

Folha de rosto (folha-rosto-essv em pdf)

Agradecimentos

À Senhora Professora Doutora Paula Nelas, pelo apoio, disponibilidade e incentivo ao longo de todo meu percurso académico.

Ao Senhor Professor Doutor João Duarte, pela sua co-orientação e preciosa ajuda.

Ao meu grupo de trabalho, especialmente à Lora, pelo trabalho em equipa que juntas conseguimos realizar.

À minha mãe, pelo seu apoio incondicional e por acreditar em mim.

Aos meus irmãos, Luís e Pedro, pelo apoio informático.

Ao Manuel, por tudo.

RESUMO

Enquadramento: O suporte social é um fator relevante no estabelecimento de laços afetivos, uma vez que se refere à existência e à qualidade de relações sociais em geral ou em particular, às relações familiares e de amizade. Este, tem sido apontado como principal variável psicossocial envolvida na adaptação à parentalidade e, por inerência, ao desenvolvimento do *bonding* entre pai e bebé.

Objetivos: Este estudo procura estabelecer a relação entre as variáveis sócio-demográficas, obstétricas, envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto/parto e suporte social com o *bonding*.

Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 349 pais, com idades entre os 19 e os 55 anos, sendo a média, 31,84 anos, com o desvio padrão de 6,067. Para a mensuração das variáveis utilizaram-se instrumentos de medida, de reconhecida fiabilidade, aferidos e validados para a população portuguesa: Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) e Escala de *Bonding* (Figueiredo et al., 2005). Foram também aplicados questionários de caracterização sociodemográfica, obstétrica e envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto.

Resultados: Os resultados demonstram que o *bonding* positivo é influenciado pela idade ($p=0,010$), habilitações literárias ($p=0,045$), ser primeiro filho ($p=0,027$), comunicação com o feto ($p=0,005$), presença no trabalho de parto ($p=0,045$). Relativamente ao suporte social:

- *bonding* positivo e “satisfação com os amigos” ($p=0,011$);
- *bonding* negativo e “intimidades” ($p=0,011$);
- *bonding* total e “satisfação com a família” ($p=0,001$).

Conclusão: Perante estes dados, o papel dos enfermeiros especialistas em saúde materna assume-se como primordial, devendo envolver o pai desde o início da gravidez. Dada a importância que o suporte social assume no estabelecimento do *bonding*, é imprescindível que os profissionais de saúde apoiem e integrem o pai no processo de adaptação à parentalidade.

Palavras-chave: Pai; Bebé; Trabalho de Parto; Parto; *Bonding*; Suporte Social.

ABSTRACT

Background: One of the important factors in the establishment of bonding between parent and baby is social support. This factor is associated to the existence and quality of social relations, marital relations and friendship. This has been pointed out as the main psychosocial variable involved in adaptation to parenthood and thus also important in the development of bonding between parent and baby.

Objective: The central problem of this empirical study is to investigate the influence of socio-demographic, obstetric, father involvement in pregnancy, labor/delivery and social support, with the bonding.

Methods: This study is a cross-sectional study, correlational descriptive, quantitative, attended by 349 parents, aged between 19 and 55, with an average age of 31,84, with the standard deviation of 6,067. To evaluate variables, instruments of recognized reliability were used, measured and validated for the Portuguese population: satisfaction scale with the social support and bonding scale. Questionnaires were also applied in what concerns social-demographic, obstetric and father involvement in pregnancy, labor and delivery, providing a reliable sample characterization.

Results: This study reveals that positive bonding is influenced by age ($p=0,010$), qualifications ($p=0,045$), first child ($p=0,027$), communication with fetus ($p=0,005$) and be present during labor ($p=0,045$).

Regarding to social support:

- Positive bonding and "satisfaction with friends" ($p=0,011$);
- Negative bonding and "intimacies" ($p=0,011$);
- Total bonding and "family satisfaction" ($p=0,001$).

Conclusion: The data undoubtedly show the importance of nurse specialists in maternal health who must involve the father since the beginning of pregnancy. Since social support is key to bonding, it is essential that health professionals support and integrate the father in the adjustment process to parenthood.

Keywords: Father, Baby, Labor, Delivery, Bonding, Social Support.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

1 - INTRODUÇÃO	17
1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2 - BONDING NA GRAVIDEZ E PARTO	21
2.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, RELIGIOSOS, PSICOLÓGICOS E CULTURAIS ENVOLVIDOS NO <i>BONDING</i>	28
3. SUPORTE SOCIAL E BONDING	31
2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	41
4 - METODOLOGIA	41
4.1-CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA, QUESTÕES, OBJETIVOS E ESQUEMA CONCETUAL DE BASE	41
4.2 - PARTICIPANTES	43
4.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	44
4.2.2 - Caracterização sócio espacial da amostra	46
4.3 - INSTRUMENTO	47
4. 4 – PROCEDIMENTOS	52
4.5 - ANÁLISE DESCRITIVA	53
4.5.1 - Caracterização obstétrica	53
4.5.2 – Caracterização do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto	56
4.5.3 – Relação entre as variáveis sócio-demográficas e o suporte social	62
4.5.4 – Relação entre as variáveis obstétricas e o suporte social	64
4.5.5 – Relação entre as variáveis de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto e o suporte social	66
4.6 – ANÁLISE INFERENCIAL	68
5 – DISCUSSÃO	81
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	81
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
6 – CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXO I	109
ANEXO II	115
ANEXO III	116

