantêm um “moderado” nível de dificuldades.

Estes dados estão um pouco em contradição com o que Opperman e Cassandra (2001) referem na medida em que os padrões do sono são uma das cinco preocupações mais frequentes dos Pais. Os mesmos autores (2001) mencionam ainda que os problemas mais comuns descritos pelos Pais relacionados com o sono giram à volta dos lactentes se recusarem a dormir e acordarem para comer.

Segundo Opperman & Cassandra (2001, p. 96-97)

Os padrões de sono e a quantidade de horas de sono necessárias varia de lactente para lactente. Do nascimento até aos 4 meses, os períodos de sono duram em média 3 a 4 horas. Estudos revelam que os recém-nascidos necessitam de 14 a 18 horas de sono por dia (...).

Relativamente à categoria *Condições que favorecem o Sono e Repouso*, os Enfermeiros têm sensivelmente a mesma opinião, nomeadamente, 71,4%

consideram que os Pais têm um nível de conhecimento “moderado” e “elevado”, e 57,1% verifique na prática que as dificuldades são baixas, no entanto, 42,9% salientam que os Pais mantêm dificuldades sobre as condições que favorecem o sono dos seus filhos.

Quadro nº 21 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Afecto e Estimulação do RN*

Conhecimentos dos Pais				Escala de Medida			Dificuldades dos Pais			
Afecto e Estimulação do RN							Afecto e Estimulação do RN			
Percepção Pais sobre RN	Interação Pais-RN	Estimulação Verbal e Táctil	Utilização Brinquedo				Utilização Brinquedo	Estimulação Verbal e Táctil	Interação Pais-RN	Percepção Pais sobre RN
0	0	0	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	0	0
0	0	0	0	%		%	0	0	0	0
4	3	3	3	N	Elevado (4)	N	3	4	3	4
57,1	42,9	42,9	42,9	%		%	42,9	57,1	42,9	57,1
1	3	3	3	N	Moderado (3)	N	2	3	2	1
14,3	42,9	42,9	42,9	%		%	28,6	42,9	28,6	14,3
2	1	1	1	N	Baixo (2)	N	2	0	2	2
28,6	14,3	14,3	14,3	%		%	28,6	0	28,6	28,6
0	0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	0	0	0
0	0	0	0	%		%	0	0	0	0
7	7	7	7	N	Total	N	7	7	7	7
100	100	100	100	%		%	100	100	100	100

A Dimensão *Afecto e Estimulação do RN* tem na sua origem quatro categorias: *Percepção dos Pais sobre o RN*; *Interação Pais-RN*; *Estimulação Verbal e Táctil* e a *Utilização do Brinquedo* como estratégia de estimulação do RN. Como podemos observar no quadro nº 21, na sua globalidade mais de 70 % dos Enfermeiros opinam que os Pais apresentam conhecimentos e simultaneamente dificuldades nestas categorias, o que pode ter várias interpretações, pelo que passamos a analisá-las individualmente.

No que concerne à categoria *Percepção dos Pais pelo RN*, 71,4% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam um nível de conhecimentos e de dificuldades “moderado” e “elevado”, no entanto 28,6% salienta que os conhecimentos e as dificuldades são baixas. A percepção que os Pais têm dos seus filhos desde o nascimento até aos 3 meses geralmente é sentida como difícil pela dificuldade em

que o RN tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou mesmo pelas suas próprias dificuldades na comunicação com o RN (DGS, 2006a). Este grupo de Enfermeiros constata precisamente esta dificuldade dos Pais independentemente de apresentarem conhecimentos.

Importa ainda referir que os profissionais de saúde têm um papel muito importante neste âmbito, pois é fundamental perceber qual a imagem que os Pais têm do RN para a reforçar quando esta for positiva e tentar identificar as áreas de dificuldade quando esta for negativa.

Na categoria *Interacção Pais-RN*, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam conhecimentos sobre a relação que estabelecem com o RN, no entanto mantém-se em 71,5% das opiniões a presença de dificuldades moderadas e elevadas. Pensamos que esta diferença de opiniões passa na prática, por serem observados os comportamentos dos Pais com os seus filhos na consulta, nomeadamente, como os Pais seguram no RN, como estabelecem o contacto, se sorriem ou não para o RN, se compreendem o seu choro e ainda se o RN aprecia o contacto corporal dos Pais. Estes são os aspectos contemplados nas folhas de registo da consulta de enfermagem de saúde infantil ao RN para a categoria *interacção Pais-RN*, podendo ser estas as causas que dão suporte às opiniões dos Enfermeiros.

Vários autores referem que a sincronia na interacção Pais-RN proporciona o estabelecimento de uma relação que potencia o desenvolvimento da ligação vinculativa entre a tríade (Kennel, 1995; Canavarro, 2001; Bowlby, 2002). No entanto, por outro lado pensamentos de insegurança e/ou ansiedade poderão perturbar esta relação, não se estabelecendo a satisfação das necessidades dos mesmos.

A *Estimulação Verbal e Táctil* está muito associada à interacção Pais-RN e nesta categoria a divergência de opiniões entre os conhecimentos e as dificuldades dos Pais ainda é mais evidente, sendo que 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos mas na prática apresentam dificuldades.

Por último a categoria *Utilização do Brinquedo* como estratégia de estimulação do RN, 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais têm conhecimentos moderados e elevados mas, 71,5% consideram que as dificuldades se mantêm também moderadas e elevadas. Na realidade os Pais entrevistados mencionaram que utilizam brinquedos para estimular os seus filhos neste período, no entanto não referem sentir qualquer dificuldade neste âmbito, como se pode verificar nas seguintes frases:

“Já utilizei a caixa da música para o estimular, tem vezes em que ele fica assim com o olho muito aberto a perceber de onde é que vem a música mas tem alturas quando está a chorar em que aquilo nem se ouve nada.” (M5)

“(...) utilizamos os sonsinhos ali das estrelinhas por exemplo, por a música dele que ele ouvia quando estava na barriga da Alexandra e ele fica calmíssimo(...)” (P6)

“Às vezes utilizamos a musiquinha para ela adormecer mais calma.” (M7)

Quadro nº 22 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Adaptação ao Papel Parental*

Conhecimentos dos Pais			Escala de Medida			Dificuldades dos Pais		
Adaptação ao Papel Parental						Adaptação ao Papel Parental		
Figura Significativa prestadora cuidados	Envolvimento Membros Família Nuclear	Envolvimento Família Alargada				Envolvimento Família Alargada	Envolvimento Membros Família Nuclear	Figura Significativa prestadora cuidados
1	0	0	N	Muito Elevado (5)	N	0	0	0
14,3	0	0	%		%	0	0	0
5	3	2	N	Elevado (4)	N	2	1	1
71,4	42,9	28,6	%		%	28,6	14,3	14,3
1	4	5	N	Moderado (3)	N	1	1	3
14,3	57,1	71,4	%		%	14,3	14,3	42,9
0	0	0	N	Baixo (2)	N	4	5	2
0	0	0	%		%	57,1	71,4	28,6
0	0	0	N	Muito Baixo (1)	N	0	0	1
0	0	0	%		%	0	0	14,3
7	7	7	N	Total	N	7	7	7
100	100	100	%		%	100	100	100

A *Adaptação ao Papel Parental* é outra das dimensões consideradas, sendo esta constituída por três categorias: *Figura Significativa como principal prestadora de*

cuidados; Envolvimento dos outros Membros da Família Nuclear e Envolvimento da Família Alargada. Como podemos observar através do quadro nº 22, verificamos que 100% dos Enfermeiros consideram que nas três categorias os Pais apresentam conhecimentos acima de moderados, o que já não se constata nas dificuldades. Na *Figura Significativa como principal prestadora de cuidados*, 57,2% dos Enfermeiros referem que na prática a figura significativa de cuidados é a mãe e esta manifesta um nível de dificuldades “moderado” e “elevado” na prestação de cuidados ao seu filho e 42,8% dos Enfermeiros referem que não têm dificuldades.

Na segunda categoria, 71,4% dos Enfermeiros consideram que as dificuldades no envolvimento dos membros da família nuclear é baixa, o que na realidade está em sintonia com a literatura consultada, na medida em que o papel do pai está em mudança na sociedade actual, participando nos cuidados ao RN. Pelo contrário, na categoria *Envolvimento dos Membros da Família Alargada*, 57,1% dos Enfermeiros referem que as dificuldades são baixas, o que contradiz a realidade das dimensões actuais das famílias, nomeadamente a dimensão média das famílias da freguesia de Fernão Ferro que é de 2,87 segundo os últimos censos de 2001. No entanto, 42,8% dos Enfermeiros referem dificuldades moderadas e elevadas no envolvimento dos membros da família alargada.

Na Dimensão *Segurança e Prevenção de Acidentes* optámos por enunciá-la sem o apoio do quadro por apresentar oito (8) categorias tornando-se demasiado extensa, o que não favorece a análise dos dados. É composta pelas seguintes categorias:

- ⇒ *Posicionamento ao Deitar*
- ⇒ *Roupa da Cama*
- ⇒ *Manobra de Heimilch*²⁹
- ⇒ *Transporte em alfofa, cadeira e automóvel*
- ⇒ *Exposição Solar*
- ⇒ *Risco de Quedas*
- ⇒ *Risco de Queimaduras*
- ⇒ *Risco na utilização de acessórios nos Pais e no RN*

²⁹ Técnica de remoção de um corpo estranho que está a bloquear as vias respiratórias (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000)

Na categoria *Posicionamento ao Deitar*, a totalidade dos Enfermeiros expressam que os Pais têm um nível de conhecimentos “moderado” e “muito elevado”, no entanto 57,2% dos Enfermeiros continua a mencionar que as dificuldades persistem moderadas e elevadas, provavelmente pela constatação dos Enfermeiros junto dos Pais. Esta realidade não se verificou nas entrevistas realizadas aos Pais pois a sua totalidade referiu que colocava o seu filho no leito de lado ou de costas, sendo esta a posição adequada para os RN quando estão a dormir.

Relativamente à categoria *Roupa da Cama*, também 100% dos Enfermeiros referiu que os Pais apresentavam os conhecimentos necessários e 57,1% mencionam que as dificuldades são baixas mas, cerca de 42,9% consideram que na prática as dificuldades são moderadas e elevadas.

A *Manobra de Heimlich*, segundo 57,1% dos Enfermeiros é uma técnica ainda desconhecida pelos Pais, no entanto 42,9% já consideram que começa a ser abordada pelos Pais. Em relação às dificuldades, essas permanecem em 100% dos Enfermeiros elevadas e muito elevadas.

Na categoria *Transporte em Alcofa, Cadeira e Automóvel*, apurámos que a totalidade dos Enfermeiros acham que os Pais têm conhecimentos, o que está em sintonia com 71,4% dos Enfermeiros que consideram que as dificuldades são baixas e muito baixas. Embora na realidade o que se verifica é que a maioria dos acidentes com crianças é motivada pela não utilização dos dispositivos de segurança, nomeadamente, no transporte no carro, onde muitas das vezes os RN são transportados ao colo de um adulto mesmo no banco de trás, não cumprindo a lei que obriga a transportar sempre o RN numa cadeirinha própria, aprovada segundo as normas europeias desde a saída da maternidade (APSI, 2003).

A *Exposição Solar* é considerada por 100% dos Enfermeiros uma categoria em que os Pais apresentam um conhecimento “moderado” e “muito elevado” das medidas de prevenção para a exposição solar, mas 57,2% ainda considera que existem dúvidas e dificuldades neste contexto.

O *Risco de Quedas* e o *Risco de Queimaduras* são outros dos acidentes que ocorrem com frequência durante o primeiro mês de vida do RN. Neste âmbito, 100%

dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos mas apresentam em cerca de 71% das opiniões dificuldades moderadas e elevadas. Pensamos que esta situação prende-se com o número de quedas ocorridas em RN, ou por terem ficado sozinhos “*apenas por um segundo*” para ir atender o telefone ou buscar a fralda, ou mesmo, por outros irmãos pegarem no RN sem a supervisão de um adulto. E também pela não verificação da temperatura da água do banho ou do leite do biberão antes de dar ao RN (APSI, 2003, p. 3).

Por fim, na categoria *Risco na utilização de acessórios nos Pais e RN* (fios, anéis, pulseiras), podemos verificar que 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos, mas na prática 52,9% acha que as dificuldades se mantêm moderadas e muito elevadas, o que não se verificou na observação participante do investigador na Consulta de Vigilância do RN, pois a totalidade dos RN e Pais não trouxeram acessórios que pudessem provocar risco.

Quadro nº 23 – Conhecimentos e Dificuldades dos Pais no cuidar do RN segundo a Dimensão *Sexualidade*

Conhecimentos dos Pais	Escala de Medida			Dificuldades dos Pais
Sexualidade				Sexualidade
Boca – Zona Erógena (Fase Oral)				Boca – Zona Erógena (Fase Oral)
0	N	Muito Elevado	N	3
0	%	(5)	%	42,9
2	N	Elevado	N	3
28,6	%	(4)	%	42,9
1	N	Moderado	N	0
14,3	%	(3)	%	0
4	N	Baixo	N	1
57,1	%	(2)	%	14,3
0	N	Muito Baixo	N	0
0	%	(1)	%	0
7	N	Total	N	7
100	%		%	100

A *Sexualidade* é a 9ª Dimensão e é constituída apenas por uma (1) categoria, a *Boca*, como zona erógena que dá prazer ao RN. Também definida como a fase oral, a criança recebe gratificação através da boca onde a alimentação é a sua maior fonte de gratificação.

Segundo Papalia & Olds, (1981, p. 12).

No pensamento freudiano, o organismo humano atravessa diversas fases diferentes de desenvolvimento psicosssexual (oral, anal e genital), nomes que têm origem nas partes do corpo que são as principais fontes de gratificação em cada fase.

Como se pode observar através do quadro nº 23, na categoria *Boca – Zona Erógena*, 57,1% dos Enfermeiros referem que os Pais têm baixos conhecimentos, o que está em conformidade com 85,8% dos Enfermeiros que consideram que os Pais têm dificuldades elevadas e muito elevadas. Durante a entrevista aos Pais também foi notória a falta de conhecimentos nesta área e conseqüentemente as justificações dadas pelos Pais, conforme se pode ler nas seguintes transcrições:

“Nunca ninguém me falou do assunto, quando ela anda à procura penso sempre que ela tem fome.” (M7)

“Quando ela tinha dores ela só se sentia bem agarrada à maminha da mãe ou agarrada à própria mão, sentia-se segura. Pronto, mas por vezes agarra a mão e eu penso que seja fome, por isso damos-lhe leite (...)” (P8)

“É muito engraçado, porque ele faz gestos com a boca que eu faço, estranhos, às vezes não se consegue perceber bem o que é, pronto há aquele gesto que ele faz com a boca que a gente já sabe que ele está à procura de qualquer coisa para comer, que ele é meu filho, mas é outro gesto que ele faz que são muito engraçados, aquilo obviamente tem algum sentido, sei lá provavelmente o agradecimento do carinho não sei (...)” (P11)

Para terminar a análise descritiva dos conhecimentos e dificuldades dos Pais segundo a opinião dos Enfermeiros, falta mencionar a Dimensão *Vigilância de Saúde* que tem associada seis (6) categorias:

- ⇒ *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e Boletim Individual de Saúde (BIS)*
- ⇒ *Vacinação*
- ⇒ *Conduta perante Icterícia*
- ⇒ *Conduta perante Obstrução Nasal*

- ⇒ *Conduta perante Obstipação*
- ⇒ *Conduta perante a Cólica Abdominal*

A primeira categoria representa a importância dada pelos Pais à utilização do BSIJ e BIS quando recorrem à extensão de saúde para efectuar as Consultas de Vigilância de Saúde. Neste âmbito, 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos moderados e muito elevados, o que na prática nem sempre acontece porque 57,1% dos Enfermeiros expressam haver elevadas dificuldades em compreender a importância de trazer os documentos dos seus filhos para registo do seu crescimento e desenvolvimento do RN.

A *Vacinação* é uma área prioritária dos Cuidados de Saúde Primários e como actividade autónoma dos Enfermeiros é uma actividade de excelência de cuidados, onde é sempre averiguado o início do Plano Nacional de Vacinação (PNV) após o nascimento do RN, quando este recorre pela primeira vez à extensão de saúde. Os Pais segundo a opinião da totalidade dos Enfermeiros têm um conhecimento moderado e muito elevado, mas 57,2% opinam que perduram dificuldades moderadas e elevadas de quando deve ser iniciado o PNV aos seus filhos.

As seguintes quatro (4) categorias prendem-se com a conduta perante situações frequentes do RN como a *icterícia*; a *obstrução nasal*; a *obstipação* e a *cólica abdominal*.

A icterícia neonatal tem o seu início após as 24 horas de vida e persiste até segunda e terceira semana de vida, tendo uma incidência em 50% dos RN de termo (Boback et al., 1999). Face ao número de altas hospitalares cada vez mais precoces das mães e dos RN após o parto, é fundamental que os Pais tenham um conhecimento mais minucioso que lhes permitam avaliar a icterícia e saber como actuar. A *Conduta perante a Icterícia* apresenta divergentes opiniões, onde 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm um conhecimento “moderado” e “muito elevado”, mas na prática 71,4% expressam que os Pais apresentam dificuldades moderadas e elevadas. Embora tenha havido um esforço por parte das Unidades Coordenadoras Funcionais da Sub-Região de Saúde de Setúbal, em elaborar procedimentos a adoptar nas situações de doença aguda, onde estão contemplados

folhetos para distribuir aos Pais, esta continua a ser uma das grandes dificuldades dos Pais.

A *Conduta perante a Obstrução Nasal* é outra das categorias da dimensão *Vigilância de Saúde*, em que 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais têm conhecimentos mas na prática 71,4% mantêm dificuldades em lidar com esta situação.

Na *Conduta perante a Obstipação*, 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam conhecimentos e dificuldades moderados e elevados, não sabendo igualmente na prática actuar face a esta situação.

Por último, na *Conduta perante a Cólica Abdominal*, 85,8% dos Enfermeiros opinam que os Pais apresentam conhecimentos para actuar face a esta situação, mas 71,5% são da opinião que as dificuldades são elevadas, sendo esta uma das situações agudas frequentes que motivam os Pais a recorrer aos Serviços de Saúde. Para minimizar estas dificuldades também são distribuídos folhetos aos Pais sobre a “*Cólica do bebé*”.

CAPÍTULO VII – OS PAIS E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. Caracterização Sócio-Demográfica dos RN/Pais

A amostra referente aos Pais é constituída por onze participantes (N=11) que recorreram à extensão de saúde no período de colheita de dados para realizar a 1ª Consulta de Vigilância do RN e cumpriram os critérios já descritos anteriormente. Para facilitar a descrição das características sócio-demográficas dos mesmos, sentimos a necessidade de fazer a sua apresentação em três subgrupos distintos: o subgrupo das *mães*, o subgrupo dos *pais* e o subgrupo dos *RN*.

As *mães* apresentam uma média de idades de 31 anos ($\bar{X}=31,00$) com uma idade máxima de 39 anos e mínima de 22 anos (Mx=39; Mn=22). Os *pais* apresentam uma média de idades de 36 anos ($\bar{X}=36,73$) com valores máximos de 51 anos e mínimos de 26 anos (Mx=51; Mn=26). Os *RN* apresentam uma média de idades de 14 dias ($\bar{X}=13,64$) com uma idade máxima de 17 dias e mínima de 11 dias (Mx=17; Mn=11).

Quadro nº 24 – Distribuição dos Pais pelas Idades

Subgrupo das <i>mães</i> (Anos)		Subgrupo dos <i>pais</i> (Anos)				Total
		20 - 29	30 - 39	40 - 49	> 50	
20 - 29	N	2	1	0	1	4
	%	18,2	9,1	0	9,1	36,4
30 - 39	N	1	2	4	0	7
	%	9,1	18,2	36,4	0	63,6
Total	N	3	3	4	1	11
	%	27,3	27,3	36,4	9,1	100

Conforme se pode verificar no quadro nº 24, fizemos a distribuição das idades dos Pais segundo o subgrupo das *mães* e o subgrupo dos *pais*, e verificamos que as *mães* estão distribuídas apenas por dois escalões etários, com um valor percentual

mais elevado entre os 30 – 39 anos (63,6%) e um menos elevado entre os 20 – 29 anos (36,4%). O subgrupo dos *pais* apresenta o valor percentual mais elevado pertencente ao escalão etário dos 40 - 49 anos (36,4%), seguido do valor percentual coincidente de 27,3% pertencente aos escalões dos 20 - 29 anos e 30 - 39 anos respectivamente, e por último, o valor percentual mais baixo de 9,1% pertencente ao escalão etário superior aos 50 anos de idade.

Quadro nº 25 – Distribuição dos RN por Sexo / Idade

Idade (Dias)		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
10 - 12	N	3	1	4
	%	27,3	9,1	36,4
13 - 15	N	3	1	4
	%	27,3	9,1	36,4
16 - 18	N	2	1	3
	%	18,2	9,1	27,3
Total	N	8	3	11
	%	72,8	27,3	100

Conforme se pode observar no quadro nº 25, fizemos a distribuição dos *RN* segundo o sexo e a idade, e verificamos que o valor percentual mais elevado pertence aos *RN* do sexo masculino (72,7%), cabendo aos *RN* do sexo feminino o valor percentual de 27,3%. Quanto à sua distribuição pela idade, verificamos que o valor percentual mais elevado (27,3%) é coincidente para os *RN* do sexo masculino pertencentes aos escalões etários dos 10 – 12 dias e dos 13 – 15 dias, seguido do escalão etário dos 16 – 18 dias com 18,2%. Os *RN* do sexo feminino estão distribuídos equitativamente pelos diferentes escalões etários (9,1% respectivamente).

No subgrupo das *mães* 72,7% são de nacionalidade portuguesa e 27,3% estrangeira, sendo 90,9% de etnia caucasiana e 9,1% de etnia mestiça. Comparativamente o subgrupo dos *pais* apresenta 90,9% com nacionalidade portuguesa e 9,1% estrangeira, sendo a sua totalidade de etnia caucasiana.