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estatística referente à idade.....	44
Quadro 2 - Dados sociodemográficos dos participantes em função da idade	46
Quadro 3 - Correlação dos itens da escala de satisfação com o suporte social	50
Quadro 4 - Correlação dos itens da escala de <i>bonding</i>	51
Quadro 5 - Caracterização obstétrica segundo os grupos de idade	56
Quadro 6 - Caracterização do envolvimento do pai segundo os grupos de idade	61
Quadro 7 - Teste t entre a idade e o suporte social.....	62
Quadro 8 - Teste One-Way ANOVA e testes Post Hoc entre as habilitações literárias e o suporte social	63
Quadro 9 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o suporte social.....	63
Quadro 10 - Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o suporte social	64
Quadro 11 - Teste t entre ser primeiro filho e o suporte social	64
Quadro 12 - Teste t entre o tipo de parto e o suporte social.....	65
Quadro 13 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o suporte social	65
Quadro 14 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o suporte social.....	65
Quadro 15 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o suporte social	66
Quadro 16 - Teste U de Mann-Whitney entre os movimentos fetais e o suporte social	66
Quadro 17 - Teste U de Mann-Whitney entre comunicar com o feto e o suporte social	67
Quadro 18 - T-teste entre a presença no trabalho de parto e o suporte social	67
Quadro 19 - Teste t entre a presença no parto e o suporte social.....	67
Quadro 20 - Teste t entre a idade e o <i>bonding</i>	68
Quadro 21 - Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o <i>Bonding</i>	69
Quadro 22 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o <i>bonding</i>	69
Quadro 23 - Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o <i>bonding</i>	70
Quadro 24 - Teste t entre ser primeiro filho e o <i>bonding</i>	70
Quadro 25 - Teste t entre o tipo de parto e o <i>bonding</i>	71
Quadro 26 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o <i>bonding</i>	71
Quadro 27 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o <i>bonding</i>	72
Quadro 28 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o <i>bonding</i>	72
Quadro 29 - Teste U de Mann-Whitney entre a percepção dos movimentos fetais ativos e o <i>bonding</i>	73
Quadro 30 - Teste U de Mann-Whitney entre comunicar com o feto e o <i>bonding</i>	73

Quadro 31 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença no trabalho de parto e o <i>bonding</i>	73
Quadro 32 - Teste t entre a presença no parto e o <i>bonding</i>	74
Quadro 33 - Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> positivo e o suporte social	74
Quadro 34 - Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> positivo e o suporte social	75
Quadro 35 - Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> negativo e o suporte social	75
Quadro 36 - Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> negativo e o suporte social	76
Quadro 37 - Correlação de Pearson entre o <i>bonding not clear</i> e o suporte social	77
Quadro 38 - Regressão múltipla entre o <i>bonding not clear</i> e o suporte social	78
Quadro 39 - Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> total e o suporte social	78
Quadro 40 - Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> total e o suporte social	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema conceptual base.....	43
Figura 2 – Esquema Síntese da Relação entre Suporte Social e o tipo de <i>bonding</i>	79

1 – INTRODUÇÃO

O aumento de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de relevo no ciclo de vida humana e familiar, alterando os comportamentos, as relações e as funções de pais e mães. Assim, com a chegada de um bebé ocorre um período de mudança e de adaptação a uma nova situação, que marca uma nova etapa na vida do casal, envolvendo modificações de perspectivas, reorganização familiar e um aumento de responsabilidades (PALÁCIOS, 2005).

O nascimento de um bebé, particularmente do primeiro filho, institui-se como um grande impacto no seio familiar. Como tal, o processo de transição para a parentalidade com as respetivas alterações de papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam frequentemente momentos de tensão familiar. Surge uma nova e relevante fase do ciclo vital da família, havendo uma sequência previsível de transformações na organização familiar (RELVAS, 2004).

Ainda que estas reorganizações internas sejam, na maioria das vezes, previsíveis, constituem-se sempre como momentos de uma certa ansiedade, *stress* quer para a mãe, quer para o pai, gerando por vezes crises (RELVAS, 2004). Da alteração no papel do homem no processo de transição para a parentalidade, origina-se a necessidade de adaptações intra e interpessoais para as quais o pai necessita de orientação e de apoio social, com repercussões no estabelecimento de vínculos afetivos em relação ao recém-nascido.

O processo de vinculação é tido como indispensável dado que este irá favorecer e, por vezes, determinar a futura relação entre a díade: pai/bebé, bem como influenciar o desenvolvimento cognitivo e social da própria criança. Porém, há que salvaguardar que o processo de vinculação (*bonding*) não é linear nem estático, mas condicionado por um conjunto de fatores interligados com as condições parentais e as situacionais que poderão coadjuvar ou impedir o estabelecimento do processo de vinculação (PEREIRA, 2009).

Neste contexto surge o conceito de *bonding*, que remete para a ligação da figura materna e paterna ao recém-nascido. Esta vinculação, no caso do presente trabalho, refere-se a todo o comportamento que permite ao pai estabelecer e manter a proximidade ou contacto com o bebé, tratando-se de um fenómeno vital para este, como a respiração ou a satisfação de necessidades humanas básicas (BRANDÃO, 2009).

A interação estabelecida entre o pai e o bebé promove o *bonding*, cuja semântica remete para um processo gradativo de envolvimento afetivo entre esta díade. Este é um processo que decorre durante o período de gravidez, nos primeiros momentos após o

nascimento e no pós-parto. Figueiredo *et al.* (2005) salientam que o *bonding* não ocorre imediatamente após o nascimento, ou seja, é um processo que se declara e fortalece progressivamente no decorrer do primeiro ano de vida. Para estes autores, a formação do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança.

Segundo Carvalho (2003), o pai ao assistir ao nascimento do filho vive experiências positivas pelo suporte emocional que proporciona à companheira/mulher e pelos sentimentos e emoções que experiencia, os quais podem favorecer o maior envolvimento emocional precoce com o filho.

Contudo, e tendo-se em conta o tema deste trabalho, o *bonding* poderá ser influenciado por aspetos psicossociais, nomeadamente o suporte social que o pai dispõe ou percebe no trabalho de parto e parto. O suporte social percebido é uma variável da personalidade que se mantém estável ao longo do tempo, reportando-se à experiência de vinculação. As pessoas que estabeleceram uma vinculação segura terão a percepção de um alto suporte social, crendo que as pessoas que constituem a sua rede social, próxima e alargada, estarão mais disponíveis. A percepção de um suporte social disponível, mesmo não existindo como tal, aumenta o bem-estar do indivíduo, anulando efeitos potencialmente negativos decorrentes do facto da não existência de suporte quando necessário (FREITAS, 2009).

A consciência desta realidade, consubstanciada com a motivação pessoal, aleada às evidências de poucos estudos que se enfoquem no estabelecimento de laços afetivos entre o pai e o bebé no trabalho de parto e parto, levou à elaboração das seguintes questões centrais, subjacentes à problemática do presente estudo:

- Qual a influência das variáveis sócio-demográficas sobre o *bonding*?
- Será que as variáveis obstétricas influenciam o *bonding* entre o pai e o bebé?
- De que forma o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto influencia o *bonding*?
- Qual a relação entre o suporte social e o tipo de *bonding*.

Certo é que as evidências mostram que o pai quer ser cada vez mais um elemento ativo no momento do parto, considerando fulcral a sua participação enquanto companheiro que dá apoio físico e emocional à mãe. Este experiencia sentimentos positivos e negativos que nem sempre vão ao encontro do idealizado, podendo sofrer influência do suporte social de que dispõe.

Em síntese, julgamos que se trata de uma problemática muito atual e pertinente para os profissionais de saúde. Sabe-se que, com este trabalho, não se poderão encontrar soluções, todavia, espera-se realizar um diagnóstico do *bonding* e do suporte social aliados à figura paterna, o que poderá servir de ponto de partida para se delinear uma intervenção ajustada às suas necessidades. Assim sendo, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- indagar de que forma o *bonding* é influenciado pelas variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação).
- explorar como é que as variáveis obstétricas (ser primeiro filho, gravidez planeada, gravidez desejada e tipo de parto) interferem no *bonding* paterno.
- definir como é que o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, perceção dos movimentos fetais ativos, comunicar com o feto, presença no trabalho de parto e presença no parto) influencia o *bonding*?
- analisar a relação existente entre suporte social e o tipo de *bonding*.

Para se alcançarem os objetivos supramencionados, realizou-se um estudo quantitativo do tipo transversal, segundo uma lógica descritiva-correlacional. Os dados foram analisados com recurso ao Programa SPSS – *Statistical Package for Social Science*, versão 20.0.

O corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. Na primeira parte encontram-se definidos os conceitos que integram a problemática, *bonding* na gravidez e parto, fatores sociodemográficos, religiosos, psicológicos e culturais envolvidos no *bonding*, suporte social e *bonding*. A segunda parte engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo empírico, onde se apresenta e descreve a investigação que se vai desenvolver, nomeadamente, o desenho da investigação, a população e a amostra, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresentam-se os resultados, onde é realizada a sua análise e interpretação e posteriormente a discussão metodológica e dos resultados. Por fim, expomos as conclusões.

Esperamos que este estudo contribua, de forma efetiva, para o conhecimento do fenómeno do *bonding* e suporte social e para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros.

1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 - BONDING NA GRAVIDEZ E PARTO

O termo *bonding* foi introduzido em 1976, com Klaus e Kennel, cuja semântica aponta, na sua originalidade, para a existência de um único vínculo, particular e sólido que se cria desde os primeiros contactos entre os progenitores e o bebé (BRANDÃO, 2009). Assim, o *bonding* é um processo progressivo de envolvimento afectivo da tríade mãe/pai/bebé, que surge desde o início da gravidez, nos primeiros momentos após o nascimento e no pós-parto.

O envolvimento emocional tem início mesmo antes da concepção, sendo demonstrado através de emoções e interação com o feto e aceitação da gravidez (KLAUSS E KENNEL, 1993, Cit. por PEREIRA, 2009). A participação activa do pai nos períodos de gravidez e nascimento têm repercussões positivas, na forma como aquele acontecimento é vivenciado e também na qualidade dos comportamentos enquanto pai (COSTA, 1994, Cit. por PEREIRA, 2009). Se acompanha a gravidez e o parto, então vai construir uma relação semelhante à da mãe, assim, quando contacta com o bebé vai olhar, tocar, segurar e embalar o seu filho (PARKE; O'LEARY, 1974, Cit. por PEREIRA, 2009).

Nas sociedades ocidentais, o principal papel do pai tem sido associado exclusivamente ao apoio financeiro. No entanto, a partir dos anos 60, começou a associar-se o pai ao parto e ao nascimento, facto que conduziu a uma forte relutância e controvérsia. Desde logo, porque a sociedade relacionava o homem com a causa de infeções e em alguns lugares era considerado bárbaro que este assistisse a um parto, havendo mesmo a crença de que tal acontecimento poderia levar a inibições sexuais. O pai era considerado como um elemento incómodo no momento do parto, pensava-se que a sua presença interferiria, de forma negativa, com os cuidados (HILDINGSSON, CEDERLOF; WIDÉN, 2011).

As mulheres, em trabalho de parto, eram geralmente apoiadas por uma mulher próxima delas, nomeadamente amiga ou familiar. Posteriormente percebeu-se que os pais manifestavam vontade em partilhar este momento e viver esta experiência com a sua companheira. Constatou-se, ainda que as mulheres, na presença dos seus companheiros, sentiam menos dor, necessitavam de menos alívio na dor e sentiam, o parto como uma experiência mais positiva (HILDINGSSON, CEDERLOF; WIDÉN, 2011).