Quadro nº 26 – Distribuição dos Pais pela Escolaridade

Escolaridade das <i>mães</i>		Escolaridade dos <i>pais</i>			Total
		Ensino Primário	Ensino Preparatório	Ensino Secundário	
Ensino Secundário	N	1	1	8	10
	%	9,1	9,1	72,7	90,9
Ensino Superior	N	0	0	1	1
	%	0	0	9,1	9,1
Total	N	1	1	9	11
	%	9,1	9,1	81,8	100

Como podemos verificar no quadro nº 26, as *mães* estão distribuídas apenas por dois graus de escolaridade, com um valor percentual mais elevado (90,9%) têm formação do ensino secundário e um menos elevado (9,1%) tem formação do ensino superior. Em relação aos *pais*, o valor percentual mais elevado (72,7%) têm formação do ensino secundário, seguido de um valor percentual mais baixo de 9,1% coincidente pelos restantes graus de escolaridade, ensino primário, preparatório e superior respectivamente.

Ao fazermos a distribuição das *mães* pela profissão/ocupação (quadro nº27), a qual foi ordenada segundo a *Classificação Nacional das Profissões do INE* de 2004, em que a *Categoria I* corresponde aos desempregados, a *Categoria II e III* diz respeito ao *Grande Grupo 3 dos Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio*, a *Categoria IV e V* inclui o *Grande Grupo 4 do Pessoal Administrativo e Similares*, a *Categoria VI e VII* diz respeito ao *Grande Grupo 5 do Pessoal dos Serviços e Vendedores* e a *Categoria VIII* inclui o *Grande Grupo 9 dos Trabalhadores não Qualificados*. Os *pais* estão distribuídos pelas *Categorias I* correspondente ao *Grande Grupo 0 dos Membros das Forças Armadas*, a *Categoria II* diz respeito ao *Grande Grupo 1 dos Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de empresa*, a *Categoria III* inclui o *Grande Grupo 5 do Pessoal dos Serviços e Vendedores*, a *Categoria IV e V* diz respeito ao *Grande Grupo 7 dos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares* e a *Categoria VI* inclui o *Grande Grupo 9 dos Trabalhadores não Qualificados*.

Quadro nº 27 – Distribuição dos Pais pela Profissão/Ocupação

Classificação Nacional das Profissões (1994)			Classificação Nacional das Profissões (1994)		
Subgrupo das <i>mães</i>	N	%	Subgrupo dos <i>pais</i>	N	%
Desempregada	1	9,1	Grande Grupo 0 – Membros das Forças Armadas	1	9,1
Subgrande Grupo 3.3 – Profissionais de Nível Intermédio do Ensino	1	9,1	Subgrande Grupo 1.3 – Directores e Gerentes de Pequenas Empresas	2	18,2
Subgrande Grupo 3.4 – Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	1	9,1	Subgrande Grupo 5.2 – Manequins, Vendedores e Demonstradores	1	9,1
Grande Grupo 4 – Pessoal Administrativo e Similares	1	9,1	Subgrande Grupo 7.1 – Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extractivas e da Construção	2	18,2
Subgrande Grupo 4.1 – Empregados de Escritório	1	9,1	Subgrande Grupo 7.2 – Trabalhadores da Metalúrgica e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares	3	27,3
Subgrande Grupo 5.1 – Pessoal dos Serviços Directos e Particulares, de Protecção e Segurança	1	9,1	Subgrande Grupo 9.1 – Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio	2	18,2
Subgrande Grupo 5.2 – Manequins, Vendedores e Demonstradores	1	9,1			
Subgrande Grupo 9.1 – Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio	4	36,4			
Total	11	100	Total	11	100

Verificamos no quadro nº 27 que o valor percentual mais elevado (36,4%) corresponde às *mães* com um nível profissional da categoria VIII, seguido do valor percentual 9,1% coincidente para as restantes categorias. Os *pais* apresentam o valor percentual mais elevado (27,3%) com um nível profissional da categoria V, seguido do valor percentual 18,2% coincidente para as categorias II, IV e VI respectivamente e o valor mais baixo (9,1%) com um nível profissional da categoria I e III.

Em relação ao estado civil, 63,6% das *mães* são casadas com os *pais*, 18,2% vivem em união de facto e 18,2% do grupo das *mães* são solteiras comparativamente com 9,1% do grupo dos *pais*, sendo que os restantes 9,1% dos *pais* são separados.

Ao analisarmos o quadro nº 28, podemos dizer que 54,5% das *mães* têm filhos anteriores e 45,5% não têm, comparativamente, 63,7% dos *pais* têm filhos anteriores e 36,4% não têm.

Quadro nº 28 – Distribuição do N° de Filhos Anteriores pelos Pais

Subgrupo das <i>mães</i>		N° de Filhos Anteriores	Subgrupo dos <i>pais</i>	
N	%		%	N
5	45,5	0	36,4	4
6	54,5	1	36,4	4
0	0	2	18,2	2
0	0	20	9,1	2
11	100	Total	100	11

Os dados colhidos através da entrevista aos Pais, relativamente ao local de residência, condições de habitação e agregado familiar são coincidentes em ambos os grupos. Maioritariamente residem em meio suburbano (63,6%) e os restantes (36,4%) em meio urbano. A sua maioria (81,8%) vive com o companheiro/a (com ou sem filhos) sendo que 18,2% vivem com o companheiro/a (com ou sem filhos) e outros familiares. Em relação às condições de habitação, 45,5% habitam em casa própria com encargos, 36,4% habitam em casa arrendada e 18,2% habitam em casa própria sem encargos.

2. Conhecimentos e Dificuldades verbalizados pelos Pais

Os resultados obtidos a partir da análise de dados das entrevistas resultam dos dois procedimentos da análise Alceste: a classificação descendente hierárquica e a análise factorial de correspondência. Da classificação descendente hierárquica resultou a distribuição de classes ou contextos temáticos apresentados na figura nº7.

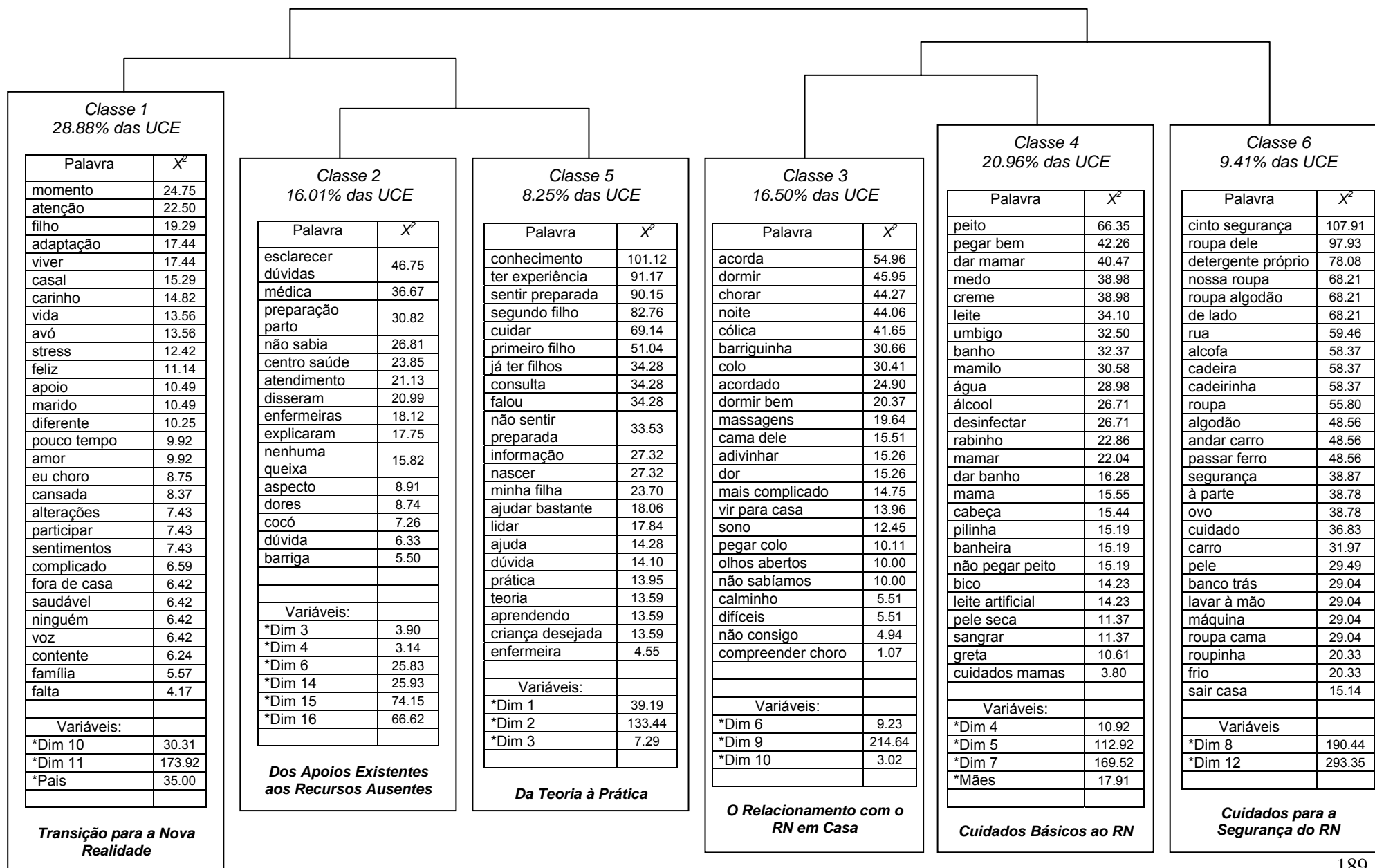
Os resultados obtidos mostram seis categorias temáticas principais, ou classes lexicais, definidas a partir das palavras mais significativas e do respectivo indicador de Qui-quadrado (χ^2), o qual traduz o grau de importância das palavras contidas em

cada uma das classes constituídas. Assim o dendograma da figura nº 7 representa 73.99% das UCE³⁰ iniciais do *corpus* de análise, o que significa que das 819 UCE identificadas, foram analisadas 606.

A **Classe 1 – A Transição para a Nova Realidade** – é constituída por 28.88% das UCE analisadas. As dimensões e os conteúdos que emergem desta classe remetem para o **estabelecimento da relação com o RN** e as **adaptações psicossociais** logo após o parto com factores de influência nas alterações que se centram na puerpera, no casal e na família.

³⁰ As UCE são unidades de contexto elementar e correspondem aos segmentos de texto que são submetidos à classificação descendente hierárquica.

Figura nº 7 – Estrutura das Classes Temáticas: Análise Alceste



Actualmente, como referem Brazelton e Cramer (1993), os pais que compreendem e valorizam as competências do RN, estabelecem com ele diálogos muito ricos, que favorecem um envolvimento afectivo da tríade e consequentemente, o desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo da criança.

Nesta classe surge-nos o estabelecimento da relação com o RN como o processo de vinculação que proporciona contributos muito importantes à relação Pais-bebé (*momento, viver, carinho, vida, voz*). O estabelecimento desta relação está presente nas seguintes *UCE* ou *segmentos de texto*:

(...) eu gostava de sentir o que ele sente quando a gente o acaricia, de maneira que como eu não sei, nunca é demais, acho que é a forma neste momento é de acarinhar e de participar.

É um bebé muito esperto que apesar de ter uma grande ligação comigo, porque qualquer coisa é a mãe, o comer é a mãe, agora ainda é assim, reconhece o pai perfeitamente, acho que sim, que o pai também a consegue acalmar e os avós que moram cá em casa.

A experiência de dar de mamar ao bebé tem sido boa porque a mãe o que prefere é dar leite materno ao seu filho porque acho que é o melhor leite que podemos dar a uma criança é o leite materno.

(...) fala-se, brinca-se, conversa-se, canta-se, dá-se beijinhos, acho muito importante, porque acho que os pais têm que ter, quer dizer, a vida que nós já temos diariamente, nós não temos tempo para nada e acho que estes momentos só se vive uma vez, acho que têm de ser vividos com intensidade, e estes momentos só se pode viver uma vez com eles.

Por outro lado, surge-nos neste contexto temático as adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas **alterações que se centram na puérpera**, onde estão englobadas as alterações emocionais após o nascimento do RN como a labilidade emocional (*stress, feliz, diferente, eu choro, cansada, sentimentos, complicado, contente*) estando em consonância com os vários autores Colman & Colman (1994); Bobak et al. (1999) e Canavarro (2001). Podemos

observar a presença destes sentimentos através das seguintes UCE ou segmentos de texto:

(...) estou tão feliz, claro, estou muito feliz, mas surgem uma mistura de sentimentos, estou feliz, estou contente, estou ansiosa, estou nervosa, estou apreensiva (...)

Não quer dizer que não vá acontecer, não possa ter uma depressãozinha mas até agora não e acho que não porque tenho bastante apoio do meu marido, também acho que é diferente (...)

É uma série de situações assim mas que temos que saber manobrar a situação e dar a volta. Mas é stressante. É uma mistura de sentimentos, é uma mistura de sentimentos muito grande.

Às vezes apetece-me chorar, outras vezes sinto-me feliz. É muito complicado.

As adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas **alterações que se centram no casal** têm essencialmente a ver com o desempenho de um novo papel, o papel parental (*filho, adaptação, stress*), que deve ser conciliado com a vida de casal, e conseqüentemente com o impacto do nascimento do RN na relação com o cônjuge (*momento, atenção, casal, carinho, apoio, marido, pouco tempo, alterações, participar, fora de casa, saudável*) nomeadamente, a falta de tempo para a relação entre o casal e o sentimento de falta de apoio da parte do cônjuge.

Com o nascimento do primeiro filho, cada um dos elementos do casal apercebe-se da nova identidade do outro, deixando de ser apenas marido e mulher, mas também pai e mãe do RN que nasceu. Tomar consciência dos padrões de referência para a formação da nova identidade de cada um dos cônjuges, aceitar a nova identidade do outro e aperceber-se das suas responsabilidades estão associadas ao desempenho dos novos papéis de pai e mãe, ajudando o casal a ganhar confiança e facilitando a adaptação a esses mesmos papeis. As dificuldades na adaptação ao papel parental estão visivelmente assinaladas nas seguintes UCE:

É complicado, porque é uma adaptação muito difícil, apesar de ter experiência, apesar de ter experiência, é uma experiência muito complicada porque o bebé está-se a adaptar, nos também nos estamos a adaptar a ela.

Eu acho que às vezes entro em stress, o querer acalmar, o querer fazer as coisas como deve de ser e sentir que estou a não conseguir, o querer mesmo que o meu marido chegue a casa o mais cedo possível para me ajudar.

(...) isto com outras pessoas a virem falar comigo, a fazerem barulho e não sei o quê, eu sinto que não estou a concentrar-me, não estou com atenção no bebé, ele é que quer, ele é que precisa e começo a entrar um bocado em stress, o que também não ajuda.

Eu sei o que isso é porque eu, infelizmente, também o meu pai foi embora muito cedo e depois tive problemas com a minha mãe e isso afectou-me bastante psicologicamente no meu passado e eu de forma alguma quero, quero transcrever isso para o meu filho.

Nesta última UCE torna-se evidente o assumir a identidade paterna por parte do cônjuge, revivendo a relação com o seu próprio pai, o que está em harmonia com a revisão literária efectuada.

Por outro lado, e em consonância com Canavarro (2001, p. 123):

(...) a transição para a parentalidade é tipicamente acompanhada por uma diminuição geral na satisfação conjugal bem como por uma “regressão” a papeis sexuais mais tradicionais (em que o cuidado das crianças é entregue às mães e os pais são vistos como “adjuntos periféricos”, auxiliares das próprias mães). Sabe-se, por outro lado, que esta “regressão” é muitas vezes “inversão” ou “reversão”, pois mesmo nos casais em que as primeiras fases do relacionamento são pontuadas por uma distribuição de papeis mais igualitária, o nascimento de um filho “empurra-os” de volta a papeis mais tradicionais (...)

Podemos constatar as mudanças a nível da relação com o cônjuge através das seguintes UCE ou segmentos de texto:

(...) tanto pela nossa vida de casal porque alterou imenso. Tive muitas quebras mas tentei sempre ultrapassar isso com a alegria que vinha e neste momento também tem sido isso apesar que sou muito irritadiça facilmente me irrita e expludo.

As alterações em relação ao casal nós éramos namorados, casamos, tem sido um momento, acho que bonito, acho que de extrema intimidade, o mais chegado possível, tem sido saudável.

É muito complicado. E porque depois também não tenho..., por exemplo, o meu marido está fora casa, pronto. E isso deixou-me um pouco fragilizada, limita-me a mim um bocado, preciso de ajuda, ou preciso de carinho dele, ou preciso da atenção dele.

As adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas **alterações que se centram na família** estão relacionadas com o impacto do nascimento do RN na relação com a família alargada, onde ressalta a necessidade de apoio por parte da família alargada (*avó, apoio, ninguém, minha mãe, família, falta*).

O envolvimento da família alargada no apoio aos Pais nesta fase do ciclo de vida está dependente de vários factores, como por exemplo, a proximidade, as expectativas culturais face ao papel de avós. O apoio dos avós pode ter uma influência positiva favorecedora da aprendizagem de competências paternas. A seguinte UCE justifica o que anteriormente referimos:

(...) em termos de outros apoios tem estado cá a minha mãe pontualmente, a família alargada dela estão praticamente todos em Angola, existe uma irmã que está em Lisboa.

Para a emergência desta classe foram preponderantes as variáveis **Afecto e Estimulação do RN** ($\chi^2 = 30.31$) e com maior importância a **Adaptação ao Papel Parental** ($\chi^2 = 173.92$). Nesta classe contribuíram ainda com uma grande preponderância as respostas dadas pelos **Pais** ($\chi^2 = 35.00$).

A **Classe 2 – Dos Apoios Existentes aos Recursos Ausentes** - é representada por 16.01% das UCE analisadas. Os seus conteúdos específicos remetem para a importância dos **apoios existentes no centro de saúde** nesta fase do ciclo de vida e a necessidade do aparecimento de **novos recursos de apoio na comunidade** fundamentais para o equilíbrio familiar quando do nascimento de um filho.

As palavras mais significativas desta classe são as que apresentam o indicador qui-quadrado mais elevado, que são, respectivamente *esclarecer dúvidas, médica, preparação parto, não sabia, curso, centro saúde, atendimento, disseram*,

enfermeira, explicaram, nenhuma queixa, como se pode observar na figura nº 7. Isto remete para a importância da promoção de conhecimentos e competências à mulher grávida e sua família ao longo de todos os estádios da gravidez e nascimento, assim como nas quatro primeiras semanas após o parto, facultando uma adaptação harmoniosa do casal ao seu papel parental.

Actualmente, têm-se dado bastante ênfase aos *Programas de Saúde da Mulher e da Criança* onde tem sido valorizado a promoção de cuidados antecipatórios de modo a facultar os conhecimentos necessários para a aquisição de competências para o autocuidado.

Neste âmbito têm sido ainda, desenvolvidos esforços na comunidade no sentido de promover cursos de preparação para o parto com o objectivo de promover o auto cuidado da grávida face à evolução normal da gravidez, parto e puerpério, dando conhecimentos para lidar com situações geradoras de crise e stress para além de ser um espaço de troca e partilha de experiências com outras grávidas.

Estas intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primários tornam-se fundamentais para a manutenção da saúde e bem-estar das famílias, estando explícitas nos conteúdos desta classe a importância destas linhas programáticas.

Nesta classe surge-nos a importância dos apoios existentes no centro de saúde, onde é valorizada por parte dos Pais a **promoção de saúde** que é efectuada pelo enfermeiro no âmbito da **vigilância de saúde materno-infantil** e no **curso de preparação para o parto**. Esta valorização está expressa nas seguintes UCE ou segmentos de texto:

(...) acho que este centro de saúde é impecável neste aspecto, impecável mesmo, somos muito bem apoiados. Acho que não faltou abordar nada, eu tive hipótese de esclarecer as dúvidas todas e houve bastante insistência a nível da parte da enfermeira em saber se por acaso tinha mais alguma dúvida, se queria perguntar mais.

(...) pronto, elas explicaram esses pormenores todos. Eu comecei a fazer o curso de preparação para o parto, só que depois não tive hipótese e não cheguei ao fim, mas

foi importante porque dá-nos muita informação sobre a preparação para o parto, sobre pós-parto e isso ajuda bastante.

Acho que foi muito bom, o curso deu-me muitos contributos. Aconselho toda a gente a ir, principalmente aquelas pessoas assim talvez como eu, jovens e pensam que ter um primeiro filho é uma coisa normal e que é difícil.

As enfermeiras, acho que fizeram um bom trabalho, que é o de explicar vários pormenores que nós devíamos ter, como por exemplo, como ver a febre, compreender o choro do bebé, se é de fome, se é de dores.

Acreditamos que o apoio dos enfermeiros nesta fase do ciclo de vida é fundamental para a promoção de saúde e do bem-estar do casal. Este apoio deve estar integrado num processo de “acompanhamento” que se inicie durante a gravidez ou idealmente no período pré-concepcional, continuando durante o puerpério e mantendo-se até o casal se sentir ajustado ao seu novo papel.

Apesar da existência destes apoios nesta extensão de saúde, é fundamental uma assistência mais significativa após a alta, até que o casal se sinta seguro e viva esta experiência com o mínimo de dificuldades e o máximo de alegrias. Assim torna-se relevante a solicitação dos Pais para o aparecimento de novos recursos de apoio na comunidade a um nível mais global. Neste âmbito destacamos as UCE que mais ilustram esta necessidade:

Acho que era importante haver, haver áreas especializadas para crianças como também para adultos porque nos descontamos, nos fazemos essas coisas todas. Acho que merecíamos uns cuidados de saúde diferentes, não me queixo da minha médica como já disse, mas a nível geral acho que pronto, merecíamos outras condições.