No século XX, a partir dos anos 70, os pais têm sido encorajados a receber formação sobre educação parental, nomeadamente na Suíça, em que participavam no parto e desenvolviam um vínculo precoce com o bebé. As parteiras encorajavam os pais a participar nos cuidados pré-natais. As pesquisas efetuadas sobre as emoções, sentimentos, perspetivas, motivações e expectativas dos pais só começaram a surgir nos meados dos anos 80 do século XX, no entanto, o alvo principal tem sido o papel do pai no apoio durante o parto e não propriamente a sua experiência e envolvimento emocional no processo. É sabido que, no momento do nascimento, as mulheres sentem-se mais seguras com a presença dos seus companheiros. Também tem sido demonstrado que as mulheres sentem-se mais satisfeitas se o seu companheiro estiver envolvido no trabalho de parto e no parto (HILDINGSSON, CEDERLOF; WIDÉN, 2011).

Nos últimos anos, as emoções do pai em relação ao nascimento têm sido foco de atenção, no entanto, os resultados das investigações têm sido inconclusivos. Assim, se por um lado, resultados de estudos dos países ocidentais tais como Austrália, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Estados Unidos, revelaram que os sentimentos comuns a muitos pais eram a sensação de impotência, inutilidade, ansiedade e necessidade de apoio psicológico durante o parto, outras investigações mostraram que os pais gostavam de estar presentes durante o nascimento, mas confessavam ser difícil assistir ao sofrimento da mulher e não a puderem ajudar no alívio da dor. Verificou-se também que os pais que participaram nas sessões de preparação para o parto perceberam que a dor fazia parte do mesmo e relataram sentirem menos ansiedade, frustração e sentimentos de desamparo. Os pais referiram que uma das experiências de parto menos positivas e que conduziram a maior sofrimento psicológico esteve relacionada com as situações de cesariana de emergência (HILDINGSSON, CEDERLOF; WIDÉN, 2011).

Vários estudos mostraram que os homens que vivenciam o momento do parto reconhecem que este é um momento mais exigente do que o esperado. Referem também que se sentiam mal preparados e não faziam ideia do tempo que o parto iria durar ou como as mulheres e eles mesmos iriam reagir (HILDINGSSON; CEDERLOF; WIDÉN, 2011).

O pai desenvolve um envolvimento emocional cada vez maior na relação com o bebé, à medida que a gravidez vai evoluindo. Se este acompanha a gravidez de forma cuidada e fica atento a todos os acontecimentos que a mãe descreve, assiste ao crescimento do feto pelas ecografias, ouve o seu coração na auscultação cardíaca fetal, sente os seus movimentos quando toca na barriga da mãe vai facilitar o seu envolvimento emocional com o filho (PEREIRA, 2009). Desta forma, nos cursos de preparação para a parentalidade e nas consultas de vigilância da gravidez seria fulcral a presença do pai para

que este pudesse, assim como a mãe, desenvolver uma relação progressivamente positiva com o bebê, adaptando-se de forma gradual às exigências do seu novo papel.

O incentivo do pai para a participação em consultas durante a gravidez, nas aulas de preparação para o parto e no parto é muito importante para estimular o envolvimento do pai no processo de transição para a parentalidade (MENDES, 2007).

O envolvimento emocional do pai durante a gestação deve ser estudado de forma muito singular pois esta relação, durante este período, será sempre mediada pela mãe. O envolvimento do pai pode variar muito no decorrer da gravidez, sendo influenciado pelas características do pai e pelo desenvolvimento do bebê (PICCININI *et al.*, 2004). A transição dos homens para a paternidade é guiada pelo contexto social em que vivem e trabalham e por características pessoais, em interação com a qualidade do relacionamento com a companheira. Os homens procuram conciliar as suas necessidades pessoais e as referentes ao trabalho com as necessidades da sua nova família (GENESOSI;TALLANDINI, 2009) Perante tal diversidade de comportamentos, May (1982) Cit por PICCININI *et al.* (2004) apresenta um padrão de mudanças sequenciais no envolvimento dos pais, durante os três trimestres da gravidez. A primeira fase compreende o período em que há a suspeita de gravidez, em que o pai se apresenta desconfortável, *stressado* e com sentimentos de ambivalência. Na segunda fase, a distância emocional é a mais marcante pois os pais ainda não sentem a gravidez como algo real. Finalmente, numa terceira fase coincidente com o terceiro trimestre de gestação, os pais vivenciam a gravidez como algo real e importante e participam nos preparativos para a chegada do bebê. Apesar de ter sido definido este padrão, existem pais que atravessam estes momentos de forma diferente, existindo aqueles que não conseguem envolver-se com o bebê durante a gravidez (PICCININI *et al.*, 2004).

Perante os estudos que demonstram o crescente envolvimento do pai e os benefícios que isso traz para o envolvimento paterno e adaptação ao seu novo papel, torna-se necessário implementar medidas que fomentem a participação do pai no período pré-natal, no parto e pós-parto.

Neste sentido, fazemos referência a um estudo que contou com uma amostra 35 homens que iam ser pais pela primeira vez, cujo objetivo foi observar o seu envolvimento com o bebê durante a gravidez (PARKE, 1996, Cit. por PICCININI *et al.*, 2004). O autor refere que os pais que presenciam as ecografias têm um maior envolvimento com o seu bebê, uma vez que podem observar o seu crescimento e desenvolvimento. No entanto, existem pais que, por não compreenderem as imagens, vivenciam este momento de forma menos positiva, inclusive, assumem uma postura de indiferença. Este estudo revelou que a maioria dos pais interagiu com o bebê durante a gravidez na tentativa de estabelecer um contacto mais próximo com o mesmo, através de leitura de histórias, mimos e beijos na

barriga da mãe. Esta relação já demonstra uma vivência real da paternidade e um grande envolvimento emocional do pai com o bebé. Outros pais referiram dificuldade em sentir os movimentos do filho ou interagiram menos com o bebé, factos que podem demonstrar que o pai ainda não sentia o seu bebé como real e por isso tinha dificuldade em comunicar.