Existem poucos recursos actualmente, talvez alargar horários nos centros de saúde até às vinte e quatro horas ou então um atendimento complementar até às vinte e quatro horas, ou então podia haver outras instituições de apoio materno-infantil na comunidade para minimizar as idas ao hospital, mais recursos nos serviços que leva a um atendimento de baixa qualidade pela falta de pessoas.

Associada ainda a esta classe está a dimensão **Eliminação do RN** por ser uma variável muito abordada pelos enfermeiros no âmbito da Consulta de Vigilância do RN (*não sabia, enfermeira, explicaram, aspecto, dores, cocó, dúvida, barriga*), onde são promovidos cuidados antecipatórios sobre as dúvidas colocadas pelos pais e explicadas técnicas para uma melhor prestação de cuidados ao RN.

No entanto, salientamos que esta prestação de cuidados de saúde tem um papel que vai além da perspectiva técnica, envolvendo também a relação com a pessoa que é cuidada e sua família.

Como podemos verificar através das seguintes UCE, os enfermeiros são os principais responsáveis por este apoio sentido pelos Pais:

(...) mexer-lhe na barriga, assim, no sentido dos ponteiros do relógio. E como eu disse, a gente vai aprendendo essas coisas assim. Tinha aprendido na preparação para o parto e, no hospital um bebé teve, estava com cólicas e o enfermeiro esteve lá a explicar à mãe como é que se fazia e eu vi como é que era.

(...) mas não, não me assustou porque sabia que ia haver uma alteração, só não sabia como é que era. Só mesmo passando e que a gente vê. Uma coisa é dizerem que o primeiro cocó é esverdeado, e depois passa a ser líquido e amarelado, depois é meio cor de laranja.

(...) as características eu tive que perguntar às enfermeiras, elas disseram que era normal as cores, as fezes escuras.

Pronto, foi só no início, às vezes ele fazia uns barulhitos na barriga dele e, não sei se havia algum problema, alguma coisa, cólicas? Não sei, depois o aspecto do cocó esverdeado, ora cocó amarelo assim líquido com farrapos, não sabia se seria normal aquele cocózinho.

Para a constituição desta classe, tiveram uma grande preponderância as variáveis **Outros Assuntos a abordar na 1ª Consulta de Vigilância do RN** ($\chi^2 = 74.15$) e **Outros Apoios / Recursos na Comunidade** ($\chi^2 = 66.62$), seguindo-se, com uma menor importância as variáveis **Vigilância de Saúde do RN** ($\chi^2 = 25.93$) e a **Eliminação do RN** ($\chi^2 = 25.83$).

A **Classe 3** – *O Relacionamento com o RN em Casa* - é constituída por 16.50% das UCE analisadas. As dimensões e os conteúdos que emergem desta classe remetem para as **dificuldades no cuidar do RN e identificação das suas necessidades** com predomínio de uma das primeiras tarefas dos Pais em aprender a reconhecer os **estados de consciência do RN** que constituem a forma de comunicar do RN com os Pais, de acordo com Brazelton & Cramer (1993).

Após a alta da maternidade, o relacionamento com o RN em casa é uma experiência muito exigente para o casal, pelo confronto com as dificuldades relacionadas com o cuidar do RN (*adivinhar, mais complicado, vir para casa, não sabíamos, não consigo, compreender choro*). Pode-se observar a presença destas **dificuldades no cuidar do RN** nas seguintes UCE ou segmentos de texto:

(...) quando começa a chorar, mas não pára de chorar..., ontem começou de dia, e depois só parou quase à noite, só descansou um bocado após as mamadas, ele tem feito assim quase todos os dias.

Sim, mais ou menos, quando está a chorar, não sei o que ele tem, porque chora, ele já comeu, porque ele chora, tem cólicas eu não sei, faço uma massagem na barriga, mas ele não pára de chorar, chora, chora.

A única dificuldade é em compreender o choro dela, eu não consigo compreender o choro dela. Assim quando chora faço tudo, vejo tudo, vejo se evacuou, vejo se tem de mudar a fralda, vejo se quer comer, etc.

Ele teve um dia ou dois dias em que teve mais tempo acordado, teve assim uns bocados mais desperto durante a noite, não sei se será também um bocadinho de manhã dele.

É assim, eu ainda não consigo compreender o choro, sinceramente, porque é que o puto começa a chorar é que às vezes dá a sensação que são cólicas e eu meto-lhe a mama e não é.

(...) quase porque não sabíamos o que é que havíamos de fazer, quase que bloqueávamos as ideias e tudo, era mesmo mais complicado, depois com o decorrer dos dias a gente começa a adaptar-se mais ao bebé, começámos a estar mais à

vontade com ele, mas mesmo assim aqueles momentos difíceis em que ele continua com eles, não é fácil.

Agora as noites estamos a tentar que ela consiga dormir durante a noite como deve de ser, na cama dela, sossegadinha aquelas horas. Assim, tentamos alterar o horário dos banhos porque o banho desperta-a, mas nós não sabíamos até experimentarmos quando é que damos banho.

Apesar dos conhecimentos já adquiridos, durante a gravidez e após o nascimento do RN, é necessário ocorrer um ajuste às características do RN e à satisfação das suas necessidades em cada momento.

Inicialmente, como os Pais ainda não conhecem bem o seu bebé, poderão surgir dificuldades na identificação das suas necessidades, na medida em que ainda não se estabeleceu entre eles um verdadeiro padrão de comunicação (Maldonado, 1982).

Segundo Russo (2000), o RN e os Pais vão começar por estabelecer uma comunicação, que será, desde o primeiro momento, influenciada pelas competências do bebé. Os Pais iniciam aqui um processo de aprendizagem da linguagem do bebé, através do seu comportamento, estados de consciência, da actividade motora e capacidade de concentração.

O RN apresenta seis **estados de consciência** e os seus nomes correspondem aos seus níveis de disponibilidade. *“Estes estados vão desde o sono profundo ao sono leve, de um estado de alerta caracterizado por uma grande disponibilidade até ao estado de irritação, a que se segue o de choro, de difícil acessibilidade”* (Brazelton & Cramer, 1993, p. 79).

O reconhecimento dos diferentes tipos de choro da criança permite aos Pais identificar algumas das suas necessidades e ir compreendendo qual a melhor forma de lhes dar resposta. Brazelton e Cramer (1993) defendem que poucos dias após o parto, a mãe já consegue responder aos ritmos do bebé, começando a conseguir diferenciar as razões para o choro. A aprendizagem gradual que a mãe vai realizando acerca dos ritmos do seu bebé, acerca da forma de se relacionar com ele

e, da relação entre os cuidados que lhe presta, vão facilitar a interacção entre eles e aumentar a auto-estima da mãe.

As próximas UCE demonstram a aprendizagem efectuada pelos Pais como prestadores de cuidados do seu filho, percebendo através das respostas comportamentais do RN as suas necessidades:

Durante o dia ela dorme bem, porque lá está somos todos diferentes. Tem aquelas horas em que se aguenta a dormir, outras vezes está acordada mas não está rabugenta, esta a admirar a claridade.

Durante o dia dorme, acorda, come e os períodos de sono são mais ou menos de duas horas, três horas. Aquele período em que ele está mais acordado é a partir das oito e meia, nove horas da noite que é para ele depois descansar um bocadinho mais à noite.

Se ele tiver que fazer cocó uma vez ou duas vezes por dia, então aí é quando eu faço uma massagem na barriguinha, faço flexões com as perninhas para ele fazer mais, mas não detecto assim cólicas.

Era capaz de dormir o dia todo e a noite toda. Agora não, ele desde segunda-feira já está mais esprevidado. Já está mais tempo com os olhos abertos, já palra um bocadinho mas quando vir para casa se eu não o acordasse ele era capaz de dormir o dia todo e a noite toda.

Mas adormece ao colo, na cama dele não consegue. Eu acho que ele deve estar mesmo habituado a isso. Eu já o consigo perceber perfeitamente e a birra de sono dele. Ele faz mesmo birra de sono, quando ele quer dormir, compreendo o choro perfeitamente, irritado, parece que fica irritado. Pego-lhe ao colo e faço-lhe festinhas.

Esta classe teve na sua formação uma maior contribuição da variável **Sono e Repouso do RN** ($\chi^2 = 214.64$) e com uma menor importância contribuiu a variável **Eliminação do RN** ($\chi^2 = 9.23$).

A **Classe 4 – Cuidados Básicos ao RN** - é representada por 20.96% das UCE analisadas. Está associada aos **cuidados básicos do RN**, especificamente a **amamentação** e os **cuidados de higiene e conforto**. Os conteúdos centrais desta

classe referem-se às **dificuldades que se centram no RN** na prestação destes mesmos cuidados e às **dificuldades que se centram nas puérperas**, relacionadas com as mamas (tensão mamária, ingurgitamento, dor) e com os mamilos (fissuras, gretas).

As palavras mais significativas desta classe são as que apresentam o indicador de qui-quadrado mais elevado, que são, respectivamente *peito, pegar bem, dar mamar e leite*, como se pode observar na figura nº 7. Isto remete para a amamentação do RN, como um processo dinâmico que sofre alterações à medida que a mãe e o RN se vão conhecendo e aperfeiçoando.

Ferreira (1996), afirma a existência de uma relação entre a postura materna durante a amamentação e a do RN, porque a mãe e RN vão alterando a sua postura à medida que se adaptam um ao outro.

A mãe necessita de aprender a interagir com o seu filho, a interpretar os sinais e sintomas de fome ou de saciedade, a ajudá-lo a adaptar-se à mama para que consiga mamar eficazmente. O RN, por sua vez, necessita de aprender a associar a mama ao alimento e, a coordenar a introdução do mamilo e auréola na boca com a sucção e a deglutição (Afonso, 1999).

As primeiras experiências de amamentação com um RN requerem atenção especial e a presença do enfermeiro, principalmente quando se trata de uma primípara, devido à dificuldade natural em o efectuar, provocando muitas vezes o aparecimento de dores nos mamilos resultantes da maceração ou fissuras nos mamilos sendo a causa mais comum a forma como o RN adapta a sua boca à mama da mãe. No entanto, a maior parte das dificuldades em relação às mamas surgem habitualmente entre as 48 e 72 horas após o parto, quando se dá a *descida do leite*.

Neste período de transição do colostro para o leite, coincide muitas vezes com a alta da maternidade e com todos os desconfortos que lhe estão associados, levando a mulher a substituir total ou parcialmente o aleitamento materno pelo artificial ao fim de pouco tempo.

Pode-se observar a presença destas **dificuldades relativamente à puérpera** relacionadas com as mamas e com os mamilos nas seguintes UCE ou segmentos de texto:

(...) eu lá no hospital mandaram-me se eu pudesse, para comprar os bicos de silicone, foi logo que eu comecei a gretar, só depois é que comecei a sangrar e como eu comecei a gretar, elas mandaram-me por os bicos de silicone.

Aliás, foi logo nos primeiros dias de eu ir para casa. E como eu estive a sangrar do peito, lá no hospital, então elas mandaram-me estar um dia de repouso, para não dar peito, para lhe dar leite adaptado.

Dou-lhe só um bocadinho do leite artificial mas é pouco, dou-lhe de madrugada mas dou de mamar primeiro. É só para ele dormir satisfeito. Tive aquelas dificuldades das gretas e ele às vezes não pegava bem na mama, mas depois quando ele começou a pegar bem na mama e com força demais.

Na maternidade deram-me um creme específico para as gretas, apesar que ela não gosta do creme, prova aquilo e não quer comer. Então depois optei por comprar outro creme e uso um género duns discos que são arejados por cima que é para o bico secar.

Se a puérpera estiver devidamente informada e esclarecida sobre este processo de *descida do leite*, souber quais os cuidados mamários a efectuar para prevenir os desconfortos mamários e mesmo algumas complicações, irá contribuir para que a **amamentação** seja vivida como um momento de bem-estar, gratificante para a mãe e para o filho. As seguintes UCE demonstram exactamente o referido anteriormente:

(...) foi então que ele me conseguiu, só ele é que me podia esvaziar, eu nem com a bomba eu conseguia puxar o leite. Comecei também no banho a massajar com água morna, assim à volta do peito e começou-me logo a correr leite.

Retiro com a minha mão no banho, a água quente a passar em cima do peito e eu vou espremendo e ele sai lindamente, e só assim é que ela depois consegue pegar bem.

Ele porque está a mamar e eu porque estou bem posicionada para ele. O pai gosta de ver a dar de mamar, fala com ele, dá-lhe muitos beijinhos. O pai, por acaso, sempre

que ele pode ajuda-me. Depois de dar de mamar, lavo o peito. Antes, quando ele está muito duro, eu costumo lavar um bocadinho com água morna e passar, fazer a massagem que é para ele chegar aqui e começar logo a sair leite.

Agora até gosto mais de lhe dar de mamar deitada (...). Quando lhe estou a dar de mamar, venho aqui para o quarto, deito-me confortavelmente e ele chora um bocadinho porque está cheio de fome e depois puxo-o para ao pé de mim, dou-lhe de mamar e estamos os dois satisfeitos.

A pouca ou nenhuma experiência no cuidar de RN, provoca muitas vezes sentimentos de medo em mexer ou segurar no RN e ainda **dificuldades na prestação de cuidados de higiene ao RN** (*medo, umbigo, banho, água, álcool, desinfectar, cremezinho, rabinho, dar banho, cabeça, pilinha, banheira*). O desconhecimento das características físicas do RN, desde as características da pele, às variações de peso nos primeiros dias, ao processo de cicatrização do coto umbilical, às características das fezes, entre outras, são factores que contribuem para estas dificuldades. Estas dificuldades encontram-se reveladas nestas UCE ou segmentos de texto:

Digo mesmo, tenho medo, ainda tenho medo de lhe dar banho (...)

O banho, dar-lhe banho, o pegar e não deixar cair, o medo de cair, que ela caísse.

Para Ferreira (1996, p. 120), *“a enfermeira deve estimular a mãe a cuidar do bebé durante a permanência na maternidade, (...), devendo aceitar os seus receios e valorizar as suas habilidades, (pois) só deste modo ela irá minimamente preparada no regresso a casa”*.

É importante que o enfermeiro transmita e reconheça a capacidade dos Pais para cuidarem dos seus filhos, pois o aumento da auto-estima, a estimulação da motivação e a acreditação das suas competências irá permitir aos Pais sentirem-se mais seguros nas suas capacidades e na conquista da autonomia para cuidar do RN. O sentido deste desejo de autonomia e segurança na capacidade para cuidar do RN é expresso nas seguintes UCE:

(...) eu esfrego um bocadinho, para que ela se sinta confortável antes de lhe por a fraldinha e de lhe desinfectar o umbigo porque ela chora muito e fica muito tensa.

Ela estava sempre a chorar e nós agora temos uma técnica e enquanto eu estou com a esponja a dar banho, o pai está por cima a deitar gotas de água, pegou e ela acalma imenso.

(...) ponho ainda o halibut no rabinho e na parte da pilinha. Em relação ao umbiguinho ele caiu muito cedo e conseguia limpar bem, sim, até fazia cada muda de fralda (...) eu desinfectava com álcool e depois punha uma compressa (...)

E depois lavo a cabeça, limpo e depois lavo o resto do corpo, depois lavo o resto do corpo, depois tenho estado a por um cremezinho, porque ele tinha a pele seca, parecia uma cobrazinha.

Esta classe está marcada pelas respostas das **Mães** ($\chi^2 = 17.91$), sendo estas as principais prestadoras de cuidados ao RN. No período neonatal não existem grandes diferenças entre os progenitores, ambos podem ser igualmente competentes na prestação de cuidados ao RN, no entanto as mães estão naturalmente mais disponíveis para a criança do que os pais.

Segundo Ramos (2004b, p. 196-197)

(...) os estilos de comunicação materno e paterno diferenciam-se e complementam-se. (...) O estilo materno é mais calmo, mais intelectual e “pedagógico”, caracterizando-se por uma tendência a vocalizar, a cantar, a acariciar a criança, a explicar e a apresentar objectos. O estilo paterno é mais físico, mais estimulante e “ousado” e menos visual do que o das mães, caracterizando-se por uma tendência a agitar a criança, a abaná-la, a tocá-la mais fisicamente, a interagir de uma forma lúdica, rítmica, divertida e destabilizadora..

As mães valorizam mais o falar e o cantar, como forma de acalmar o choro do RN, colocam mais o bebé perto do seu seio ou do seu rosto, mantendo o rosto da criança voltada para o interior. Os pais têm uma aproximação mais táctil e com mais movimentos, sobretudo verticais, segurando no RN mais alto, colocando o rosto da criança entre o seu ombro e a sua cabeça, virada mais para o exterior (Ramos, 1990, 1993, 2004b).

Na constituição desta classe existe uma grande preponderância das variáveis **Alimentação do RN** ($\chi^2 = 112.92$) e **Higiene e Conforto do RN** ($\chi^2 = 169.52$) e com menor contribuição, a variável **Dificuldades/Dúvidas dos Pais na prestação de cuidados ao RN** ($\chi^2 = 10.92$).

A **Classe 5**, é aquela que menos expressividade tem, uma vez que concentra apenas 8.25% das UCE analisadas, e foi designada por - *Da Teoria à Prática*. O vocabulário específico desta classe relaciona a **preparação dos Pais** para cuidar do RN com os **conhecimentos adquiridos previamente**, nomeadamente através da experiência vivenciada com o primeiro filho e dos conhecimentos adquiridos durante a gravidez e no período pós-parto.

As palavras *conhecimento, ter experiência, sentir preparado, segundo filho, cuidar, primeiro filho, já ter filho* são as que apresentam um valor de qui-quadrado mais elevado deste contexto temático, o que traduz a sua importância no contexto desta classe. Neste sentido, a ideia da preparação requer sobretudo um conhecimento prático, já adquirido aquando da primeira experiência parental.

Ao contrário das primíparas, a experiência de um primeiro filho facilita a adaptação ao papel parental e promove sentimentos de segurança e autonomia na prestação de cuidados ao RN, sendo vivenciada com mais calma e tranquilidade (Boback et al., 1999). As UCE que aqui apresentamos, relativas aos sentimentos de preparação dos Pais para cuidar do RN, justificam a importância da experiência do primeiro filho como factor estabilizador na adaptação ao papel parental:

Sinto-me preparada para tudo. Sim, porque já é o segundo filho e já tenho experiência da minha filha (...)

Sim, já tenho experiência, já tenho um filho de 6 anos, já tenho alguma experiência, claro que há sempre coisas que nos vão novamente suscitar dúvidas, parece que não sabemos mas no segundo filho estamos sempre mais preparados, estamos sempre muito mais meigos.

Tenho a certeza que estou preparado porque foi uma criança desejada e já tenho a experiência de um primeiro filho com dezasseis anos, não é novidade para mim, claro que há sempre novidades primeiro que tudo (...)

(...) vou-me lembrando o que aprendi com ela, ajuda bastante porque algumas dúvidas que tive com o primeiro filho, já não tenho com o segundo, por exemplo, as cólicas, já tenho mais paciência, com o primeiro ficava mais enervada, também o banho, tudo, todos os cuidados.

Ah, fico mais segura, como tenho experiência do primeiro filho, fico mais segura para o segundo filho, quando é novidade a pessoa fica com receio, receios que eu acho que sejam normais porque há sempre novidades, há sempre dúvidas, mas ajuda, ajuda bastante, se bem que ela esta a ser mais difícil que o irmão.

No entanto a inexperiência parental revelada na aplicação prática dos conhecimentos teóricos apreendidos durante a gravidez, através das consultas de saúde materna, o curso de preparação para o parto ou mesmo através das leituras relativas à relação e aos cuidados ao bebé, também foram verbalizados por alguns dos Pais:

(...) tenho informação, mas por exemplo eu fiz o curso de preparação para o parto, acho que foi, foi muito útil porque me senti preparada para o parto. A enfermeira deu-me umas luzes, técnicas de respiração, técnicas de descontração, ela falou sobre dar o banho e da amamentação, mas aí, foi como eu disse, foi mesmo teoria, eu gostei de ouvir mas não me sinto preparada.

(...) também nas consultas, a enfermeira dá-nos sempre a informação do que é que nós deveríamos fazer, o que é que ia acontecer. Portanto, primeiro o conhecimento e depois a prática, que vem ajudar nalguma dúvida, ou através da consulta ou através da leitura e pronto, e já se associa uma coisa à outra.

(...) tenho informação mas não me sinto preparada, pronto, já sei fazer na teoria mas agora vou ver na prática como é que é.

As acções de promoção de saúde desenvolvidas nos Centros de Saúde e na maioria das Maternidades têm como finalidade proporcionar orientação de acordo com as necessidades de cada puérpera e RN. No entanto, num estudo fenomenológico realizado com primíparas, Ferreira (1996, p. 120) salienta que as informações sobre os cuidados de promoção de saúde desenvolvidas nos Centros de Saúde, são fundamentalmente teóricas, e no confronto com o *bebé real*, ao qual é necessário

prestar cuidados, os Pais experimentam sentimentos de insegurança, ansiedade e medo, referindo que *“uma coisa é a teoria, outra é a prática”*.

Estas preocupações verbalizadas pelos Pais traduzem a necessidade da implementação da visita domiciliária à família após a alta da mãe e filho da maternidade, sendo este um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, o que no nosso país ainda é uma prática pouco desenvolvida e que carece um planeamento sistemático. Acreditamos que pode contribuir para a efectivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde, levando assistência e orientação na saúde das famílias.

De acordo com os conteúdos apresentados, esta classe esteve sobretudo associada à variável **Preparação para Cuidar do RN**, apresentando um qui-quadrado elevado ($\chi^2 = 133.44$) e com menor preponderância esteve a variável **Presença de Conhecimentos para Cuidar do RN** ($\chi^2 = 39.19$).

Por fim, a **Classe 6** é representada por 9.41% das UCE analisadas e foi denominada por – *Os Cuidados com a Segurança do RN*. O tema principal desta classe, como o próprio nome indica, refere-se à **segurança e prevenção de acidentes do RN**, tendo associada a componente da prestação de cuidados.