Bolli (2002) realizou um estudo longitudinal, de carácter exploratório, que permitiu averiguar o envolvimento paterno com o bebé em dois momentos distintos, evidenciando as expectativas de envolvimento do pai com o bebé durante a gestação e o tipo de envolvimento do pai com o bebé aos doze meses de idade. São estudados dois grupos distintos: pais de primeiro filho e pais que já possuem outro filho. Deste estudo constata-se algumas diferenças nestes dois grupos, apesar de estar não serem muito importantes. Assim, os pais de primeiro filho apresentam, quando comparados com o outro grupo, mais expectativas de acessibilidade, isto é, esperam poder estar presentes, ter tempo, disponibilidade e estarem disponíveis e acessíveis para o filho. Segundo a autora, este facto também pode ser reflexo do ideal social vigente. Os pais que já tinham outros filhos, demonstraram mais expectativas de *engajamento*, ou seja, desejavam participar mais diretamente nos cuidados e atividades que estivessem relacionadas com os filhos.

A experiência de já ter sido pai pode modificar a imagem que o pai tem de si próprio enquanto pai e pode alterar o tipo de expectativas no que diz respeito ao envolvimento com o bebé. A transição para a parentalidade exige uma mudança de identidade e de papel social do homem. Os pais que já têm outros filhos já realizaram este processo de transição e já aprenderam algo sobre a arte de ser pai, o que poderá influenciar as expectativas relativas ao seu papel e ao seu envolvimento com o bebé. (BOLLI, 2002)

O envolvimento do pai na gravidez vai reflectir-se no vínculo com o bebé após o nascimento (MENDES, 2007, Cit. por BRANDÃO, 2009). De facto, tem-se verificado uma maior participação do pai nas consultas de vigilância da gravidez, o que tem influência positiva no envolvimento do pai com o bebé, ainda na gestação. O facto de o pai sentir os movimentos fetais, conhecer o sexo do bebé e poder projectá-lo no seu imaginário tem contribuído fortemente para este envolvimento paterno (SERENO, 2005, Cit. por BRANDÃO, 2009).

É muito importante que os pais estejam presentes quando a mulher realiza ecografias pois é neste momento que muitos homens tomam consciência do sentimento de se tornar pai, pois eles não têm informações interceptivas ou proprioceptivas que lhes digam que o bebé existe e a ecografia permite-lhes tornar essa presença real. No entanto, muitos pais só o fazem com o primeiro filho, o que impõe a necessidade de criar medidas que

permitam aos pais ausentar-se do trabalho para serem mais participativos (CAMUS, 2002, Cit. por FELIZARDO *et al.*, 2010).

Há três fases específicas de paternidade: período pré-natal, trabalho de parto e nascimento e período pós-natal. A gravidez da parceira revela-se o período mais exigente em termos de reorganização psicológica do “eu”. O parto e o nascimento são referidos como os momentos mais intensos emocionalmente; o período pós-parto é tido como o mais influenciado por fatores ambientais. Este último também tem sido vivenciado como o desafio mais inter e intrapessoal, no que diz respeito a lidar com a nova realidade de ser pai (GENESOSI;TALLANDINI, 2009). Como tal, é importante que os profissionais de saúde promovam a participação dos pais desde a concepção até ao nascimento do filho, visando-se um envolvimento emocional mais forte, o qual poderá ter resultados positivos no apoio psicossocial que este poderá dar à mãe no trabalho de parto e parto.

O facto de os pais assistirem e participarem no parto leva-os a sentirem-se dinâmicos e evita o sentimento de exclusão, que muitas vezes referem sentir devido à intimidade que presenciam entre mãe e recém-nascido. Desta forma, testemunhando os seus primeiros momentos, o pai sente-se mais íntimo e próximo do seu filho (RIBEIRO; LOPES, 2006, Cit. por PEREIRA, 2009). Para alguns pais, o momento do parto constitui um importante momento, enquanto estímulo para a parentalidade. Os profissionais de saúde devem ter o cuidado de envolver o pai no momento do parto pois ao fazê-lo contribuem para uma melhor adaptação ao papel de pai, uma vez que os homens que assistem e participam no parto sentem-se mais activos e desenvolvem maior intimidade com a sua companheira e bebé (RIBEIRO; LOPES, 2006, Cit. por BRANDÃO, 2009). Nesse âmbito, a estimulação da participação do pai na gravidez evita que este se sinta excluído deste processo pois existem estudos que comprovam que o aumento do envolvimento paterno está relacionado com maior satisfação e bem-estar das famílias (FELIZARDO *et al.*, 2010). Desta forma, apesar de alguns profissionais de saúde não estarem muito sensibilizados para participação do pai no parto, este envolvimento deve ser estimulado pois os seus efeitos positivos na relação mãe/pai/bebé são evidentes.

Foi desenvolvido um estudo, nas 24 a 48 horas após parto, na Maternidade Júlio Dinis, com uma amostra de 315 mães e 141 pais cujo objetivo foi pesquisar o envolvimento emocional inicial dos pais com os bebés. Dos resultados obtidos verificou-se que, na semana seguinte ao nascimento do bebé a maioria das mães e pais apresentam elevado envolvimento positivo com o bebé, manifestam pelo menos uma emoção não claramente relacionada com o *bonding* e têm diminuto ou ausente envolvimento emocional negativo com o filho. Os progenitores masculinos apresentam um melhor envolvimento emocional inicial com os bebés do que as progenitoras (FIGUEIREDO *et al.*, 2005).