Nesta classe, são as palavras *cinto segurança, roupa dele, detergente próprio, roupa algodão, de lado, rua, alcofa/cadeirinha, segurança e cuidado*, as que maior relevância tem, pois apresentam um qui-quadrado mais elevado. Ou seja, a grande preocupação passa pela adopção de medidas de segurança para reduzir o risco de acidentes na prestação de cuidados ao RN.

As medidas de segurança enunciadas passam pelos cuidados com a roupa do RN, o transporte em alcofa/cadeira e em automóvel e o posicionamento ao deitar. As seguintes UCE são representativas de algumas destas medidas, nomeadamente em relação aos cuidados com a roupa do RN:

(...) lavo a roupa dele separada da nossa roupa e ponho na máquina com programas mais suaves que os programas usuais (...). Na roupa da cama também tenho estes cuidados.

(...) lavo sempre à mão com água e sabão especial, sabão de seda, e lavo sempre à parte da nossa roupa.

Relativamente ao vestuário, tenho usado roupa de algodão porque eles têm a pele sensível (...). Lavo à mão a roupinha deles, em separado e com um detergente próprio para crianças.

Os cuidados no transporte do RN em alcofa/cadeirinha e no automóvel verificam-se nas UCE abaixo citadas:

(...) quando saímos à rua temos aquela cadeirinha, quando andamos de carro, vai no banco de trás sempre com o cinto de segurança. Na rua ou se leva ao colo ou vai também dentro da cadeira sempre com aquele cinto que a cadeira tem.

Quando vamos à rua transportamos o bebé num ovo e sempre com o cinto de segurança porque ele ainda é pequenino.

O bebé vai sempre na cadeirinha com o cinto de segurança, sempre, sempre. O cinto de segurança está preso à cadeira e bem encaixado. Tem uma capa própria por cima por causa do sol e eu ainda ponho uma fralda.

Tal como foi referido, estão ainda evidenciados nesta classe os cuidados no posicionamento ao deitar do RN, como fica explícito nas seguintes UCE:

Normalmente a posição de dormir é de lado, embora ele às vezes ele também se vire de barriga para cima.

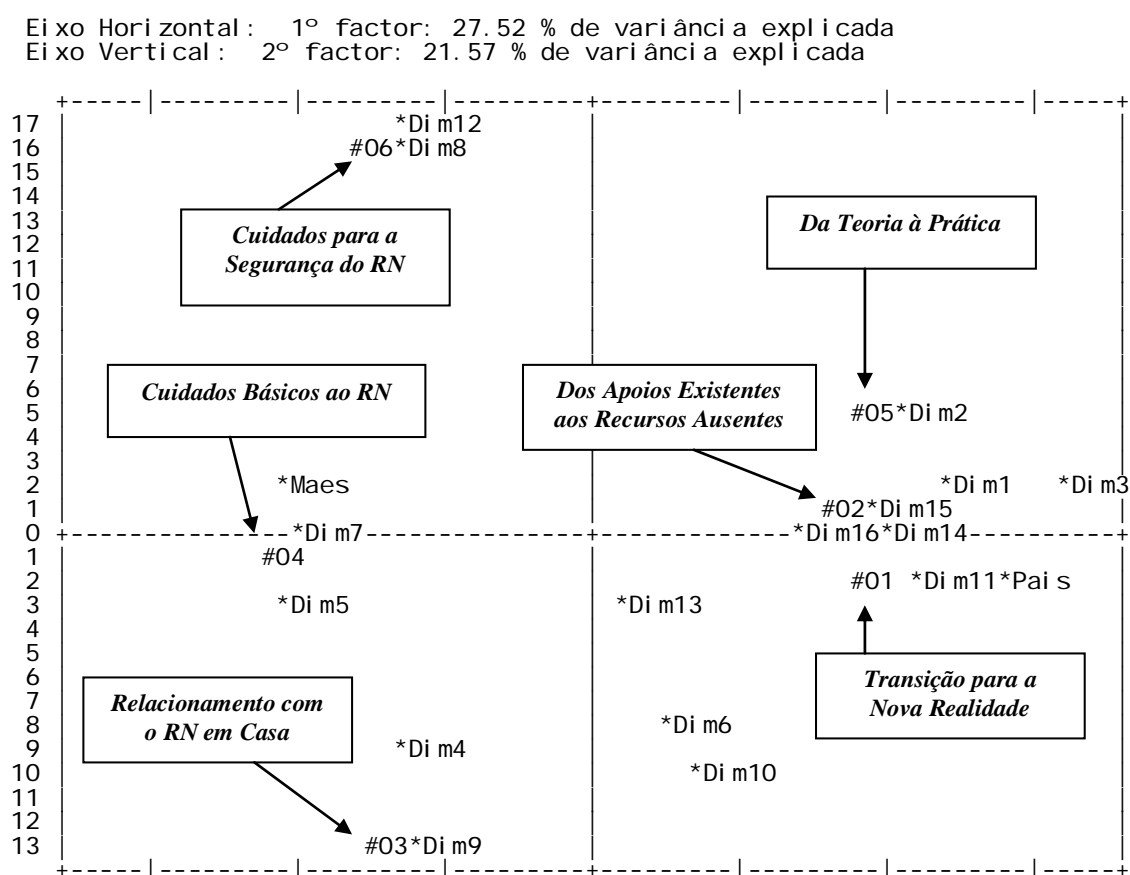
Sempre li que os bebés devem estar de lado ou de barriga para cima para não asfixiar.

Esta classe teve na sua formação uma maior contribuição da variável **Segurança e Prevenção de Acidentes** ($\chi^2 = 293.35$) e com uma menor importância contribuiu a variável **Vestuário do RN** ($\chi^2 = 190.44$).

A análise dos conteúdos das classes lexicais permitiram identificar as principais dimensões temáticas que emergiram a partir das variáveis-estímulo incluídas nas entrevistas efectuadas com os Pais.

Seguidamente iremos proceder à análise da projecção factorial das classes, das variáveis-estímulo (as 16 dimensões iniciais da entrevista) e das variáveis grupais em estudo (pais e mães). A análise factorial de correspondências respeita à segunda fase principal da análise Alceste, permitindo examinar o posicionamento e as principais relações de proximidade e de dissociação que são estabelecidas entre esses elementos.

Figura nº 8 – Projecção Factorial das Variáveis e das Classes



O plano factorial gerado, representado na figura nº 8, é constituído pelos primeiros dois factores que organizam os conteúdos das seis classes lexicais. Estes factores correspondem a aproximadamente 50% da variância explicada, o que significa dizer, que permitem explicar cerca de 50% da variabilidade dos nossos resultados. O primeiro factor refere-se ao eixo horizontal, tendo associada 27.52% da variância explicada. O segundo factor diz respeito ao eixo vertical e explica 21.57% da variância.

O primeiro factor (eixo horizontal) mostra uma polarização entre dois agrupamentos de classes, e as respectivas dimensões iniciais: do lado esquerdo do plano surgem associadas as Classes 3 – *O Relacionamento com o RN em Casa*, 4 – *Cuidados Básicos ao RN*, e 6 – *Cuidados para a Segurança do RN*, as quais objectivam os diferentes cuidados prestados ao RN pelos Pais, bem como as suas principais dificuldades na prestação desses mesmos cuidados; do lado direito do plano surgem associadas as Classes 1 – *Transição para a Nova Realidade*, 2 – *Dos Apoios Existentes aos Recursos Ausentes*, e 5 – *Da Teoria à Prática*, remetendo para os apoios e os conhecimentos necessários para o melhor desempenho das funções parentais, numa fase de transição marcada pelas adaptações psicossociais de ambos os progenitores. Esta polarização revela duas facetas diferenciadas sobre os aspectos da parentalidade, nomeadamente aqueles que estão directamente relacionados com a prestação de cuidados ao RN, e onde se incluem as dificuldades inerentes a esse processo, e por outro lado, todas as vivências que permitem apoiar e suportar uma melhor adaptação dos Pais, desde a fase da gravidez até à fase inicial dos novos papéis parentais. Aqui surgem todos os conhecimentos, informação e apoios que podem ser adquiridos e integrados ao nível das experiências dos parceiros, para além das próprias transformações que o RN vem provocar ao nível do relacionamento em casal.

Os conteúdos associados ao domínio dos cuidados prestados ao RN remetem para a identificação dos vários momentos de prestação de cuidados ao RN, nomeadamente a prestação de cuidados que visam a segurança e a prevenção de acidentes do RN (dimensões 8 e 12); a prestação de cuidados básicos ao RN, especificamente a amamentação e os cuidados de higiene e conforto (dimensões 5 e 7) e as dificuldades no cuidar do RN com identificação das suas necessidades (dimensões 4 e 9).

Os conteúdos associados aos domínios dos apoios, dos conhecimentos e das adaptações psicossociais assinaladas nesta fase de transição para a parentalidade, remetem para a preparação dos Pais para cuidar do RN com os conhecimentos adquiridos (dimensões 1, 2 e 3); para a importância dos apoios existentes nos centros de saúde, através da promoção de saúde materno-infantil, e a necessidade de uma maior assistência no período pós-parto (dimensões 14, 15 e 16); e para as

adaptações psicossociais vivenciadas pelos Pais na transição para a parentalidade associada ao estabelecimento da relação com o RN (dimensão 11). As dimensões 6 e 10, relativas à Eliminação do RN e Afecto e Estimulação, distribuem-se entre as classes 2 e 3, e 1 e 3, respectivamente, mas surgem mais associadas às classes situadas no plano da direita (1 e 2). Este posicionamento de proximidade centra-se em torno das dificuldades de eliminação do RN e do trabalho de estimulação que os Pais desenvolvem nesta área, de modo a minorar o sofrimento (as cólicas) e o choro do bebé. No entanto essas actividades também permitem fomentar dimensões vinculativas entre o RN e os seus Pais.

Através da figura nº 8 podemos verificar ainda que neste primeiro factor, as variáveis grupais posicionam-se em pólos distintos, estando as mães associadas ao domínios dos cuidados prestados ao RN e os pais associados ao domínio dos apoios, dos conhecimentos e das adaptações psicossociais assinaladas nesta fase de transição para a parentalidade. Este resultado mostra uma associação privilegiada entre os cuidados básicos e a esfera de acção materna, na medida em que os pais se afastam para o plano oposto, incidindo sobretudo em aspectos de apoio à mãe e ao RN e no desenvolvimento de relações afectivas com os seus filhos(a)s.

O segundo factor corresponde ao eixo vertical e mostra alguns aspectos particulares sobre os resultados do primeiro plano. Concretamente, observa-se uma linha de diferenciação ao nível das dimensões de cuidados ao RN. A polarização principal que emerge neste eixo distingue a Classe 3 – *Relacionamento com o RN em Casa* – e a Classe 6 – *Cuidados para a Segurança do RN*. Isto significa que as inseguranças e as dificuldades que emergem em interligação com o cuidar do RN em casa são perfeitamente distintas da prestação de cuidados de segurança relacionados com o transporte (em alcofa/cadeira e no automóvel), o posicionamento ao deitar e o vestuário do RN. Esta oposição sugere uma diferenciação entre dimensões de cuidado onde existe uma maior segurança e autonomia (Classe 6) e outras onde as dificuldades e receios ainda são uma tónica dominante (Classe 3) nas vivências dos Pais.

As dimensões 6 e 10 (Eliminação do RN e Estimulação e Afecto), embora se distribuam por classes diferentes, aproximam-se sobretudo do domínio das

dificuldades parentais. As dúvidas inerentes ao processo de eliminação e as próprias dificuldades de eliminação do RN constituem factores geradores de insegurança e ansiedade para os progenitores. Tal como já foi referido, a estimulação e os afectos também emergem nestes períodos de dificuldade, de modo a minimizar o sofrimento manifestado pelo RN. Os Pais tentam estimular o seu bebé com massagens e movimentações específicas, mas também ao nível do carinho e do afecto.

As restantes dimensões posicionam-se sensivelmente ao centro do eixo e encontram-se principalmente associadas ao 1º factor. Contudo, é possível observar algumas correspondências temáticas que aproximam as classes e dimensões que estão localizadas na zona central do plano vertical (Classes 1, 2, 4 e 5).

Concretamente, observa-se uma associação entre as dimensões relativas aos cuidados básicos do RN e os factores que estão na base dos conhecimentos, informações e apoios/recursos disponíveis. Por outras palavras, é através dos esclarecimentos e informações que vão sendo adquiridos ao longo da gravidez e também no pós-parto (no hospital e nos centros de saúde), que as mães e pais (sobretudo as mães) vão desenvolvendo as suas competências ao nível dos cuidados de higiene/conforto e alimentação. Por outro lado, as experiências parentais anteriores e o apoio familiar também são dimensões directamente relacionadas com as vivências e aprendizagens deste tipo de cuidar. A transição para essa nova realidade centra-se essencialmente nos aspectos e necessidades básicas do bebé, não só nas próprias vivências dos pais com o RN, como no plano do casal, pois são essas novas rotinas e horários que passam a condicionar a vida a dois.

Para terminar, acresce referir que a dimensão 13 (Sexualidade do RN) surge posicionada quase no centro do plano, pois não estabelece nenhuma associação particular com qualquer das 6 classes apuradas. Isto significa que este tema não assume relevância para o Pais, pelo menos ao nível da produção discursiva, já que a sua elaboração na situação de entrevista foi praticamente inexistente.

Os resultados apresentados vieram contribuir para uma compreensão mais alargada sobre a natureza e a organização temática dos conteúdos que emergiram a partir das dimensões das entrevistas. Através dos dois procedimentos foi possível

examinar os temas principais que foram mobilizados em torno das 16 dimensões e analisar as suas principais relações. Para além disso, também foi possível identificar aspectos diferenciadores entre os discursos e vivências das mães e dos pais.

2.1. A Promoção de Cuidados Antecipatórios na opinião dos Pais

Os dados que emergiram da Entrevista referentes à opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios que é realizada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN, mostram que 63,6% dos Pais consideram que é “*Bastante Adequada*” e 36,4% “*Muito Adequada*”.

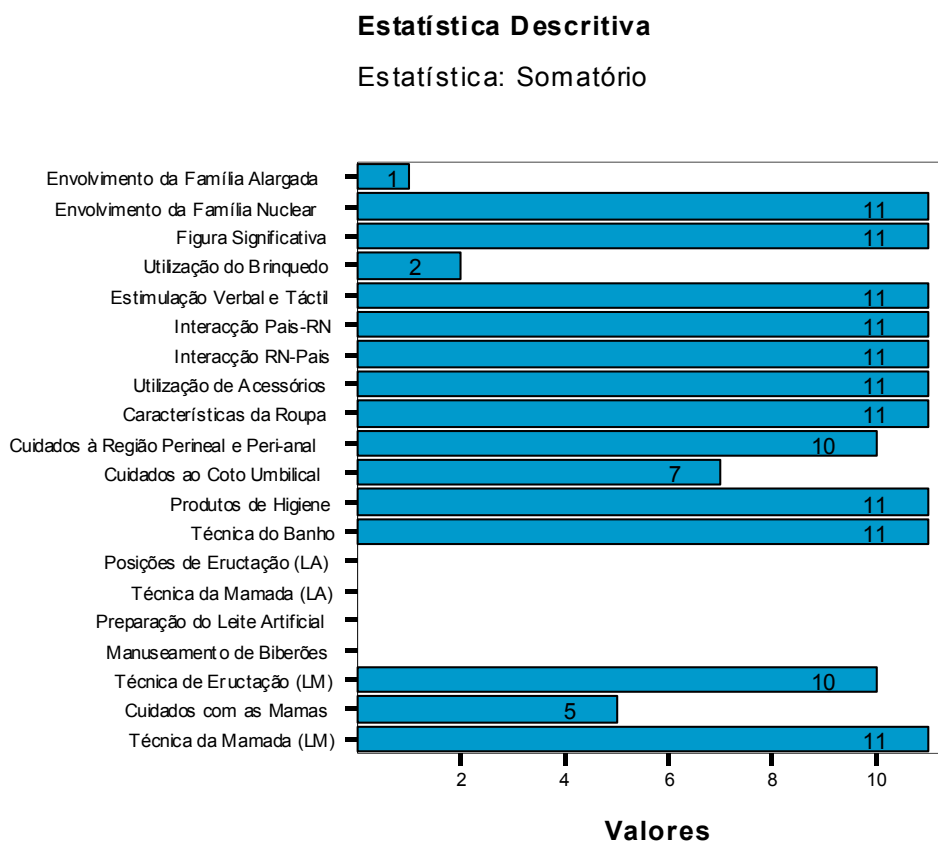
Os Pais atribuem uma grande importância à Vigilância de Saúde do RN realizada em contexto dos cuidados de saúde primários porque orienta na avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN, dá informação/orientação sobre os cuidados a prestar e ajuda no esclarecimento de dúvidas.

3. O «Estado da Arte» do Cuidar dos Pais

Dos RN/Pais que participaram no estudo, conseguimos filmar em meio natural, a totalidade da população no desempenho das suas funções parentais tendo em conta as cinco (5) dimensões consideradas: *Alimentação do RN; Higiene e Conforto do RN; Vestuário do RN; Afecto e Estimulação e Adaptação ao Papel Parental*. Das dimensões consideradas foram definidas à priori vinte (20) categorias de observação que foram analisadas através da visualização dos filmes.

Os resultados obtidos neste estudo referentes às categorias de observação serão apresentados de forma descritiva no gráfico nº 7. Este pretende mostrar o somatório das categorias observadas, número de observações e a respectiva frequência das categorias observadas.

Gráfico nº 7 – Somatório das Categorias Observadas (N=11)



Podemos verificar através do gráfico nº 7, que das vinte (20) categorias que nos propusemos observar à priori, não foram observadas as categorias do *Aleitamento Artificial*. Em relação às restantes categorias de observação podemos verificar que não foram realizadas pela totalidade dos Pais, nomeadamente as categorias: *Cuidados com as Mamas*; *Técnica de Eructação*; *Cuidados com o Coto Umbilical*; *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal*; *Utilização do Brinquedo* e por último não foi verificado o *Envolvimento da Família Alargada* na maioria dos RN/Pais.

Na dimensão **Alimentação do RN**, representada pelas seis (6) primeiras categorias observadas, podemos constatar através da visualização dos filmes, que a totalidade dos RN foram alimentados ao peito, motivo pela qual não se observou as categorias do *Aleitamento Artificial*. Das onze (11) mães que alimentaram os RN ao peito, seis (6) não executaram os cuidados às mamas e uma (1) não colocou o RN a arrotar após a mamada.

Relativamente à *Técnica da Mamada* e sua *adequação*, tendo em conta os critérios definidos para avaliação da prática de cuidados observada, verificámos que 45,5%

das mães apresentaram uma *técnica da mamada “muito adequada”* porque efectuaram a totalidade dos critérios observados de forma correcta, nomeadamente, a posição da mãe e do RN durante a amamentação foi confortável, o RN efectuou uma boa pega à mama da mãe, a retirada da mama da boca do RN foi correcta e o meio envolvente foi calmo e tranquilo, proporcionando um ambiente propício para o estabelecimento do vínculo afectivo. As restantes 54,5% das mães apresentaram uma *técnica da mamada “adequada”* porque não cumpriram a totalidade dos critérios, essencialmente relacionado com a postura materna durante a amamentação, visualizando-se estas mães numa posição desconfortável, sentadas no bordo da cama ou da cadeira sem qualquer apoio das costas e braços.

Em relação aos *Cuidados com as Mamas*, como já referido anteriormente seis (6) mães não efectuaram nenhum cuidado às mamas, no entanto as restantes mostraram apresentar competências na prestação deste cuidado, fazendo-o de modo “muito adequado” porque cumpriram a totalidade dos critérios observados, nomeadamente efectuaram os cuidados antes e após as mamadas e utilizaram soutiens apropriado. Não se visualizou cuidados específicos face à presença de problemas nas mamas das mães porque estas não apresentaram qualquer tipo de problemas mamários.

A *Técnica de Eructação* foi observada em dez das filmagens, tendo sido efectuada de forma “muito adequada” porque os Pais utilizaram uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN.

Fazendo uma triangulação entre os dados resultantes dos outros instrumentos, podemos concluir que, os Pais numa fase inicial manifestam algumas dificuldades na amamentação do RN, relacionadas com a postura e adaptação à mama. Quando recorrem ao centro de saúde, nomeadamente à 1ª Consulta de Vigilância do RN, já trazem alguns conhecimentos que são observados pelos Enfermeiros, no entanto na visualização dos filmes verificámos que os Pais apresentam estas competências interiorizadas, não demonstrando dificuldades na alimentação do RN.

Na dimensão ***Higiene e Conforto do RN***, representada pelas suas quatro (4) categorias (*Técnica do Banho; Produtos de Higiene; Cuidados ao Coto Umbilical e*

Cuidados à Região Perineal e Peri-anal), verificámos que quatro (4) dos Pais não efectuaram os cuidados ao coto umbilical do RN e um (1) não prestou cuidados à região perineal e peri-anal.

Em relação à *Técnica do Banho* e sua adequação os Pais apresentam algumas dificuldades, fazendo-o de modo “*muito adequado*” e “*adequado*” em 36,4% respectivamente e “*pouco adequado*” em 27,3% das observações. A adequação destes cuidados prende-se com vários critérios observados, sendo que os Pais que efectuaram uma técnica do banho “*muito adequada*”, efectuaram a preparação prévia de todo o material necessário para o banho do seu filho, a temperatura ambiente era adequada, utilizaram uma banheira e esponja macia para fazer a higiene do RN, verificaram a temperatura da água antes de colocar o RN na banheira efectuando a sua imersão na água do banho, a sequência do banho foi a correcta, assim como seguraram correctamente no RN e prestaram os cuidados à face do RN com soro fisiológico. Os Pais que efectuaram uma técnica do banho “*adequada*”, não cumpriram todos os critérios referidos, nomeadamente, a sequência do banho ao RN foi incorrecta, não prestaram os cuidados à face do RN com soro fisiológico e não imergiram o RN na água do banho. Os Pais que apresentaram uma técnica do banho “*pouco adequada*” para além do não cumprimento das categorias anteriores também não prepararam todo o material necessário antecipadamente e demonstraram uma grande insegurança na realização de toda a técnica, nomeadamente no modo como seguravam o RN durante o banho.