Backstrom e Wahn (2011) realizaram um estudo sobre o apoio oferecido ao pai no trabalho de parto, verificando que para os pais se sentirem envolvidos, é essencial que tenham a sensação de estar a receber apoio. Estes, sentiram que se envolveram quando a parteira mostrou o que eles poderiam fazer para ajudar a sua companheira, ou quando imitavam a parteira na forma como esta apoiava a mulher, através de massagens, exercícios de respiração durante a contracção, entre outros. Eles, também querem ter informação contínua sobre o que está a acontecer durante o trabalho de parto para que possam apoiar a companheira nas diferentes etapas. Quando a parteira ou a companheira orientam o pai nos procedimentos, o seu sentimento de envolvimento aumenta porque sentem que têm uma responsabilidade atribuída.

As vantagens inerentes à presença do pai na sala de partos manifestam-se em benefícios para a mãe, para o pai e para o casal, bem como para a tríade mãe/pai/filho (TOMERILI *et al.*, 2007, Cit. por CARVALHO, 2010).

Para a maioria dos pais, o *bonding* estabelecesse quase de imediato e após o primeiro contacto com o filho. Estes vinculam-se com os seus filhos de forma tão imediata quanto as mães e têm um melhor *bonding* com o recém-nascido nas primeiras 48 horas quando comparados com as mães (FIGUEIREDO *et al.*, 2005). Apesar da escassez de estudos sobre o tema, presume-se que o envolvimento emocional entre pais e filhos se desenvolve de forma similar ao envolvimento materno com o bebé (BRANDÃO, 2009). Alguns autores sustentam a mesma opinião, afirmando que o *bonding* do pai com o bebé é em tudo semelhante ao *bonding* entre a mãe e o bebé (FIGUEIREDO *et al.*, 2005; SNOW; MCGAHA, 2002).

A mãe, desde a gravidez, tende a propiciar ao seu bebé um ambiente seguro no qual este se possa desenvolver e crescer, estabelecendo uma relação simbiótica, até ao nascimento. A partir deste momento, a maioria dos casais tende a reunir esforços para cuidar do seu filho e empenhar-se para lhe proporcionar todos os cuidados necessários à sua sobrevivência. É precisamente a partir desse momento que os pais são elementos fulcrais e indispensáveis para a vinculação com o bebé (EDWARDS, 2005; OLIVEIRA, 2007).

Neste sentido, pode afirmar-se que também os homens, tal como as mulheres, são influenciados pela gravidez e pelo nascimento do seu filho, o que implica que se considere a tríade mãe/pai/filho, como um todo indissociável, cuja abordagem deve ser multidisciplinar. (FIGUEIREDO *et al.*, 2007). Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde assumam consciência da importância do estabelecimento de uma relação precoce e positiva entre mãe/pai/filho proporcionando todas as condições necessárias para que este vínculo

inicial aconteça de forma saudável e natural, pois o nascimento é o início de uma relação que, normalmente, irá durar toda a vida.

O papel de pai tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, principalmente durante a gravidez e nascimento do seu filho, assistindo-se a uma valorização cada vez maior da vivência da gravidez (CORREIA; SERENO, 2005, Cit. por BRANDÃO, 2009). O papel do pai e o seu envolvimento emocional com o bebé têm sido pouco estudados, mas dada a importância que o relacionamento tem na vida da mulher e na sua adaptação à gravidez, o envolvimento do pai tem vindo a ser alvo de estudo, o que se reflecte numa crescente presença deste na preparação pré-natal, nascimento e pós-parto (BUITS *et al.*, 2002, Cit. por BRANDÃO, 2009). Neste sentido, o envolvimento do pai nos períodos de gravidez, parto e pós-parto pode ter repercussões na relação da tríade mãe/pai/filho (KLAUS; KENNEL, 1992, Cit. por MENDES, 2007). Cabe ao enfermeiro especialista de saúde materna estar atento e desperto, para em qualquer destas fases desde a concepção ao nascimento, envolver o pai nestes períodos mediante as suas escolhas.

Um outro aspecto a ser realçado relaciona-se com o facto de o nascimento de um filho ser uma vivência que envolve não só o casal mas também a família mais alargada. O nascimento, como foi referido, pode ser perspectivado de modo diferente para os pais e para as mães, dependendo da adaptação à nova situação, o que pressupõe as singularidades de cada um, as características individuais do bebé e as características do contexto social mais alargado (MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2007, Cit. por BRANDÃO, 2009).

Neste sentido, o enfermeiro deve trabalhar com e para a família, respeitando as singularidades, valores e ideais, indo ao encontro das expectativas familiares, nomeadamente do pai, sobre o período gravídico puerperal.

A transição para a parentalidade implica mudanças de ordem física e psicológica, devendo o casal adaptar-se às mesmas, ou seja, quer às ocorridas no corpo materno, quer às resultantes da mudança de papéis quer a situações ocorridas durante a gravidez, parto e pós-parto (CONDE; FIGUEIREDO, 2007, Cit. por BRANDÃO, 2009). A gravidez, o parto e o puerpério não podem ser tomados como fases dissociadas, estas, pelo contrário, são parte integrante do processo de parentalidade, numa fase em que o mais relevante é a relação que a mãe e o pai estabelecem com o seu filho (SCHMIDT; BONILHO, 2003, Cit. por BRANDÃO, 2009). A parentalidade desenvolve-se num contexto familiar, devendo, por isso, também atender ao enquadramento social e cultural de cada casal (BRANDÃO, 2009).

Pelo que foi referido, é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, compreendam e interpretem os sentimentos expectantes do pai e planeiem os cuidados, envolvendo-o neste processo, atendendo às suas necessidades, e procurando que estes funcionem como suporte

emocional e social da sua companheira durante o trabalho de parto e parto. Também a relação existente entre o envolvimento do pai e os fatores sociodemográficos deve ser tida em consideração para agirem em prol de um envolvimento emocional do pai positivo.