Em relação aos *Produtos de Higiene* utilizados no RN, todos os Pais utilizaram produtos com características “*muito adequadas*” à pele sensível do RN.

Nos *Cuidados ao Coto Umbilical*, verificámos que os Pais apresentam competências na prestação destes cuidados, fazendo-o de modo “*muito adequado*” em 45,5% e *adequado* em 18,2% das observações. Esta adequação prende-se com a utilização de álcool a 70° na limpeza correcta do coto umbilical e área circundante.

Por último, em relação aos *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal* verificámos que os Pais apresentam competências na prestação destes cuidados e fazem-no de

modo “*muito adequado*” em 81,8% das observações. Das restantes observações, 9,1% dos Pais fazem-no de modo “*pouco adequado*”, porque a higiene dos genitais do RN é efectuada de forma incorrecta.

Apesar da dimensão *Higiene e Conforto do RN* ser uma das vertentes mais abordadas pelos Enfermeiros na 1ª Consulta de Vigilância do RN (77,27% das observações efectuadas), os Pais verbalizam muitas vezes sentimentos de medo e receio em mexer e segurar no RN na prestação destes cuidados. Através da visualização dos filmes verificámos a necessidade de investir na promoção da técnica do banho, valorizando as habilidades dos Pais de modo a aumentar as suas competências e permitir uma maior segurança na prestação destes cuidados.

Na dimensão ***Vestuário do RN*** e sua adequação, constatamos que 81,1% das observações foi “*muito adequada*”, porque cumpriram os critérios definidos para a avaliação da prática de cuidados observada, nomeadamente, utilizaram roupas de algodão adequadas à estação do ano e com modelos de fácil utilização e 18,2% foi adequada porque os Pais vestiram demasiada roupa para a altura do ano em que foram colhidos os dados. Em nenhuma das observações se verificou a utilização de acessórios que pudessem eventualmente incomodar o RN. Podemos concluir que a opinião dos Enfermeiros está em conformidade com os conhecimentos e competências que os Pais deste estudo apresentam.

Na dimensão ***Afecto e Estimulação do RN***, representada por quatro (4) categorias, verificámos que na categoria *Interacção RN/Pais*, os RN estabeleceram em 90,9% das observações uma relação com os pais “*muito adequada*”, através da procura constante em direcção à voz de ambos os Pais, olhando fixamente quando falam com os Pais, olhando as mães quando estão ao peito e acalmando quando era proporcionado contacto corporal ao RN, quer através da massagem efectuada após os cuidados de higiene quer quando o RN era colocado ao colo por um dos progenitores. A observação que considerámos “*adequada*” prende-se com o facto de o RN não apresentar grande vitalidade interagindo pouco com os Pais.

Na categoria ***Interacção Pais/RN***, observámos a comunicação dos Pais com o RN nos três momentos observados, nomeadamente, durante o aleitamento materno; a

prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN e durante o vestir do RN, para além da observação dos restantes critérios de avaliação: tom de voz utilizado pelos Pais; tipo de movimentos; forma como seguram o RN; se estabelecem o contacto visual e sorriem para o RN e se compreendem o significado do choro do RN.

Podemos concluir através da visualização dos filmes que os Pais na sua maioria estão num processo de interacção permanente com os RN, conversando com um tom de voz suave, sendo visível uma preocupação constante em tentar acalmá-los durante o banho quando estão a chorar, tocando-os e estimulando-os durante os cuidados de higiene, sobretudo durante a massagem ao RN, beijando-os e proporcionando carinhos constantemente, sorrindo para o RN durante a amamentação, demonstrando afectividade e sentimentos de amor e ternura durante toda a observação efectuada. Em relação à adequação, 72,7% das observações foram “*muito adequadas*” e 27,3% “*adequadas*”, constatando-se que alguns dos Pais apresentaram dificuldades na comunicação durante os cuidados de higiene assim como dificuldades em vestir o RN e em compreender o choro do RN.

Em relação à categoria *Estimulação Verbal e Táctil* verificámos que este grupo de Pais estimulam verbalmente e através do tacto os seus filhos de modo “*muito adequado*” e “*adequado*” em 72,7% e 27,3% respectivamente, das observações efectuadas.

Em relação à categoria *Utilização do Brinquedo* (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes) como instrumento utilizado para estimular o RN, não foi observado em 81,8% das filmagens, as restantes 18,2% das observações verificou-se a utilização da música para acalmar o RN de modo “*muito adequado*”.

Fazendo uma relação entre os resultados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados deste estudo, verificamos que embora os Enfermeiros considerem que os Pais apresentam conhecimentos mas também dificuldades nesta dimensão do Afecto e Estimulação do RN, os Pais não verbalizam quaisquer dificuldades nesta vertente e demonstram grandes competências no estabelecimento da vinculação Pais /RN.

Na última dimensão **Adaptação ao Papel Parental**, constatámos que das observações efectuadas, oito (8) dos pais participaram na prestação de cuidados directos ao RN e apenas três (3) estiveram ausentes durante a prestação de cuidados ao seu filho. A participação dos pais deste estudo passou não só pela colaboração nos cuidados de higiene e conforto ao RN, nomeadamente na mudança da fralda, no despir do RN, na colaboração e estimulação do RN durante o banho como também, no estabelecimento da vinculação com o RN. Estes dados vem de encontro às conclusões de outros estudos efectuados sobre a mudança do papel do pai onde se realça o pai como figura cuidadora e de vinculação importante para a criança (Lamb, 1992; Tojal, 2000; Serra, 2001; Ramos, 2004b).

Também Ramos (2004b, p.179) refere que *“Na sociedade contemporânea ocidental, se o apoio da família alargada ou dos vizinhos é escasso ou inexistente, numerosas investigações mostram um crescente aumento da participação do pai nas actividades educativas e de cuidados à criança”*.

Estes dados reforçam o verificado na categoria *Envolvimento da Família Alargada*, onde apenas uma (1) das observações houve o envolvimento da avó materna do RN, colaborando com a mãe do RN na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN de forma *“muito adequada”*. Esta última categoria vem de encontro ao referido no nosso enquadramento teórico quando abordamos o conceito de Família, que actualmente se delimita à família nuclear.

Confrontando estes dados com os obtidos nos restantes instrumentos, verificámos que na opinião dos Enfermeiros os Pais apresentam conhecimentos sobre a adaptação ao papel parental, nas categorias estudadas, tendo os Pais consciência das necessidades dos RN, havendo inclusive partilha na prestação de cuidados ao RN e promoção de um vínculo afectivo por ambos os progenitores. Também no plano factorial das variáveis e das classes geradas através da *análise Alceste* das entrevistas efectuadas aos Pais, verificámos a distribuição de papeis por ambos os progenitores, nomeadamente a prestação de cuidados proporcionado mais pelas mães e os apoios e os conhecimentos necessários para o desempenho das funções parentais associada ao estabelecimento da relação com o RN mais associada aos pais.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

1. Conclusões Gerais

No nosso estudo ao procurarmos conhecer a opinião dos Profissionais de Saúde e dos Pais sobre os conhecimentos e dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN, no período pós-parto, fomos tendo noção do grande número de factores que estão envolvidos, e que podem influenciar essas opiniões. Deverá ainda acrescentar-se que é extremamente difícil controlar as variáveis que interferem em estudos desta natureza, pelo facto de os estudos de opinião implicarem percepções e estas estarem sempre impregnadas de alguma subjectividade.

Tendo isso em consideração, enunciamos alguns factores que, sob o nosso ponto de vista, podem ter influenciado os resultados deste estudo:

- O período conturbado da extensão de saúde onde foi realizada a observação participante do grupo dos Profissionais de Saúde, marcado pelo absentismo dos Enfermeiros, pode ter influenciado as práticas de cuidados.
- O período pós-parto precoce, por ser um período particularmente complexo, pode ter influenciado as percepções dos Pais relativamente aos conhecimentos e dificuldades no cuidar do RN, no momento da entrevista.
- A inexperiência do investigador na utilização das várias técnicas de recolha de dados pode de alguma forma ter influenciado as conclusões produzidas.
- O número reduzido das amostras quer dos Enfermeiros quer dos RN/Pais, condicionou a análise estatística dos dados e validou as suas conclusões apenas à população alvo.

Embora este estudo tenha sido marcado por uma fase exploratória no terreno antes da recolha de dados, não decorreu de acordo com o planeamento inicial, porque o

carácter imprevisível e impossível de controlar as datas de partos, ocasionou situações em que estes ocorriam muito próximo uns dos outros, num curto intervalo de tempo, originando momentos de aglomeração de entrevistas e de dados recolhidos, no entanto, estas dificuldades foram sendo ultrapassadas sem que de algum modo o rigor científico exigido fosse minimizado.

No que concerne aos objectivos deste trabalho, cujo pressuposto assentou em saber o que os Profissionais de Saúde e os Pais pensam sobre os conhecimentos e dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN e em analisar quais as práticas que mobilizam no desempenho das suas funções, consideramos que os mesmos foram atingidos. As questões de investigação emergentes dos objectivos tiveram cabal resposta no decorrer da parte empírica. Por outro lado, pensamos que o tema abordado pela sua actualidade e importância para a saúde do RN/Pais, pode ser considerado de grande pertinência, sobretudo se houver interesse em resolver alguns problemas existentes nos centros de saúde e conseqüentemente em melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao RN/Pais.

A escassez de trabalhos efectuados em contexto dos cuidados de saúde primários sobre esta temática levou a um aumento da dimensão do nosso suporte teórico e, o recurso aos paradigmas quantitativo e qualitativo exigiu mais tempo e mais recursos, o que consideramos que foi essencial para o enriquecimento dos resultados deste estudo.

A abrangência do tema e a abordagem efectuada a dois grupos distintos de sujeitos, leva-nos a pensar que poderíamos ter investigado muito mais se não fosse, o condicionalismo temporal para realizar a tese. No entanto, ponderamos que este estudo pode servir de apoio para novas investigações e, consideramos que esta problemática deve ser estudada em profundidade e de um modo mais alargado, para que sejam implementadas medidas em prol do bem-estar do RN/Pais e da qualidade da prática de cuidados.

O êxito deste trabalho teve por base a disponibilidade dos Profissionais de Saúde e dos Pais, sem a qual seria impossível a sua realização e também todos os profissionais que de uma forma indirecta prestaram o seu contributo.

Os instrumentos utilizados neste estudo, permitiram-nos caracterizar os diferentes grupos de sujeitos das duas amostras, no grupo dos Profissionais de Saúde - os Enfermeiros e no grupo dos RN/Pais - as mães, os pais e os RN e também dar resposta às questões de investigação do estudo.

Com base nas questões de investigação formuladas (Capítulo IV), ao finalizarmos este estudo, concluímos que, relativamente à opinião dos Enfermeiros sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada na 1ª Consulta de Vigilância do RN, os Enfermeiros referem-se ao conceito usando uma terminologia científica adequada, mas também utilizam termos pouco adequados face ao momento actual (ensinar, transmitir conhecimentos), contrariando o conceito preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* que rege as práticas de Enfermagem.

Os Enfermeiros consideram que a promoção de cuidados antecipatórios realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN é uma das actividades que deve ser efectuada no âmbito das suas intervenções, atribuindo-lhe uma importância de “*bastante importante*” e “*muito importante*” para 14,3% e 85,7% dos Enfermeiros respectivamente.

Os Enfermeiros classificam a promoção de cuidados antecipatórios realizada na 1ª Consulta de Vigilância do RN de “muito adequada” e “moderadamente adequada” (14,3% respectivamente) e “bastante adequada” (71,4%).

Segundo a opinião dos Enfermeiros a promoção de cuidados antecipatórios efectuada nos Centros de Saúde seria mais eficaz se houvesse mudanças ao nível do Macrosistema e ao nível do Centro de Saúde:

- Ao nível do *Macrosistema*, os Enfermeiros consideram necessário efectuar mudanças na organização e filosofia da promoção de saúde e apontam para a necessidade de se dar a conhecer o papel do Enfermeiro no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.
- Ao nível do *Centro de Saúde*, consideram importante haver mudanças ao nível da organização dos cuidados de enfermagem e ao nível da prestação de cuidados efectuada pelo Enfermeiro:

⇒ Ao nível da *organização dos cuidados* foi dado maior ênfase à mudança da estrutura da consulta de enfermagem, onde está implícito a melhoria do espaço físico e a promoção de novos momentos para realizar os cuidados antecipatórios. Os Enfermeiros salientaram a necessidade de implementar a visita domiciliária à puérpera e RN de modo a que a prestação de cuidados seja mais adequada ao meio familiar, assim como a importância de adequar o tempo da consulta de enfermagem de forma a conseguir estabelecer uma relação de empatia e de confiança com os Pais.

⇒ A nível da *prestação dos cuidados* de enfermagem verificou-se a preocupação de melhorar a qualidade dos cuidados prestados através de demonstrar maior disponibilidade por parte do enfermeiro; fomentar a demonstração dos cuidados prestados; envolver os Pais de um modo mais activo na prestação de cuidados e realizar estudos exploratórios de modo a conhecer as reais dúvidas e dificuldades dos Pais.

Em resposta à questão de investigação sobre as práticas que os *Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais*, emergem dois tipos de resultados consequentes das concepções que os Profissionais de Saúde têm das suas práticas e da observação efectuada pelo investigador das práticas dos Profissionais de Saúde, nomeadamente, se as práticas efectuadas pelos Enfermeiros vão de encontro ao preconizado pelo *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* da Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra:

- Em relação às *concepções que os Enfermeiros têm das suas práticas*, verificamos que a maioria dos Enfermeiros referem que os factores idade dos Pais; cultura dos Pais; paridade do casal e experiências anteriores com outras crianças que não filhos, são determinantes nas suas práticas de cuidados.
- Em relação a *análise da observação das práticas dos Profissionais de Saúde* foi realizada à luz dos domínios da prestação de cuidados e da gestão dos cuidados:

⇒ No *Domínio da Prestação de Cuidados* podemos dizer que das dez (10) dimensões analisadas apenas em quatro (4) são cumpridos os princípios

orientadores da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil num valor superior a 50% (Alimentação do RN – 51,1%; Higiene e Conforto do RN – 77,2%; Sexualidade – 63,6% e Vigilância de Saúde – 56,0%), nas restantes seis (6) dimensões não atingem os 50% (Adaptação ao Papel Parental – 48,4%; Afecto e Estimulação do RN – 34,0%; Eliminação do RN – 31,8%; Segurança e Prevenção de Acidentes – 14,7%; Vestuário do RN – 24,2 e Sono e Repouso – 27,2%), o que se traduz em um não cumprimento do *Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil* por parte deste grupo de profissionais de saúde.

⇒ Foi ainda analisada a adequação dos cuidados, tendo-se concluído que das dimensões analisadas, a promoção de cuidados antecipatórios efectuada varia entre “Adequado” e “Muito Adequado” com excepção de um (1) item de cada uma das seguintes dimensões: *Eliminação do RN; Afecto e Estimulação do RN e Vigilância de Saúde* que foi “Pouco Adequada”.

⇒ No *Domínio da Prestação de Cuidados*, observámos também a *Comunicação Interpessoal* do Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN, pelo que destacamos no seu comportamento verbal, o predomínio de uma linguagem verbal clara e simples, adequada às características dos Pais (100%), recorrendo os Enfermeiros em 45,5% das observações ao uso de terminologia técnico-científica. O discurso é predominantemente interactivo (81,1%), utilizando pontualmente discursos transmissivos de orientações normativas e discursos monocórdicos (9,1% respectivamente). O tom de voz dos Enfermeiros é adequado na totalidade das observações e as comunicações quase sempre assertivas (90,9%). Na totalidade das observações os Enfermeiros mostraram disponibilidade para proporcionar mais informações e esclarecer dúvidas noutros momentos, para além de divulgarem, em 63,6% das observações, outros serviços de apoio que existem na comunidade como por exemplo a Saúde 24 Pediatria. No seu comportamento não verbal, verificámos que em 90,9% das observações a postura corporal era adequada e normalmente utilizavam os gestos para esclarecer os conteúdos verbalmente expressos. Os Enfermeiros em 72,7% das observações adoptaram uma atitude de escuta activa e mostravam disponibilidade, falando sempre com os Pais olhos nos olhos. Nas observações

efectuadas apuramos que na sua totalidade, os Enfermeiros utilizam o toque como parte integrante das suas práticas de cuidados, o que facilita o estabelecimento de uma relação de confiança com os Pais.

⇒ No *Domínio da Gestão dos Cuidados* foi observado o *Contexto Situacional* onde os Enfermeiros prestam os cuidados aos RN/Pais. Na totalidade das observações os Enfermeiros desenvolveram as suas intervenções ao RN/Pais numa sala de prestação de cuidados comum a outras actividades, onde as condições de luminosidade eram adequadas. Relativamente à privacidade na prestação de cuidados, verificamos que em 81,8% das observações os Pais eram os únicos clientes no local de prestação de cuidados, assim como os Enfermeiros foram sempre os únicos profissionais no local da prestação de cuidados. Já as interferências externas foram marcadas pelas interrupções causadas pelas chamadas telefónicas em cerca de 36,4% das observações, e pelas interrupções causadas por outros profissionais em 72,7% das observações.

À questão de investigação, qual a opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades apresentadas pelos Pais no cuidar do RN, foram analisados os dados conjuntamente por considerarmos que estes estavam interligados, pelo que apresentamos as principais conclusões à luz das dez (10) dimensões estudadas: *Alimentação do RN; Eliminação do RN; Higiene e Conforto do RN; Vestuário do RN; Sono e Repouso; Afecto e Estimulação do RN; Adaptação ao Papel Parental; Segurança do RN; Sexualidade e Vigilância de Saúde.*

- Na dimensão *Alimentação do RN*, nomeadamente na categoria *Reflexo de Sucção*, 85,7% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam um nível de conhecimentos “moderado” e “elevado”, no entanto 71,4% consideram que as dificuldades também se mantêm a um nível “moderado” e “elevado”.
- A componente de dimensão *Aleitamento Materno* tem associado três categorias. Na categoria *Técnica da Mamada*, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos acerca desta técnica o que poderia funcionar como elemento facilitador aquando da sua execução, no entanto 42,9% dos Enfermeiros continuam

a referenciar dificuldades sentidas pelos Pais ao executar a técnica, embora 57,2% considerem que eles não tem dificuldades. Na categoria *Cuidados com as Mamas*, acontece sensivelmente a mesma situação. E por último na categoria *Posição de Eructação*, 85,7% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam conhecimentos sobre as diferentes posições de eructação, o que se verifica na sua prática, pois 85,7% dos Enfermeiros expressam que as dificuldades dos Pais são baixas.

- Relativamente à componente da dimensão *Aleitamento Artificial*, tem associado quatro categorias. Na categoria *Manuseamento de Biberões e Preparação do Leite Artificial*, podemos afirmar que 71,4% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam conhecimentos relativamente a estas duas categorias, contudo mais de 85% dos Enfermeiros constataam que os Pais têm um nível de dificuldade “moderado” e “muito elevado” quando preparam os biberões dos seus filhos. Em relação à *Técnica da Mamada*, 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam um nível de conhecimento “moderado” e “muito elevado”, o que efectivamente se verifica na prática na medida em que, 57,3% dos Enfermeiros consideram que os Pais não têm dificuldades ao dar o biberão de leite aos seus filhos. No entanto, é importante referir que 42,9% dos Enfermeiros são da opinião que os Pais continuam a apresentar dificuldades. No que se refere à quarta categoria, *Posições de Eructação*, é curioso verificar que as opiniões dos Enfermeiros se mantêm relativamente à categoria *Posições de Eructação* da componente de dimensão *Aleitamento Materno*, o que vem dar credibilidade às respostas dadas pelos Enfermeiros.

- A dimensão *Eliminação do RN*, é composta pela componente da dimensão *Eliminação Vesical que tem associada a categoria Possibilidade de Eliminação de Uratos*, sendo esta segundo a opinião dos Enfermeiros pouco conhecida pelos Pais, na medida em que 71,4% dos Enfermeiros refere que os Pais apresentam um nível de conhecimento “baixo” e “muito baixo”, o que se torna evidente nas dificuldades, quando 85,7% dos Enfermeiros expressam que estas são “elevadas” e “muito elevadas”.

- Associada à componente da dimensão *Eliminação Intestinal* estão agregadas várias categorias, nomeadamente, *Frequência e Características das Fezes*, tendo-se

verificado que 71,4% dos Enfermeiros consideram que o nível de conhecimentos dos Pais é moderado a elevado, no entanto na prática prevalecem muitas dificuldades pois 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam um nível de dificuldade moderado a elevado. Nas categorias *Técnica de Alívio das Cólicas* e *Definição de Obstipação e Técnicas de Estimulação*, verificamos que 71,5% e 71,4% dos Enfermeiros, respectivamente, consideram que os Pais apresentam um nível de conhecimentos moderado a elevado, mantendo-se muitas dúvidas e dificuldades aquando da ocorrência destas situações no RN.

- A dimensão *Higiene e Conforto do RN* apresenta quatro categorias, nomeadamente, *Técnica do Banho*; *Produtos a usar no Banho*; *Cuidados ao Coto Umbilical* e *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal*. No que respeita aos conhecimentos podemos constatar que os Enfermeiros são da opinião que os Pais apresentam conhecimentos “moderados” e “muito elevados” em todas as categorias, no entanto em relação às dificuldades as opiniões já não são tão unânimes. Em relação às *categorias da Técnica do Banho* e dos *Produtos a usar no Banho*, os Enfermeiros expressam que os Pais não têm dificuldades na prestação destes cuidados aos seus filhos, numa percentagem elevada de 85,7% e 71,4% respectivamente. Nos *Cuidados ao Coto Umbilical*, 71,4% dos Enfermeiros referem que os Pais na prática apresentam elevadas dificuldades. Nas entrevistas realizadas aos Pais podemos precisamente confirmar estas dificuldades. Na categoria *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal*, os Enfermeiros consideram que os Pais não apresentando na prática dificuldades em 71,4% das opiniões, no entanto 28,6% dos Enfermeiros ainda consideram que permanecem dificuldades elevadas.

- A dimensão *Vestuário do RN*, apresenta três categorias. Em relação à categoria *Características da Roupa do RN*, 100% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam conhecimentos “moderados” e “elevados”, não se constatando na prática dificuldades neste âmbito (85,7%). Na categoria *Acessórios*, 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos, o que contrasta com 42,9% dos Enfermeiros que referem haver na prática dificuldades “moderadas” e “elevadas”. Já em relação aos *Produtos a usar no Vestuário do RN*, parece haver uma maior consonância de opiniões, na medida em que 85,7% dos Enfermeiros

consideram que os Pais têm conhecimentos e 71,4% dos Enfermeiros referem efectivamente haver dificuldades baixas.

- Na dimensão *Sono e Repouso do RN* estão associadas duas categorias. No que concerne à categoria *Necessidades de Sono do RN*, 100% dos Enfermeiros relatam que os Pais apresentam conhecimentos nesta matéria e 57,2% referem não haver dificuldades, embora, 42,9% dos Enfermeiros salguarde que na prática os Pais mantêm moderadas dificuldades. Relativamente à categoria *Condições que favorecem o Sono e Repouso*, os Enfermeiros têm sensivelmente a mesma opinião que na categoria anterior.

- A dimensão *Afecto e Estimulação do RN* têm na sua origem quatro categorias. No que concerne à categoria *Percepção dos Pais pelo RN*, 71,4% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam um nível de conhecimentos e de dificuldades “moderado” e “elevado”, no entanto 28,6% salienta que os conhecimentos e as dificuldades são baixas. Na categoria *Interação Pais/RN*, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais apresentam conhecimentos sobre a relação que estabelecem com o RN, no entanto mantém-se em 71,5% das opiniões a presença de dificuldades “moderadas” e “elevadas”. A *Estimulação Verbal e Táctil* está muito associada à interação Pais/RN e nesta categoria a divergência de opiniões entre os conhecimentos e as dificuldades ainda é mais evidente, sendo que 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos mas na prática apresentam dificuldades. Por último a categoria *Utilização do Brinquedo* como estratégia de estimulação do RN, 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais têm conhecimentos “moderados” e “elevados” mas, 71,5% consideram que as dificuldades se mantêm também “moderadas” e “elevadas”. Na realidade, os Pais entrevistados mencionaram que utilizam brinquedos para estimular os seus filhos, não sentindo qualquer dificuldade neste âmbito.

- A *Adaptação ao Papel Parental* é outra das dimensões consideradas, sendo esta constituída por três categorias. A totalidade dos Enfermeiros considera que em todas as categorias os Pais apresentam conhecimentos acima de moderados, no entanto, as dificuldades mantêm-se. Na categoria *Figura Significativa como principal prestadora de cuidados*, 57,2% dos Enfermeiros referem que na prática a figura

significativa de cuidados é a mãe e esta manifesta dificuldades “*moderadas*” e “*elevadas*” na prestação de cuidados ao seu filho. Na segunda categoria, 71,4% dos Enfermeiros consideram que as dificuldades no envolvimento dos membros da família nuclear é baixa, o que na realidade está em sintonia com a literatura consultada na medida em que o pai participa nos cuidados ao RN. Pelo contrário, na categoria *Envolvimento dos Membros da Família Alargada*, 57,1% dos Enfermeiros referem que as dificuldades são baixas, o que contradiz a realidade das dimensões actuais das famílias. No entanto existem 42,8% dos Enfermeiros que referem que as dificuldades da participação dos membros da família alargada são “*moderadas*” e “*elevadas*”.

- A dimensão *Segurança e Prevenção de Acidentes* é composta por oito categorias. A categoria *Posicionamento ao Deitar*, a totalidade dos enfermeiros expressa que os Pais têm conhecimentos “*moderados*” e “*muito elevados*”, no entanto 57,2% dos Enfermeiros continua a mencionar que as dificuldades persistem moderadas a elevadas. Esta realidade não se verificou nas entrevistas realizadas aos Pais pois a sua totalidade referiu que colocava o seu filho deitado de lado ou de costas, sendo esta a posição adequada para os RN quando dormem. Relativamente à categoria *Roupa da Cama*, também 100% dos Enfermeiros referiram que os Pais apresentavam conhecimentos necessários e 57,1% mencionam que as dificuldades são baixas mas, cerca de 42,9% consideram que na prática as dificuldades são moderadas a elevadas. A *Manobra de Heimlich*, segundo 57,1% dos Enfermeiros é uma técnica ainda desconhecida pelos Pais, no entanto 42,9% já consideram que começa a ser falada entre os Pais. Em relação às dificuldades, essas permanecem em 100% dos Enfermeiros elevadas a muito elevadas. Na categoria *Transporte em Alcofa, Cadeira e Automóvel*, apuramos que a totalidade dos Enfermeiros acham que os Pais têm conhecimentos, o que está em sintonia com 71,4% dos Enfermeiros que consideram que as dificuldades são baixas a muito baixas. Embora na realidade o que se verifica é que a maioria dos acidentes com crianças é motivada pela não utilização dos dispositivos de segurança. A *Exposição Solar* é considerada por 100% dos Enfermeiros uma categoria em que os Pais apresentam um conhecimento moderado a muito elevado das medidas de prevenção para a exposição solar, mas 57,2% ainda considera que existem dúvidas e dificuldades neste contexto. No *Risco de Quedas e de Queimaduras*, 100% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm

conhecimentos mas apresentam em cerca de 71% das opiniões dificuldades moderadas a elevadas. Por fim, na categoria *Risco na utilização de acessórios nos Pais e RN* (fios, anéis, pulseiras), pode-se verificar que 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos, mas na prática 52,9% acham que as dificuldades se mantêm moderadas a muito elevadas, o que não se verificou na observação participante do investigador na Consulta de Vigilância do RN, pois a totalidade dos RN e Pais não mostravam acessórios que pudessem provocar algum risco.

- A dimensão *Sexualidade* é constituída apenas por uma categoria, a *Boca*, como zona erógena que dá prazer ao RN. Nesta categoria 57,1% dos Enfermeiros referem que os Pais têm baixos conhecimentos, o que está em conformidade com 85,8% dos Enfermeiros que consideram que os Pais têm dificuldades elevadas a muito elevadas. Durante a entrevista aos Pais também foi notória a falta de conhecimentos nesta área.

- Na última dimensão estudada, *Vigilância de Saúde*, verificámos que na categoria *Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde*, que representa a utilização destes documentos quando os Pais recorrem aos serviços de saúde com os filhos, 85,7% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm conhecimentos moderados a muito elevados, o que na prática nem sempre acontece porque 57,1% dos Enfermeiros expressam haver elevadas dificuldades em compreender a importância de trazer os documentos dos seus filhos para registo do seu crescimento e desenvolvimento. Na categoria *Vacinação*, a totalidade dos Enfermeiros consideram que os Pais têm um conhecimento moderado a muito elevado, mas 57,2% opinam que perduram dificuldades moderadas a elevadas de quando deve ser iniciado o PNV aos seus filhos. Na categoria *Conduta perante a Icterícia*, os Enfermeiros manifestaram divergentes opiniões, nomeadamente, 85,8% dos Enfermeiros consideram que os Pais têm um conhecimento moderado a muito elevado, mas na prática 71,4% expressam que os Pais apresentam dificuldades moderadas a elevadas. Na categoria *Conduta perante a Obstipação Nasal*, 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais têm conhecimentos mas na prática 71,4% mantêm dificuldades em lidar com esta situação. Na categoria *Conduta perante a Obstipação*, 85,8% dos Enfermeiros referem que os Pais apresentam

conhecimentos e dificuldades moderados a elevados, logo não sabendo igualmente na prática actuar face a esta situação. Por último, na categoria *Conduta perante a Cólica Abdominal*, 85,8% dos Enfermeiros opinam que os Pais apresentam conhecimentos para actuar face a esta situação, mas 71,5% são da opinião que as dificuldades são elevadas, sendo esta uma das situações frequente que motivam os Pais a recorrer aos Serviços de Saúde.

Para dar resposta à terceira questão do estudo, em saber qual a opinião dos Pais sobre os conhecimentos e dificuldades que apresentam no cuidar do RN, foi utilizado o software *Alceste*, tendo esta técnica de *análise Alceste* sido uma mais valia para a apresentação dos resultados deste estudo. Os resultados obtidos a partir da análise de dados das entrevistas resultam dos dois procedimentos da análise *Alceste*: a classificação descendente hierárquica e a análise factorial de correspondência.

Estas classes lexicais foram definidas a partir das palavras mais significativas, e do respectivo indicador de Qui-quadrado (χ^2), o qual traduz o grau de importância das palavras contidas em cada uma das classes constituídas. Assim, foram aproveitadas 73.99% das UCE iniciais do *corpus* de análise, o que significa que das 819 UCE identificadas, foram analisadas 606.

Os resultados obtidos da classificação descendente hierárquica mostram seis categorias temáticas principais, nomeadamente, *Classe 1 - Transição para a Nova Realidade*; *Classe 2 - Dos Apoios existentes aos Recursos Ausentes*; *Classe 3 - O Relacionamento com o RN em Casa*; *Classe 4 - Cuidados Básicos ao RN*; *Classe 5 - Da Teoria à Prática* e *Classe 6 - Cuidados para a Segurança do RN*.

As dimensões e conteúdos que emergem da *Classe 1* remetem para o estabelecimento da relação com o RN e as adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas alterações que se centram na puérpera, no casal e na família. O *estabelecimento da relação com o RN* surge como o processo de vinculação que proporciona contributos importantes à relação Pais-RN (*momento, viver, carinho, vida, voz*). As *adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas alterações que se centram na puérpera* surgem

associadas as alterações emocionais após o nascimento do RN como a labilidade emocional (*stress, feliz, diferente, eu choro, cansada, sentimentos, complicado, contente*). As adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas alterações que se centram no casal têm essencialmente a ver com o desempenho de um novo papel, o papel parental (*filho, adaptação, stress*), que deve ser conciliado com a vida de casal, e conseqüentemente com o impacto do nascimento do RN na relação com o cônjuge (*momento, atenção, casal, carinho, apoio, marido, pouco tempo, alterações, participar, fora de casa, saudável*). As adaptações psicossociais logo após o parto com factores de influência nas alterações que se centram na família estão relacionadas com o impacto do nascimento do RN na relação com a família alargada, onde ressalta a necessidade de apoio por parte da família alargada (*avó, apoio, ninguém, minha mãe, família, falta*).

Os conteúdos específicos da *Classe 2* remetem para a importância dos apoios existentes no centro de saúde nesta fase do ciclo de vida e a necessidade do aparecimento de novos recursos de apoio na comunidade fundamentais para o equilíbrio familiar quando do nascimento de um filho. As palavras mais significativas desta classe são *esclarecer dúvidas, médica, preparação parto, não sabia, curso, centro saúde, atendimento, disseram, enfermeira, explicaram, nenhuma queixa*. Os Pais valorizam os apoios existentes no centro de saúde, nomeadamente, a promoção de saúde que é efectuada pelo Enfermeiro no âmbito da vigilância de saúde materno-infantil e o curso de preparação para o parto, mas solicitam o aparecimento de novos recursos de apoio na comunidade a um nível mais global.

As dimensões e os conteúdos que emergem da *Classe 3* remetem para as dificuldades no cuidar do RN e identificação das suas necessidades (*adivinhar, mais complicado, vir para casa, não sabíamos, não consigo, compreender choro*).

A *Classe 4* está associada aos cuidados básicos do RN, especificamente a amamentação e os cuidados de higiene e conforto. Os seus conteúdos centrais referem-se às dificuldades que se centram no RN na prestação destes mesmos cuidados e às dificuldades que se centram nas puérperas, relacionadas com as mamas (tensão mamária, ingurgitamento, dor) e com os mamilos (fissuras, gretas).

Esta classe está marcada pelas respostas das *Mães* ($\chi^2 = 17.91$), sendo estas as principais prestadoras de cuidados ao RN.

A *Classe 5* apresenta pouca expressividade, no entanto, o seu vocabulário específico relaciona a preparação dos Pais para cuidar do RN com os conhecimentos adquiridos previamente, nomeadamente através da experiência vivenciada com o primeiro filho e com os conhecimentos adquiridos durante a gravidez e no período pós-parto. As palavras *conhecimento, ter experiência, sentir preparado, segundo filho, cuidar, primeiro filho, já ter filho* são as que apresentam um valor de qui-quadrado mais elevado, o que traduz a sua importância no contexto desta classe.

Por fim, a *Classe 6*, como o próprio nome indica, refere-se à segurança e prevenção de acidentes do RN, tendo associada a componente da prestação de cuidados. Nesta classe, são as palavras *cinto segurança, roupa dele, detergente próprio, roupa algodão, de lado, rua, alcofa/cadeira, segurança e cuidado*, as que maior relevância tem, pois apresentam um qui-quadrado mais elevado. Ou seja, a grande preocupação passa pela adopção de medidas de segurança para reduzir o risco de acidentes na prestação de cuidados ao RN. As medidas de segurança enunciadas passam pelos cuidados com a roupa do RN, o transporte em alcofa/cadeira e em automóvel e o posicionamento ao deitar.

A análise factorial de correspondências respeita à segunda fase principal da análise *Alceste*, permitindo examinar o posicionamento e as principais relações de proximidade e de dissociação que são estabelecidas entre esses elementos. O plano factorial gerado, é constituído por factores que organizam os conteúdos das seis classes lexicais.

O primeiro factor (eixo horizontal) mostra uma polarização entre dois agrupamentos de classes, e as respectivas dimensões iniciais: do lado esquerdo do plano surgem associadas as Classes 3 – *O Relacionamento com o RN em Casa*, Classe 4 – *Cuidados Básicos ao RN*, e Classe 6 – *Cuidados para a Segurança do RN*, as quais objectivam os diferentes cuidados prestados ao RN pelos Pais, bem como as suas principais dificuldades na prestação desses mesmos cuidados; do lado direito do

plano surgem associadas as Classes 1 – *Transição para a Nova Realidade*, Classes 2 – *Dos Apoios Existentes aos Recursos Ausentes*, e Classes 5 – *Da Teoria à Prática*, remetendo para os apoios e os conhecimentos necessários para o melhor desempenho das funções parentais, numa fase de transição marcada pelas adaptações psicossociais de ambos os progenitores. Esta polarização revela duas facetas diferenciadas sobre os aspectos da parentalidade, nomeadamente aqueles que estão directamente relacionados com a prestação de cuidados ao RN, e onde se incluem as dificuldades inerentes a esse processo, e por outro lado, todas as vivências que permitem apoiar e suportar uma melhor adaptação dos Pais, desde a fase da gravidez até à fase inicial dos novos papéis parentais.

Outra das conclusões desta análise factorial prende-se com o posicionamento das variáveis grupais, posicionam-se em pólos distintos, estando as mães associadas ao domínios dos cuidados prestados ao RN e os pais associados ao domínio dos apoios, dos conhecimentos e das adaptações psicossociais assinaladas nesta fase de transição para a parentalidade.

O segundo factor corresponde ao eixo vertical e mostra alguns aspectos particulares sobre os resultados do primeiro plano. Concretamente, observa-se uma linha de diferenciação ao nível das dimensões de cuidados ao RN. A polarização principal que emerge neste eixo distingue a Classe 3 – *Relacionamento com o RN em Casa* – e a Classe 6 – *Cuidados para a Segurança do RN*. Isto significa que as inseguranças e as dificuldades que emergem em interligação com o cuidar do RN em casa são perfeitamente distintas da prestação de cuidados de segurança relacionados com o transporte (em alfofa/cadeira e no automóvel), o posicionamento ao deitar e o vestuário do RN. Esta oposição sugere uma diferenciação entre dimensões de cuidados onde existe uma maior segurança e autonomia (Classe 6) e outras onde as dificuldades e receios ainda são uma tônica dominante (Classe 3) nas vivências dos Pais. As dimensões 6 e 10 (Eliminação do RN e Afecto e Estimulação do RN), embora se distribuam por classes diferentes, aproximam-se sobretudo do domínio das dificuldades parentais. As restantes dimensões posicionam-se sensivelmente ao centro do eixo e encontram-se principalmente associadas ao primeiro factor. Contudo, é possível observar algumas correspondências temáticas que aproximam as classes e dimensões que estão

localizadas na zona central do plano vertical (Classes 1, 2, 4 e 5). Concretamente, observa-se uma associação entre as dimensões relativas aos cuidados básicos do RN e os factores que estão na base dos conhecimentos, informações e apoios/recursos disponíveis. Para terminar, acresce referir que a dimensão 13 (Sexualidade do RN) surge posicionada quase no centro do plano, pois não estabelece nenhuma associação particular com qualquer das 6 classes apuradas. Isto significa que este tema não assume relevância para o Pais, pelo menos ao nível da produção discursiva, já que a sua elaboração na situação de entrevista foi praticamente inexistente.

Para dar resposta à quarta questão do estudo, em saber que competências os Pais apresentam no cuidar do RN, foi utilizado o recurso à observação filmica como fonte de recolha de dados, o que se traduziu igualmente numa grande aprendizagem para o investigador e numa mais valia para a análise de competências parentais. Dos RN/Pais que participaram no estudo, conseguimos filmar em meio natural, a totalidade da população no desempenho das suas funções parentais tendo em conta as cinco (5) dimensões consideradas: Alimentação do RN; Higiene e Conforto do RN; Vestuário do RN; Afecto e Estimulação do RN e Adaptação ao Papel Parental.

Os resultados obtidos neste estudo referentes às categorias de observação foram apresentados segundo o somatório das categorias observadas, número de observações e a respectiva frequência das categorias observadas:

⇒ Na dimensão *Alimentação do RN*, podemos constatar através da visualização dos filmes, que a totalidade dos RN foram alimentados ao peito, motivo pela qual não se observou as categorias do *Aleitamento Artificial*. Relativamente à *Técnica da Mamada* e sua *adequação*, tendo em conta os critérios definidos para avaliação da prática de cuidados observada, verificámos que 45,5% das mães apresentaram uma *técnica da mamada* “muito adequada”. As restantes 54,5% das mães apresentaram uma *técnica da mamada* “adequada”. Em relação aos *Cuidados com as Mamas*, seis (6) mães não efectuaram nenhum cuidado às mamas, no entanto as restantes mostraram apresentar competências na prestação deste cuidado, fazendo-o de modo “muito adequado”. A *Técnica de*

Eructação foi observada em dez (10) das filmagens, tendo sido efectuada de forma “muito adequada”.

⇒ Na dimensão *Higiene e Conforto do RN*, verificámos que quatro (4) dos Pais não efectuaram os cuidados ao coto umbilical do RN e um (1) não prestou os cuidados à região perineal e peri-anal. Em relação à *Técnica do Banho* e sua adequação os Pais apresentam algumas dificuldades, fazendo-o de modo “muito adequado” e “adequado” em 36,4% respectivamente e “pouco adequado” em 27,3% das observações. Em relação aos *Produtos de Higiene* utilizados no RN, todos os Pais utilizaram produtos com características “muito adequadas” à pele sensível do RN. Nos *Cuidados ao Coto Umbilical*, verificámos que os Pais apresentam competências na prestação destes cuidados, fazendo-o de modo “muito adequado” em 45,5% e “adequado” em 18,2% das observações. Por último, em relação aos *Cuidados à Região Perineal e Peri-anal* verificámos que os Pais apresentam competências na prestação destes cuidados e fazem-no de modo “muito adequado” em 81,8% das observações. Das restantes observações, 9,1% dos Pais fazem-no de modo “pouco adequado”, porque a higiene dos genitais do RN é efectuada de forma incorrecta.

⇒ Na dimensão *Vestuário do RN* e sua adequação, constatamos que 81,1% das observações foi “muito adequada” e 18,2% foi “adequada”. Em nenhuma das observações se verificou a utilização de acessórios que pudessem eventualmente incomodar o RN. Podemos concluir que a opinião dos Enfermeiros está em conformidade com os conhecimentos e competências que os Pais apresentam.

⇒ Na dimensão *Afecto e Estimulação do RN*, verificámos que na categoria *Interação RN/Pais*, os RN estabeleceram em 90,9% das observações uma relação com os pais “muito adequada”, através da procura constante em direcção à voz de ambos os Pais, olhando fixamente para os Pais, olhando as mães quando estão ao peito e acalmando quando estabelecem contacto corporal, quer através da massagem efectuada após os cuidados de higiene quer quando pegado ao colo por um progenitores. A observação que

considerámos “adequada” prende-se com o facto de o RN não apresentar grande vitalidade interagindo pouco com os Pais.

⇒ Na categoria *Interação Pais/RN*, podemos concluir através da visualização dos filmes que os Pais na sua maioria estão num processo de interação permanente com os RN, conversando com um tom de voz suave, sendo visível uma preocupação constante em tentar acalmá-los durante o banho quando estão a chorar, tocando-os e estimulando-os durante os cuidados de higiene, sobretudo durante a massagem ao RN, beijando-os e proporcionando carinhos constantemente, sorrindo para o RN durante a amamentação, demonstrando sentimentos de amor e ternura durante toda a observação efectuada e evidenciando um estilo de comunicação tipo “próximo-distal” (Ramos, 2004b). Em relação à adequação, 72,7% das observações foram “muito adequadas” e 27,3% “adequadas”, constatando-se que alguns dos Pais apresentaram dificuldades na comunicação durante os cuidados de higiene assim como dificuldades em vestir o RN e em compreender o motivo do choro do RN. Em relação à categoria *Estimulação Verbal e Táctil* verificámos que este grupo de Pais estimulam verbalmente e através do toque os seus filhos de modo “muito adequado” e “adequado” em 72,7% e 27,3% respectivamente. Em relação à categoria *Utilização do Brinquedo* (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes) como instrumento utilizado para estimular o RN, não foi observado em 81,8% das filmagens, as restantes 18,2% das observações verificou-se a utilização da música para acalmar o RN de modo “muito adequado”.