2.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, RELIGIOSOS, PSICOLÓGICOS E CULTURAIS ENVOLVIDOS NO *BONDING*

A adaptação à parentalidade depende do contexto em que o indivíduo se insere, nomeadamente, nas relações que estabelece e nos vários papéis que desempenha (MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2007). Também existem alguns fatores que influenciam a vontade do pai em acompanhar o nascimento do seu filho, tais como, o nível socioeconómico, o nível cultural, o tipo de relacionamento do casal e a participação durante a gravidez (RIBEIRO, 2005, Cit. por FELIZARDO, 2010). Por seu lado, a proveniência geográfica, paridade e a idade são fatores predisponentes para os pais a assistirem ao parto (MAGALHÃES; PATINHA; CONCEIÇÃO, 2003, Cit. por MENDES, 2007).

No que diz respeito ao pai, as características individuais, tais como, crenças, aptidões ou história individual têm grande influência no envolvimento do pai com o seu bebé (LEVY-SHIFF, 1994, Cit. por BRANDÃO, 2009).

A assunção do papel de pai exige uma interrupção dos papéis masculinos tradicionais, embora as escolhas disponíveis sejam reguladas por diferentes variáveis, tais como, a geografia, a nacionalidade, a capital cultural, a idade e a própria história individual (ABREU, 2000; GOMEZ, 2005, Cit. por FELIZARDO, 2010)

A determinação do papel de pai é multifatorial pelo que é necessário examinar as variáveis que interferem no envolvimento paterno. Em relação aos fatores individuais podem enumerar-se a relação do homem com a sua família de origem, as suas atitudes, motivações e habilidades, o tempo de paternidade, o sexo do bebé, o número de filhos e a sua compreensão sobre a paternidade. No que diz respeito a fatores familiares podem ser mencionados as atitudes maternas perante o envolvimento do pai e o relacionamento do casal. Como influências extra-familiares destacam-se o apoio social informal, a qualidade do trabalho desenvolvido e as influências específicas de cada cultura (PARKE, 1996, Cit. por CASTOLDI, 2002). O período da vida em que o indivíduo se torna pai é também muito importante já que a paternidade na adolescência é distinta da paternidade vivenciada num homem em idade adulta (PARKE, 1996, Cit. por BOLLI, 2002). A relação entre a educação, ocupação, rendimento do pai e a raça, com o envolvimento do pai, revelou-se inconsistente (PLECK, 1996, Cit. por CASTOLDI, 2002).

A intensidade do envolvimento do pai com o bebé provém de alguns fatores, nomeadamente a personalidade, expectativas do papel sexual, experiências anteriores em ambiente hospitalar e se a gravidez foi planeada, desejada e aceite. Uma gravidez pode, inicialmente, não ter sido planeada mas, posteriormente, ser aceite e desejada. (MAY; PERRIN, 1985, Cit. por FERREIRA *et al.*, 2010). Neste sentido, a aceitação ou não da gravidez pode interferir com o envolvimento do pai com o bebé (LIMA, 2006, Cit. por FERREIRA *et al.*, 2010). O facto de a gravidez ser planeada pode interferir de forma positiva com aceitação e o envolvimento do pai na gravidez (LEAL, 2006, Cit. por FERREIRA *et al.*, 2010). No mesmo estudo conclui-se que apenas no segundo trimestre de gestação, o planeamento da gravidez e a gravidez desejada se relacionam com o envolvimento paterno, não existindo correlação no primeiro e terceiro trimestres. Assim, pode inferir-se que o planeamento e o desejo da gravidez são fatores fulcrais no desenvolvimento da vinculação e envolvimento paterno.

Foi realizado um estudo para avaliar a relação entre o planeamento da gravidez e a qualidade do envolvimento paterno durante a gravidez, constatando-se que a idade não tem influência sobre o envolvimento paterno. Este facto confronta a ideia de Lima (2006) e Saraceno e Naldini (2003) que referem que os pais mais jovens têm uma maior reivindicação na relação com os filhos (FERREIRA *et al.*, 2010). Na amostra seleccionada verificou-se que o estatuto paterno e o envolvimento do pai não se correlacionam. Tal facto é contrariado pelo estudo efectuado por Lorence; Wilson; White (2004) que referem que num primeiro filho, o envolvimento paterno durante a gravidez é maior, quando comparado com segundos filhos (FERREIRA *et al.*, 2010).

Tal como foi referido anteriormente, são inúmeros os fatores que podem determinar o envolvimento do pai na gravidez, parto e com seu bebé. Os profissionais de saúde devem ter consciência da diversidade de indivíduos com quem contactam e procurar promover o envolvimento destes com o seu bebé de forma precoce e positiva.

Os resultados de vários estudos, tal como se apresenta no ponto seguinte, ajudam a compreender melhor a experiência dos pais durante o trabalho de parto e parto, bem como os fatores tidos como mais significativos para eles. Assim, o suporte, a sua presença e as informações sobre a evolução do parto são os aspectos referidos como mais importantes para uma experiência positiva do pai no parto.

Como se expos, a transição para a parentalidade é um acontecimento que acarreta alguma vulnerabilidade emocional para o casal. Assim, os homens, à semelhança das mulheres, são grandemente afetados com a transição para a parentalidade, uma vez que se trata de uma fase marcada por um envolvimento emocional do pai com o bebé.

É neste contexto que se aborda o *bonding* e o suporte social, sendo esta a temática central do presente trabalho.

3. SUPORTE SOCIAL E BONDING

A definição de suporte social é extremamente difícil, pois a sua concetualização não é consensual (MOREIRA, 2010). O suporte social deve ser analisado como um processo dinâmico e complexo, onde estão envolvidas transações entre os indivíduos e as suas redes sociais. Neste sentido, este apoio poderá satisfazer as suas necessidades sociais, promovendo os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem obstáculos e atingirem as suas metas (MARTINS, 2005, Cit. por MOREIRA, 2010).