⇒ Na última dimensão *Adaptação ao Papel Parental*, constatámos que das observações efectuadas, oito (8) dos pais participou na prestação de cuidados directos ao RN e apenas três (3) estiveram ausentes durante a prestação de cuidados ao seu filho. A participação dos pais deste estudo passou não só pela colaboração nos cuidados de higiene e conforto ao RN, nomeadamente na mudança da fralda, no despir do RN, na colaboração e estimulação do RN durante o banho como também, no estabelecimento da vinculação com o RN. Na categoria *Envolvimento da Família Alargada*, verificámos apenas numa (1) das observações o envolvimento da avó materna do RN, colaborando com a mãe do

RN na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN de forma “muito adequada”.

Para dar resposta à quinta questão do estudo, em saber a opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN, mostram que 63,6% dos Pais consideram que é “*Bastante Adequada*” e 36,4% “*Muito Adequada*”.

2. Sugestões

De toda a bibliografia científica consultada sobre as diferentes temáticas abordadas neste trabalho, verificámos que, além de estes serem assuntos que mexem com percepções, sentimentos, comportamentos, atitudes e representações, implicam também tomadas de decisão por parte dos Profissionais de Saúde e por parte dos Pais.

Sendo os resultados deste estudo relevantes para as práticas de cuidados de enfermagem onde foi realizado, considera-se pertinente a sua apresentação à equipa de enfermagem e coordenadores do centro de saúde onde decorreu o estudo, de modo a definir estratégias conjuntas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados á população.

Parece-nos fundamental sensibilizar as instituições de saúde para a necessidade de criar e desenvolver estratégias de articulação eficazes entre a gravidez, parto e puerpério, para um apoio mais sistémico e organizado que englobe a mulher, o filho, o cônjuge e a família alargada, para que d

esta forma toda a família se consiga adaptar mais facilmente à nova realidade após o nascimento de uma criança.

Por tudo o que foi apresentado e analisado ao longo deste estudo, consideramos essencial a realização de outros trabalhos sobre a mesma temática, que possam

envolver não só maior número de sujeitos, como também, que possam envolver outro tipo de variáveis sobretudo as sócio-culturais.

Poderíamos continuar a alargar este estudo até aos 3 meses de vida do RN, fazendo nova observação fílmica e entrevista aos Pais, ou mesmo alargar a outros centros de saúde, onde existe uma maior afluência de Pais de origens culturais diferentes.

Seria também interessante analisar este tipo de situações em Enfermeiras que trabalhem com populações estrangeiras, por exemplo, migrantes ou minorias étnicas e Pais de origem estrangeira ou minorias étnicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relativas ao Tema

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Afonso, E. (1999). *Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período: versão de 8 de Outubro de 1999*. O presente trabalho reproduz o capítulo 2 da Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa em 1998 - “Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem” no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: [s.n.].

Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em foco*, 38 (9), 35-38.

APSI. (2003). *Vale a pena crescer em segurança*. Lisboa: Associação para a Promoção da Segurança Infantil.

Balancho, L. (2003). *Ser pai, hoje*. Lisboa: Editorial Presença.

Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Manuais Universitários: Climepsi.

Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência.

Borges, A. & Gouveia, B. (2001). Competências do Recém-nascido. *Servir*, 49 (3), 136-139.

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (1994). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (1995a). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (1995b). Tornar-se família com o bebé XXI. In J. Gomes-Pedro & M. Patrício (Orgs.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 69-77). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Brazelton, T. (2005). As necessidades irredutíveis da criança. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Mais criança: as necessidades irredutíveis da criança* (pp. 45-51). Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Cabeças, M. (2004). *Vivências de envolvimento paterno – da concepção aos cuidados do bebé*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cortina, L. (1995). *O mundo da criança*. Lisboa: Temas da Actualidade
- Cruz, M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 367-370.
- Curado, M. (2002). *Reorganização das urgências pediátricas na Sub-Região de Saúde de Setúbal: tem a palavra... os pais, tem a palavra... os profissionais de saúde*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa no âmbito do Concurso de Professor Coordenador da Carreira de Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico. Lisboa: [s.n.].
- Davis, H., Day, C. & Bidmead, C. (2002). *Parent Adviser Training Manual*. London: The Psychological Corporation.
- Degazon, C. (1999). A diversidade cultural e a prática de enfermagem comunitária. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 127-145). Loures: Lusociência.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2002a). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (Orientações Técnicas, 12).
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2002b). *Notícia de Nascimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (Circular Normativa Nº 02/DSMIA).
- Direcção-Geral da Saúde. (2002c). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde. Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. (2006a). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. (2006b). *Programa Nacional de Vacinação 2006*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (Orientações Técnicas, 10).
- Duarte, P. & Curado, M. (2006). Ser enfermeiro no desporto: a perspectiva do atleta profissional de futebol. In 9º Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, *Investigar para melhor Cuidar*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Faure, M. & Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé: compreender o mundo sensorial do bebé - a chave para uma criança feliz*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Ferreira, M. (1996). *Relação mãe-filho: uma abordagem fenomenológica (nos primeiros dias de vida)*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: [s.n.].
- Figueiredo, B. (1994). *Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério*. In *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 73-108). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, A. (2000). Família, casamento e vida pessoal. In A. Giddens, *Sociologia* (pp. 175-211). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, A., Oliveira, D. & Marques, S. (2004). A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. *Psicologia: Teoria e Prática, ed. especial*, 79-90.

- Gomes-Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Gomes-Pedro, J. (1998). Criança, família e sociedade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 29 (2), 105-113.
- Gomes-Pedro, J. (2005). Preâmbulo. In J. Gomes-Pedro (Ed.). *Mais criança: as necessidades irredutíveis da criança* (pp. 13-27). Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Gonçalves, M. (1992). As relações pais/criança: uma perspectiva clínica. *Análise Psicológica*, 1 (X), 35-41.
- Graça, L. (2003). Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. *Enfermagem*, 29/30, 31-41.
- Hartrick, G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 523-528.
- Hassmiller, S. (1999). A saúde pública, os sistemas de cuidados de saúde primários e a reforma dos cuidados de saúde. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 35-50). Loures: Lusociência.
- Helman, C. (1994). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *30 Anos de 25 de Abril – Um relato estatístico*. Consultado em 10 de Fevereiro de 2006 em Lisboa: <http://www.ine.pt>.

- Instituto Nacional de Estatística. (2005). As Crianças em Portugal – Alguns dados estatísticos. Destaque: Informação à Comunicação Social. Consultado em 10 de Fevereiro de 2006 em Lisboa: <http://www.ine.pt>.
- Kennel, J. (1995). Tornar-se família - ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro, & M. Patrício (Org.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 35-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kulbock, P., Laffrey, S. & Goepfinger, J. (1999). Promoção da saúde comunitária: uma estrutura de vários níveis para a prática. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 285-308). Loures: Lusociência.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise psicológica*, 1 (X), 19-32.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of Nursing: The theory of culture care diversity and universality*. New York: National League for Nursing Press.
- Levy, L. & Bértolo H. (2002). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF: Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lopes, M. (1998). O objecto da Disciplina de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 1 (2), 24-28.

- Maldonado, M. (1982). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Marques, F. (1997). *Dúvidas da grávida nulípara no terceiro trimestre*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: [s.n.].
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto. *Análise Psicológica*, 8 (4), 377-388.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Montagner, H. (1993). *Vinculação: a aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oxon, H. (1989). *Trabalho de parto*. São Paulo: Roca
- Palácio, R. (2002). *Contributo do enfermeiro como educador para a saúde: A perspectiva do cliente em contexto hospitalar*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Papalia, D. & Olds S. (1981). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Parke, R. (1982). *Ser pai*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- Perry, S. (1999a). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido. In I. Bobak, D. Lowdermilk, & M. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (pp. 378-424). Loures: Lusociência.
- Perry, S. (1999b). Recém-nascido. In I. Bobak, D. Lowdermilk, & M. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (pp. 335-377). Loures: Lusociência.
- Petzold, M. (1995). Aprender a ser pai. In J. Gomes-Pedro, & M. Patrício (Org.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 133-150). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 445-452.
- Ramos, N. (1990). Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. In *Actas do Colóquio viver (n)a cidade* (pp. 315-323). Lisboa: LNEC.
- Ramos, N. (1993). Le monde enchanté de l'endormissement et de l'apaisement au Portugal. In H. Stork (Dir.), *Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles*. Paris: ESF.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), 155-178.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (1, 2 e 3) 463-487.
- Ramos, N. (2003a). *Interculturalité, communication et éducation*. Bucareste: Milena Press.
- Ramos, N. (2004a). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil: uma abordagem intercultural comparativa. In A. Cova, N. Ramos & T. Joaquim (orgs.), *Desafios da comparação: família, mulheres e género em Portugal e no Brasil* (pp. 149-190). Oeiras: Celta.

- Ramos, N. (2004b). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2005a). Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – do desenvolvimento à saúde e à educação. *Psychologica*, 38, 241-263.
- Ramos, N. (2005b). Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), 195-216.
- Reeder, S., Martin, L., & Koniak D. (1995). *Enfermeria materno-infantil*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa - Formação.
- Rosas, M. (1989). Comunicação e enfermagem. *Nursing*, 2 (14), pp. 27-30.
- Russo, E., Monteiro, F., & Demétrio, M. (2000). *Vivências das mães no pós-parto*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: [s.n.].
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Seabra-Santos, M. (2001). Conhecer as competências do recém-nascido. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 133-160). Coimbra: Quarteto Editora.
- Serra, A. (2001). *O pai – do acompanhamento do trabalho de parto às interações precoces*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].

- Silva, A., Palma, F. & Gil, P. (2001). *Consulta de enfermagem de saúde infantil: guia orientador*. Setúbal: Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.
- Soifer, R. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1992). *Bebé mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Salamandra.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 389-398.
- Thomas, C. (Coord.). (2000). *Dicionário médico enciclopédico Taber*. Loures: Lusodidacta.
- Tojal, E. (2000). *A relação precoce pai-filho*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Veríssimo, M., Blicharski, T., Strayer F. & Santos, A. (1995). Vinculação e estilos de comunicação da criança. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 145-155.
- Williams, R. (1999). Dinâmica familiar da gravidez. In I. Boback, D. Lowdermilk & M. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (pp.115-129). Loures: Lusociência.
- Williams, R. (1999). Dinâmica familiar após o nascimento. In I. Boback, D. Lowdermilk & M. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (pp.467-481). Loures: Lusociência.
- Whaley, L., & Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Xavier, S. (2002). A comunicação na arte do cuidar. *Ciência e Técnica*, (42), 50-53.
- Ziegel, E. & Cranley, M. (1985). *Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara.

2. Relativas à Metodologia de Investigação

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2000). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som - um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais – introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta.
- Camargo, B. (2005). Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. Moreira, B. Camargo, J. Jesuíno & S. Nóbrega (Org.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Eco, U. (1997). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Esteves, A. & Azevedo, J. (Eds.) (1998). *Metodologias Qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Instituto de Sociologia.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Oliveira, D. (2004). O desenvolvimento infantil nas representações dos profissionais de saúde: um estudo apoiado em análise alceste. In L. Tura & A. Moreira (Orgs.), *Saúde e Representações Sociais* (pp. 223-252). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB.
- Parreira, M. (2000). A Investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. *Revista Investigação em Enfermagem*, (2), 39-48.
- Parse, R. (1987). *Nursing science: major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: W. S. Saunders.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evolution and research methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Pereira, A. & Poupá, C. (2004). *Como escrever uma tese monografia ou livro científico usando o Word*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, N. (2003b). Perspectivas metodológicas em investigação: o contributo do método fílmico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (3), 35-62.
- Ramos, N. (2005b). Contribuição do método fílmico para o estudo das representações sociais: perspectivas teóricas e de pesquisa. In A. Moreira, B. Camargo, J. Jesuíno & S. Nóbrega (Org.), *Perspectivas teórico-metodológicas*

- em representações sociais* (pp. 365-400). João Pessoa: Editora Universitária - UFPB.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richardson R. & Col. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Silva, A. & Pinto, J. (Orgs.). (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.
- Soares, C. (2005). Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia Alceste em contextos discursivos distintos. In A. Moreira, B. Camargo, J. Jesuíno & S. Nóbrega (Org.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 541-572). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Madureira (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-127). Porto: Afrontamento.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário –

Grupo dos Profissionais de Saúde

Caro Colega!

A ênfase na vigilância de saúde materno-infantil é uma das prioridades dos cuidados de saúde primários em Portugal, onde tem sido desenvolvido um trabalho multidisciplinar em que os enfermeiros, com competências próprias, ocupam um lugar de destaque e desempenham um papel importante como cuidadores e educadores.

A valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção de saúde, promovendo aos Pais os conhecimentos necessários para o seu melhor desempenho parental é uma das nossas preocupações como profissionais de saúde.

No âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta de Lisboa, estamos a realizar um estudo exploratório cuja temática assenta no “Cuidar do RN – O Enfermeiro como Promotor das Competências Parentais”.

Este estudo tem como objectivo conhecer a opinião dos Enfermeiros sobre os conhecimentos e as dificuldades que os Pais apresentam no cuidar do RN e analisar as práticas que os Enfermeiros mobilizam na 1ª Consulta de Vigilância do RN com vista ao desenvolvimento de competências parentais.

Assim, gostaríamos de obter a sua colaboração no preenchimento deste instrumento de colheita de dados. Este questionário é confidencial e deixamos-lhe o desafio de o responder rapidamente, fazendo apelo apenas à sua memória, dispensando a consulta de outros suportes. Apelamos também que aproveite todos os espaços de resposta aberta dando a sua preciosa colaboração no diagnóstico da situação.

Porque a sua colaboração é imprescindível para a concretização deste estudo agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Muito Obrigado

Ana Cristina Figueredo Correia e Silva

QUESTIONÁRIO

 Enfermeiro¹⁸ _____

I. Caracterização Sócio – Demográfica

Assinale com uma cruz (X) a resposta adequada à sua situação

1. Idade _____ anos		
2. Sexo	1 - Masculino	<input type="checkbox"/>
	2 - Feminino	<input type="checkbox"/>
3. Nacionalidade	1 - Portuguesa	<input type="checkbox"/>
	2 - Estrangeira	<input type="checkbox"/>
4. Local de Residência	1 - Rural	<input type="checkbox"/>
	2 - Urbana	<input type="checkbox"/>
	3 - Suburbana	<input type="checkbox"/>
5. Religião	1 - Católica	<input type="checkbox"/>
	2 - Protestante	<input type="checkbox"/>
	3 - Jeová	<input type="checkbox"/>
	4 - Adventista	<input type="checkbox"/>
	5 - Outra	<input type="checkbox"/>
6. Agregado Familiar	1 – Vive sozinha	<input type="checkbox"/>
	2 - Vive com o companheiro (com ou sem filhos)	<input type="checkbox"/>
	3 - Vive com o companheiro e outros familiares	<input type="checkbox"/>
	Especifique _____	
7. Tem Filhos	1 – Sim	<input type="checkbox"/>
	2 – Não	<input type="checkbox"/>

¹⁸ Identificação Numérica do Enfermeiro

8. Grau de Carreira	1 - Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
	2 - Enfermeiro Graduado	<input type="checkbox"/>
	3 - Enfermeiro Especialista	<input type="checkbox"/>
	4 - Enfermeiro Chefe	<input type="checkbox"/>
9. Tempo de Exercício Profissional _____ anos		
10. Tempo de Exercício Profissional na Área da Saúde Infantil e Juvenil _____ anos		
11. Habilitações Académicas	1 – Ensino Primário	<input type="checkbox"/>
	2 – Ensino Preparatório	<input type="checkbox"/>
	3 – Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
	4 – Ensino Superior	<input type="checkbox"/>
12. Habilitações Profissionais	1 – Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal	<input type="checkbox"/>
	2 – Curso de Bacharelato em Enfermagem ou equivalente legal	<input type="checkbox"/>
	3 – Curso de Licenciatura em Enfermagem	<input type="checkbox"/>
	4 – Mestrado	<input type="checkbox"/>
	5 – Doutoramento	<input type="checkbox"/>

II. A Promoção da Saúde

O desenvolvimento da Enfermagem de Família é um contributo que pode fazer a diferença nas abordagens dos cuidados de saúde tanto ao nível da promoção de saúde e prevenção da doença, como da continuidade de cuidados. Nesta Extensão de Saúde, as intervenções dos enfermeiros estão orientadas numa perspectiva de “Enfermagem de Família”. Desta forma, e tendo em conta a sua experiência, gostaria de saber a sua opinião sobre:

1. O que é para si a “Promoção de Cuidados Antecipatórios”?

2. O Enfermeiro deve efectuar promoção de cuidados antecipatórios no âmbito das suas intervenções?

1 - Sim

2 – Não

3. Que importância tem para si a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN?

1 - Nada Importante

2 - Pouco Importante

3 - Moderadamente Importante

4 - Bastante Importante

5 - Muito Importante

4. Na sua opinião, as intervenções de enfermagem de promoção de saúde devem ou não ser adequadas à idade e cultura dos pais; à paridade do casal e ter em consideração as experiências anteriores com outras crianças que não filhos? Justifique.

1 – Idade dos Pais

2 – Cultura dos Pais

3 – Paridade do casal

4 – Experiências anteriores com outras crianças que não filhos

5. Na sua opinião como classificaria a promoção de cuidados antecipatórios que é realizada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN nesta Extensão de Saúde?

- 1 - Nada Adequada
- 2 - Pouco Adequada
- 3 - Moderadamente Adequada
- 4 - Bastante Adequada
- 5 - Muito Adequada

Justifique _____

6. O que mudaria na promoção de cuidados antecipatórios efectuada nos Centros de Saúde de modo a que ela fosse mais eficaz?

III. Conhecimentos dos Pais segundo a opinião dos Enfermeiros

1. Tendo em conta as temáticas preconizadas pelo Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, qual a sua opinião sobre os conhecimentos que os Pais apresentam quando recorrem à 1ª Consulta de Vigilância do RN?

(Coloque um circulo à volta do número que corresponde à sua opinião, sabendo que (5) corresponde a um nível de conhecimento “Muito Elevado”, (4) “Elevado”, (3) “Moderado”, (2) “Baixo” e (1) “Muito Baixo”.

Alimentação do RN					
1.1. Reflexo de sucção	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
Aleitamento Materno					
1.2. Técnica da mamada	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
1.3. Cuidados com as mamas	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
1.4. Posições de eructação	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
Aleitamento Artificial					
1.5. Manuseamento de biberões	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
1.6. Preparação do leite artificial	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
1.7. Técnica da mamada	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
1.8. Posições de eructação	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo
Eliminação do RN					
Vesical					
1.9. Possibilidade de eliminação de uratos ¹⁹	Muito Elevado	5	4	3 2 1	Muito Baixo

¹⁹ Combinação de ácido úrico com uma base; um sal de ácido úrico (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000).

Intestinal							
1.10. Frequência e características das fezes	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.11. Técnica de alívio das cólicas	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.12. Definição de obstipação e técnicas de estimulação	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Higiene e Conforto do RN							
1.13. Técnica do banho	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.14. Produtos a usar	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.15. Cuidados ao coto umbilical	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.16. Cuidados à região perineal e peri-anal	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Vestuário do RN							
1.17. Características	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.18. Acessórios	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.19. Produtos a usar	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Sono e Repouso							
1.20. Necessidades	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.21. Condições que favorecem	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Afecto e Estimulação do RN							
1.22. Percepção dos Pais sobre o RN	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.23. Interação Pais-RN	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.24. Estimulação verbal e táctil	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.25. Utilização do brinquedo (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes)	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Adaptação ao Papel Parental							
1.26. Figura significativa como principal prestadora de cuidados	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.27. Envolvimento dos outros membros da família nuclear	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.28. Envolvimento da família alargada	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Segurança e Prevenção de Acidentes							
1.29. Posicionamento ao deitar	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.30. Roupa da cama	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo

1.31. Manobra de Heimlich ²⁰	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.32. Transporte em alfofa, cadeira e automóvel	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.33. Exposição solar	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.34. Risco de quedas	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.35. Risco de queimaduras	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.36. Risco na utilização de acessórios nos Pais e RN (fios, anéis, pulseiras)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Sexualidade			
1.37. Boca – zona erógena (Fase Oral)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Vigilância de Saúde			
1.38. Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde (importância da sua utilização e registos)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.39. Vacinação (início do PNV)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.40. Conduta perante a Icterícia	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.41. Conduta perante a Obstrução nasal	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.42. Conduta perante a Obstipação	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.43. Conduta perante a Cólica Abdominal	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo

IV. Dificuldades dos Pais segundo a opinião dos Enfermeiros

1. Tendo em conta as temáticas preconizadas pelo Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, qual a sua opinião sobre as dificuldades que os Pais apresentam quando recorrem à 1ª Consulta de Vigilância do RN?

(Coloque um circulo à volta do número que corresponde à sua opinião, sabendo que (5) corresponde a um nível de dificuldade “Muito Elevado”, (4) “Elevado”, (3) “Moderado”, (2) “Baixo” e (1) “Muito Baixo”.

Alimentação do RN			
1.1. Reflexo de sucção	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo

²⁰ Técnica para remoção de um corpo estranho que está a bloquear as vias respiratórias (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000).

Aleitamento Materno							
1.2. Técnica da mamada	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.3. Cuidados com as mamas	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.4. Posições de eructação	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Aleitamento Artificial							
1.5. Manuseamento de biberões	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.6. Preparação do leite artificial	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.7. Técnica da mamada	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.8. Posições de eructação	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Eliminação do RN							
Vesical							
1.9. Possibilidade de eliminação de uratos	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Intestinal							
1.10. Frequência e características das fezes	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.11. Técnica de alívio das cólicas	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.12. Definição de obstipação e técnicas de estimulação	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Higiene e Conforto do RN							
1.13. Técnica do banho	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.14. Produtos a usar	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.15. Cuidados ao coto umbilical	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.16. Cuidados à região perineal e peri-anal	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Vestuário do RN							
1.17. Características	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.18. Acessórios	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.19. Produtos a usar	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Sono e Repouso							
1.20. Necessidades	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
1.21. Condições que favorecem	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo
Afecto e Estimulação do RN							
1.22. Percepção dos Pais sobre o RN	Muito Elevado	5	4	3	2	1	Muito Baixo

1.23. Interação Pais-RN	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.24. Estimulação verbal e táctil	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.25. Utilização do brinquedo (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Adaptação ao Papel Parental			
1.26. Figura significativa como principal prestadora de cuidados	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.27. Envolvimento dos outros membros da família nuclear	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.28. Envolvimento da família alargada	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Segurança e Prevenção de Acidentes			
1.29. Posicionamento ao deitar	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.30. Roupa da cama	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.31. Manobra de Heimlich	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.32. Transporte em alfofa, cadeira e automóvel	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.33. Exposição solar	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.34. Risco de quedas	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.35. Risco de queimaduras	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.36. Risco na utilização de acessórios nos Pais e RN (fios, anéis, pulseiras)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Sexualidade			
1.37. Boca – zona erógena (Fase Oral)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
Vigilância de Saúde			
1.38. Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde (importância da sua utilização e registos)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.39. Vacinação (início do PNV)	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.40. Conduta perante a Icterícia	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.41. Conduta perante a Obstrução nasal	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.42. Conduta perante a Obstipação	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo
1.43. Conduta perante a Cólica Abdominal	Muito Elevado	5 4 3 2 1	Muito Baixo

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO II

*Grelha de Observação Participante -
Grupo dos Profissionais de Saúde*

GRELHA DE REGISTO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

1ª Consulta de Vigilância do RN

 Enfermeira ²¹ _____

 País ²² _____

Duração _____

Data _____

Hora _____

A – Domínio da Prestação de Cuidados

A.1. Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios

		Observação Participante	Sim	Não	Adequação ²³	
Promoção de Cuidados Antecipatórios	Alimentação do RN	1.1. Reflexo de sucção				
		Aleitamento Materno				
		1.2. Técnica da mamada				
		1.3. Cuidados com as mamas				
		1.4. Posições de eructação				
		Aleitamento Artificial				
		1.5. Manuseamento de biberões				
		1.6. Preparação do leite artificial				
		1.7. Técnica da mamada				
	1.8. Posições de eructação					
	Eliminação do RN	Eliminação Vesical				
		1.9. Possibilidade de eliminação de uratos				
		Eliminação Intestinal				
		1.10. Frequência e características das fezes				
		1.11. Técnica de alívio das cólicas				
	Higiene e Conforto do RN	1.12. Definição de obstipação e técnicas de estimulação				
		1.13. Técnica do banho				
		1.14. Produtos a usar				
		1.15. Cuidados ao coto umbilical				
Vestuário do RN	1.16. Cuidados à região perineal e peri-anal					
	1.17. Características					
	1.18. Acessórios					
	1.19. Produtos a usar					

²¹ Identificação Numérica do Enfermeiro

²² Identificação Numérica dos Pais

²³ Adequação dos Cuidados Antecipatórios:

O – Nada Adequado; × - Pouco Adequado; ×× - Adequado; ××× - Muito Adequado

Promoção de Cuidados Antecipatórios (cont.)	Sono e Repouso	1.20. Necessidades			
		1.21. Condições que favorecem			
	Afecto e Estimulação do RN	1.22. Percepção dos Pais sobre o RN			
		1.23. Interação Pais - RN			
		1.24. Estimulação verbal e táctil			
		1.25. Utilização do brinquedo (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes)			
	Adaptação ao Papel Parental	1.26. Figura significativa como principal prestadora de cuidados			
		1.27. Envolvimento dos outros membros da família nuclear			
		1.28. Envolvimento da família alargada			
	Segurança e Prevenção Acidentes	1.29. Posicionamento ao deitar			
		1.30. Roupa da cama			
		1.31. Manobra de Heimlich			
		1.32. Transporte em alfofa, cadeira e automóvel			
		1.33. Exposição solar			
		1.34. Risco de quedas			
		1.35. Risco de queimaduras			
	Sexualidade	1.37. Boca – zona erógena (Fase Oral)			
	Vigilância de Saúde	1.38. Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde (importância da sua utilização e registos)			
		1.39. Vacinação (início do PNV)			
		1.40. Conduta perante a Icterícia			
1.41. Conduta perante a Obstrução nasal					
1.42. Conduta perante a Obstipação					
1.43. Conduta perante a Cólica abdominal					

Grelha Adaptada do Projecto Partilhar para Cuidar da Unidade de Saúde Almada, Seixal e Sesimbra, 2001

A.2. Observação da Comunicação Interpessoal

2.1. Comportamentos Verbais

♦ Utiliza uma linguagem verbal clara e simples:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Observações:
♦ Utiliza uma linguagem adequada às características dos Pais/pessoa significativa:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Usa uma terminologia técnico-científica:	Sim <input type="checkbox"/> { Com explicação <input type="checkbox"/> Sem explicação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Discurso predominantemente:	{ Transmissivo de orientações Normativas <input type="checkbox"/> Interactivo <input type="checkbox"/> Outro: _____	
♦ Houve coerência no discurso:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Tom de voz:	Adequado <input type="checkbox"/> Excessivo/Alto <input type="checkbox"/> Excessivo/Baixo <input type="checkbox"/>	
♦ Comunicação:	Assertiva <input type="checkbox"/> Não-assertiva <input type="checkbox"/> Agressiva <input type="checkbox"/>	
♦ Efectua um levantamento das necessidades dos pais/pessoa significativa:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Utiliza a expressão verbal de pensamentos e sentimentos através das palavras:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Encoraja a expressão de dúvidas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Responde às questões efectuadas pelos pais/pessoa significativa:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Efectua síntese/resumo final da informação transmitida:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Efectua a validação da informação transmitida:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Mostra disponibilidade para proporcionar mais informações / esclarecimento de dúvidas noutros momentos:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Indica outros serviços existentes na comunidade:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

2.2. Comportamentos Não - Verbais

♦ Posição do enfermeiro:	{ Adequada à situação <input type="checkbox"/> Inadequada à situação <input type="checkbox"/>	Observações:
♦ Utilização de gestos:	{ Suaves <input type="checkbox"/> Bruscos <input type="checkbox"/>	
♦ Adopção de uma atitude de escuta activa:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Mostra disponibilidade:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Olha nos olhos:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Utiliza a expressão verbal de pensamentos e sentimentos através da expressão facial e do olhar:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Toca no RN/Pais:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
♦ Estabelece uma relação de confiança (mostra respeito, aceitação e empatia):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

B – Domínio da Gestão de Cuidados

B.1. Observação do Contexto Situacional

1.1. Condições do Ambiente

<p>♦ Ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Local: <ul style="list-style-type: none"> Gabinete <input type="checkbox"/> Sala de prestação de cuidados comum a outras actividades <input type="checkbox"/> Outra: _____ • Luminosidade: <ul style="list-style-type: none"> Adequada <input type="checkbox"/> Excessiva <input type="checkbox"/> Escassa <input type="checkbox"/> 	<p>Observações:</p>
<p>♦ Privacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Único cliente no local Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> • Único profissional no local <ul style="list-style-type: none"> Sim <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Outro: _____ Não <input type="checkbox"/> 	
<p>♦ Interferências externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrupções causadas por chamadas telefónica: <ul style="list-style-type: none"> Sim <input type="checkbox"/> _____ Não <input type="checkbox"/> • Interrupções causadas por outros profissionais: <ul style="list-style-type: none"> Sim <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro <input type="checkbox"/> _____ Médico <input type="checkbox"/> _____ Auxiliar <input type="checkbox"/> _____ Outro: _____ Não <input type="checkbox"/> • Interrupções causadas por clientes: <ul style="list-style-type: none"> Sim <input type="checkbox"/> Frequência: _____ Não <input type="checkbox"/> 	

ANEXO III

Guião da Entrevista –

Grupo dos Pais

GUIÃO DE ENTREVISTA

Pais²⁴ _____

Duração _____

Data _____

I. Nota Introdutória

Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado, questionando os pais se estes se importam que a conversa seja gravada e que tome algumas anotações. Relembrar sobre as linhas gerais da investigação e sobre os objectivos da entrevista, valorizando o contributo dos pais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assegurar o anonimato das informações prestadas.

II. Caracterização Sócio – Demográfica

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS/RN

• MÃE

1.1. Idade _____ anos

1.2. Nacionalidade _____

1.3. Etnia _____

1.4. Escolaridade _____

1.5. Profissão/Ocupação _____

1.6. Estado Civil _____

1.7. Local de Residência

Rural Urbana Suburbana

1.8. Condições da Habitação

Vive em casa própria com encargos Vive em casa própria sem encargos Vive em casa arrendada Vive em anexos de uma casa

²⁴ Identificação Numérica dos Pais

Vive num quarto

Outra situação

Especificar _____

1.9. Agregado Familiar

Vive sozinha

Vive com o companheiro

Vive com o companheiro e outros familiares

Especificar _____

1.10. Nº filhos anteriores _____

• PAI

1.11. Idade _____ anos

1.12. Nacionalidade _____

1.13. Etnia _____

1.14. Escolaridade _____

1.15. Profissão/Ocupação _____

1.16. Estado Civil _____

1.17. Local de Residência (caso não viva maritalmente)

Rural

Urbana

Suburbana

1.18. Condições da Habitação (caso não viva maritalmente)

Vive em casa própria com encargos

Vive em casa própria sem encargos

Vive em casa arrendada

Vive em anexos de uma casa

Vive num quarto

Outra situação

Especificar _____

1.19. Agregado Familiar (caso não viva maritalmente)

- Vive sozinho
- Vive com o companheiro
- Vive com o companheiro e outros familiares

Especificar _____

1.20. Nº filhos anteriores _____

• RN

1.21. Idade do RN _____ dias

1.22. Sexo do RN _____

III. Identificação dos Conhecimentos e Dificuldades que os Pais referem ter na Prestação de Cuidados ao RN

1. Sentem-se preparados para cuidar do vosso filho? Explícitem porquê?
2. Após a alta da maternidade, que conhecimentos é que já tinham acerca das características dos RN, das suas necessidades e da forma de cuidar deles?
3. Onde adquiriram os conhecimentos que referiram na pergunta anterior?

Família	<input type="checkbox"/>
Experiências anteriores de cuidar de RN	<input type="checkbox"/>
Amigos/Vizinhos	<input type="checkbox"/>
Consultas de Vigilância da Gravidez	<input type="checkbox"/>
Curso de Preparação para o Parto	<input type="checkbox"/>
1ª Consulta de Vigilância do RN	<input type="checkbox"/>
Livros Especializados	<input type="checkbox"/>
Meios Comunicação Social	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>
4. De que forma esses conhecimentos contribuiriam para vos ajudar nesta fase do ciclo de vida?

5. Quais têm sido as vossas maiores dúvidas e/ou dificuldades no cuidar do vosso filho desde o nascimento até agora?

6. A alimentação do RN deve ser um dos momentos mais especiais para os Pais e para o RN, uma vez que se trata de uma situação muito importante de intimidade e comunicação entre ambos. Como é que alimentam o vosso filho? Falem-me um pouco como tem sido essa experiência?

♦ Aleitamento Materno - Tópicos:

- * Dificuldades na amamentação
- * Problemas com as mamas
- * Cuidados específicos com as mamas
- * Posições de eructação

♦ Aleitamento Artificial - Tópicos:

- * Introdução do leite artificial
- * Aleitamento misto ou artificial
- * Dificuldades no manuseamento do biberão
- * Dificuldades na preparação do leite
- * Posições de eructação

7. Relativamente à eliminação vesical e intestinal do RN, tiveram ou têm tido algumas dúvidas sobre as características da urina ou das fezes do vosso filho?

♦ Eliminação Vesical - Tópicos:

- * Características (Eliminação de Uratos)

♦ Eliminação Intestinal - Tópicos:

- * Características
- * Cólicas e/ou obstipação
- * Técnicas de alívio das cólicas
- * Técnicas de estimulação no caso de obstipação

8. Relativamente aos cuidados de higiene e conforto do RN é um momento que requer disponibilidade e muita tranquilidade por parte dos pais, porque os RN precisam de um ambiente calmo para irem assimilando a pouco e pouco as

novidades do mundo exterior. Como tem sido esta experiência na prestação destes cuidados?

Tópicos:

- * Técnica do banho
- * Hidratação da pele / Massagem ao RN
- * Cuidados ao coto umbilical
- * Cuidados à região dos genitais do RN

9. Sendo a pele do RN muito sensível é necessário utilizar tecidos adequados de forma a evitar algumas alergias, assim como ter alguns cuidados com a roupa do RN. Quais as características da roupa que utilizam no vosso filho e que cuidados têm tido com essa roupa?

Tópicos:

- * Tipos de tecidos
- * Quantidade de roupa a usar
- * Produtos/Lavagem da roupa

10. Sabem que os bebés têm diferentes necessidades de sono e repouso conforme a idade. É importante aprender a aperceber quais são os ciclos de sono do vosso bebé e devemos evitar interrompê-los. Como têm sido com o vosso filho, que situações têm sido vivenciadas?

Tópicos:

- * Dificuldades
- * Aprender a adormecer sozinho
- * Deitar o RN na cama dos pais
- * Estratégias adoptadas para minimizar as dificuldades

11. O RN tem necessidade de ser cuidado num ambiente caloroso e de ter uma relação próxima e afectuosa com os pais e/ou pessoa significativa. A qualidade desta relação vai determinar as fases posteriores do desenvolvimento da criança. Na vossa opinião que importância dão à interacção RN/Pais e como acham que comunicam com o vosso filho? E em relação ao RN, como acham que ele comunica convosco?

- ♦ Interacção Pais - RN - Tópicos:
 - * Sorriso/conversa/toque
 - * Estimulação visual e táctil
 - * Estimulação através do brinquedo
 - * Compreensão do choro do RN
- ♦ Interacção RN - Pais - Tópicos:
 - * Percepção do RN pelos Pais
 - * RN aprecia o contacto corporal

12. Esta é uma nova fase da vossa vida onde muitas vezes existe uma grande fragilidade pela adaptação necessária ao vosso novo papel de Pais. Como têm vivido esta adaptação?

Tópicos:

- * Alterações emocionais
- * Alterações na relação do casal e da família alargada
- * Principal prestador de cuidados
- * Participação do pai nos cuidados ao RN
- * Outros apoios

13. A segurança e prevenção de acidentes é um aspecto fundamental para a manutenção da saúde do vosso RN. Que cuidados especiais têm tido com o RN para prevenir alguns acidentes que ocorrem com frequência nesta idade?

Tópicos:

- * Berço do RN/ Cama do Pais
- * Roupas utilizadas na cama do RN
- * Transporte do RN
- * Dispositivos de segurança

14. O vosso bebé encontra-se numa fase em que conhece tudo através da boca, dizem os autores que se encontram na fase oral, já se aperceberam desta fase?

15. Na vossa opinião qual a importância da Vigilância de Saúde do RN?

Tópicos:

- * Documentos de saúde do RN
- * Folhetos distribuídos

16. Na sua opinião como classificaria a promoção de cuidados antecipatórios que é realizada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN? Porquê?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Nada Adequada | <input type="checkbox"/> |
| Pouco Adequada | <input type="checkbox"/> |
| Moderadamente Adequada | <input type="checkbox"/> |
| Bastante Adequada | <input type="checkbox"/> |
| Muito Adequada | <input type="checkbox"/> |

17. Tendo em conta as orientações dadas no Centro de Saúde pela Enfermeira na 1ª Consulta de Vigilância do RN, que outros assuntos gostariam que tivessem sido abordados de forma a vos ajudar nesta fase do ciclo de vida?

18. Que outros recursos de saúde gostariam que houvesse na comunidade para vos apoiar?

Agradeço a vossa colaboração.

ANEXO IV

Grelha de Observação Fílmica - Grupo dos Pais

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO RN/PAIS

No Seio Familiar

 Pais²⁵ _____

Duração _____

Data _____

Pretendemos efectuar observações audiovisuais da prática de cuidados ao RN, tendo privilegiado os momentos de alimentação do RN (amamentação e/ou aleitamento artificial), cuidados corporais ao RN (higiene/conforto e vestuário) e a interacção Pais/RN (afecto e estimulação).

A – OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS

- Observação do aleitamento do RN
- Observação do banho e higiene do RN
- Observação do vestir do RN

B – OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO

- Observação da linguagem corporal (verbal, emocional, gestual e postural)
- Observação da interacção e actividades de estimulação do RN
- Observação da participação do pai nos cuidados ao RN

Observação da Prática de Cuidados prestados ao RN		Sim	Não	Adequação ²⁶	
Competências dos Pais	1. Alimentação do RN	Aleitamento Materno			
		1.1. Técnica da mamada			
		Observações:			
		1.2. Cuidados com as mamas			
		Observações:			

²⁵ Identificação Numérica dos Pais

²⁶ Adequação da prática de cuidados observada:

O – Nada Adequado; X – Pouco Adequado; XX – Adequado; XXX – Muito Adequado

Competências dos Pais					
	1.3. Posições de eructação				
	Observações:				
	Aleitamento Artificial				
	1.4. Manuseamento de biberões				
	Observações:				
	1.5. Preparação do leite				
	Observações:				
	1.6. Técnica da mamada				
	Observações:				
	1.7. Posições de eructação				
	Observações:				
	2. Higiene e Conforto do RN	2.1. Técnica do banho			
		Observações:			
2.2. Produto a usar					
Observações:					
2.3. Cuidados ao coto umbilical					
Observações:					

Competências dos Pais					
		2.4. Cuidado à região perineal e peri-anal			
		Observações:			
	3. Vestuário do RN	3.1. Características			
		Observações:			
		3.2. Acessórios			
		Observações:			
	4. Afecto e Estimulação do RN	4.1. Percepção do RN pelos Pais			
		Observações:			
		4.2. Interação Pais - RN			
		Observações:			
		4.3. Sinais e sintomas de depressão materna			
		Observações:			
		4.4. Estimulação verbal e táctil			
		Observações:			
4.5. Utilização do brinquedo (caixa de música, objectos brilhantes e de cores fortes)					
Observações:					

5. Adaptação ao Papel Parental	5.1. Figura significativa como principal prestadora de cuidados			
	Observações:			
	5.2. Envolvimento dos outros membros da família nuclear			
	Observações:			
	5.3. Envolvimento da família alargada			
	Observações:			

² Adequação da prática de cuidados observada:

O – Nada Adequado; X – Pouco Adequado; XX – Adequado; XXX – Muito Adequado

Na preparação dos dados para interpretação houve necessidade de definir critérios na avaliação da prática de cuidados observada. Os critérios tidos em consideração foram os mesmos em todas as observações respeitando a objectividade dos dados a colher.

⇒ ***Crítérios para avaliação da prática de cuidados observada:***

1. Alimentação do RN

⇒ Aleitamento Materno

1.1. Técnica da Mamada

Posição da Mãe

Posição do RN

Adaptação do RN à mama (Pega)

Retirada da mama da boca do RN

Ambiente envolvente

1.2. Cuidados com as Mamas

Cuidados antes da mamada

Cuidados após a mamada

Utilização de soutiens apropriado

Cuidados específicos face à presença de problemas

1.3. Posições de Eructação

Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

⇒ Aleitamento Artificial

1.4. Manuseamento de Biberões

Técnica correcta

Higiene previa das mãos

1.5. Preparação do Leite

Tipo de leite

Nº de medidas de leite / quantidade de água correcta

Verificação da temperatura do leite

Verificação do orifício da tetina

1.6. Técnica da Mamada

Adaptação da boca do RN à tetina

Inclinação do biberão

Posição da mãe

Posição do RN

Ambiente envolvente

1.7. Posições de Eructação

Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

2. Higiene e Conforto do RN

2.1. Técnica do Banho

Preparação previa do material

Temperatura ambiente

Utilização de banheira ou recipiente adequado

Utilização de esponja macia

Temperatura da água

Imersão do RN na água

Sequência do banho

Posição como segura o RN durante o banho

Cuidados à face do RN (olhos, nariz, ouvidos)

2.2. Produto a usar

Produtos com características adequadas

2.3. Cuidados ao Coto Umbilical

Utilização álcool 70°

Limpeza do cordão e área circundante

2.4. Cuidados à Região perineal e peri-anal

Proceder à limpeza dos genitais se a fralda estiver suja

Higiene dos genitais nas meninas de cima para baixo

Colocação de creme em camada fina

3. Vestuário do RN

3.1. Características

Características dos tecidos das roupas

Roupa adequada à estação do ano

Modelo das roupas

3.2. Acessórios

Uso de acessórios nos pais e RN (fios, anéis, pulseiras)

4. Afecto e Estimulação do RN

4.1. Percepção do RN pelos Pais

O RN volta a cabeça em direcção à voz dos pais

O RN aprecia o contacto corporal

4.2. Interação Pais – RN

Comunicação Pais – RN nos três momentos observados (aleitamento, banho e higiene e vestir do RN)

Tom de voz dos Pais

Tipo de movimentos (suaves / bruscos; lentos / rápidos)

Seguram confortavelmente o RN

Estabelecem contacto visual

Sorriem para o RN

Compreendem o significado do choro do RN
O RN aprecia o contacto corporal

4.3. Sinais e Sintomas de depressão pós-parto

Disponibilidade
Irritabilidade
Autoimagem / Autocuidado
Expressão facial
Labilidade emocional
Relação conjugal
Relações familiares

4.4. Estimulação verbal e táctil

Importância do toque
Estimulação auditiva

4.5. Utilização do brinquedo

Rocas e chocalhos, objectos brilhantes, coloridos, macios, de texturas diferentes, que sirvam para apertar e segurar

5. Adaptação ao Papel Parental

5.2. Envolvimento dos outros membros da família nuclear

Adaptação ao papel parental

5.3. Envolvimento da família alargada

Adaptação ao novo elemento da família