A definição mais utilizada de suporte social é a de Saranson; Levine; Bashman; Sarason (1983) que associam este termo à disponibilidade dos indivíduos nos quais podemos confiar, que se preocupam connosco, que nos valorizam e gostam de nós (Moreira, 2010). Para a população portuguesa a família é considerada como a maior fonte de suporte social (RIBEIRO, 1999, Cit. por MOREIRA, 2010).

Uma das primeiras descrições de suporte social refere-se a este como sendo uma variável referente às informações que o indivíduo recebe de outras pessoas que o leva a acreditar que é amado, cuidado, estimado e valorizado e que é parte integrante de uma rede social capaz de lhe dar resposta e onde se estabelecem compromissos mútuos (COBB, 1976, Cit. por FREITAS, 2009). O suporte social é um conceito multidimensional e reporta-se aos recursos psicológicos e materiais que o indivíduo possui, através dos seus relacionamentos interpessoais, e que têm repercussões positivas na saúde física e mental (RODRIGUEZ; COHEN, 1998, Cit. por FREITAS, 2009).

As relações com companheiros, familiares, amigos e colegas de trabalho são importantes para a vida de cada um. De facto, além destes, muitos outros podem ser participantes na rede social de apoio da família (OLIVEIRA, 2007). A maioria dos estudos sobre a rede social de apoio centra-se na família, no entanto existem várias pessoas que participam na rede e que podem exercer uma influência maior, num determinado momento, do que a própria família (FEIJÓ, 2006, Cit. por OLIVEIRA, 2007). Além da dinâmica familiar existente, outros sistemas têm influência nas interações entre a família, tais como a escola, o local de trabalho, os vizinhos, a comunidade e a rede social. Assim sendo é de fulcral importância que se estudem a influência dos processos intra e extra familiares (DESSEN; BRAZ, 2000).

De modo a promover a relação pai-filho são necessários apoios efetivos, nomeadamente apoio familiar e o apoio de amigos. Este suporte é essencial para que o processo de paternidade de desenvolva harmoniosa e equilibradamente. O apoio da família

e dos amigos não dispensa outro tipo de apoios, como seja, apoio social e o apoio de profissionais de saúde competentes nesta área (MENINO; SOUSA, 2010).

Independentemente do apoio que o casal refere ter, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para esclarecer dúvidas, escutar os medos e apoiar no processo de transição para a parentalidade.

Uma rede social é composta por um grupo de indivíduos e o vínculo que se estabelece entre eles, constituindo um sistema que apoia instrumental e emocionalmente a pessoa nas suas diferentes necessidades (DESSEN; BRAZ, 2000). Assim, pode dizer-se que a rede de suporte social está relacionada com a interação que as pessoas significativas estabelecem com o indivíduo para que este conheça as suas necessidades emocionais e materiais (JOHN; WINSTON, 1989, Cit. por OLIVEIRA, 2007).

A rede social de apoio fornece vários tipos de ajuda, tais como apoio material, financeiro e emocional, orientações e informações e auxílio nas tarefas domésticas e de cuidado com os filhos (DESSEN; BRAZ, 2000, Cit. por OLIVEIRA, 2007).

A família embora fornecendo apoio emocional pode constituir, em simultâneo, uma fonte de *stress* quando não consegue facultar apoio de forma adequada (RAY; MILLER, 1994, Cit. por OLIVEIRA, 2007). Depreende-se, então, que para que uma rede social de apoio contribua de forma positiva é imperativo que exista compatibilidade entre o evento *stressante* e o apoio fornecido (COHEN; WILSS, 1985, Cit. por OLIVEIRA, 2007).

O suporte social pode ser analisado numa perspectiva de funcionalidade ou de estruturalidade e refere-se aos recursos psicológicos e materiais disponíveis nos relacionamentos interpessoais de um indivíduo, incluindo geralmente o suporte instrumental, emocional e o informacional. Por outro lado, o suporte estrutural refere-se à dimensão da interconexão de um indivíduo com seus relacionamentos sociais, tais como, o estado civil, existência de amigos, parentes e membros de grupos religiosos (RODRIGUEZ; COHEN, 1998, Cit. por FREITAS 2009).

Devido à diversidade de conceitos e medidas, o termo suporte social geralmente refere-se ao processo pelo qual os indivíduos gerem os recursos psicológicos e materiais disponíveis, através da sua rede social, aumentando desta forma a sua capacidade para enfrentar e gerir situações *stressantes*, encontrando as suas necessidades sociais e atingindo as suas metas (RODRIGUEZ; COHEN 1998, Cit. por FREITAS, 2009). O nascimento de um filho é um acontecimento muito marcante na vida do casal e que acarreta grandes mudanças em toda a família. Segundo os autores, este evento pode constituir uma fonte de *stress*, obrigando a reorganizações do foro individual, conjugal, familiar e profissional pela prestação de cuidados exige (MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2007).

O apoio que as pessoas recebem em situações de mudanças significativas e em acontecimentos que induzem *stress* é muito importante no processo de prevenção, promoção e protecção da saúde (FREITAS, 2009). Algumas investigações explicam as relações entre a qualidade dos relacionamentos sociais e a saúde mental e física. Exemplo disso foi estudo realizado com indivíduos socialmente isolados, sem relações afectivas em que se conclui que estes são mais susceptíveis ao suicídio, a maiores taxas de mortalidade e de doenças, acidentes e alterações psiquiátricas, comparativamente com as pessoas que estabelecem mais relações sociais ou que são casadas. Todavia, os autores citados alertaram para o facto de que os relacionamentos sociais também podem ter repercussões negativas no bem-estar, principalmente quando são causa de *stress* ou conflitos (RODRIGUEZ; COHEN, 1998, Cit. por FREITAS, 2009).

Apesar de psicólogos, sociólogos, epidemiologistas, médicos e outros profissionais biomédicos continuarem a investigar de que forma o suporte social afecta o bem-estar físico e psicológico, permanecem ainda pouco especificadas as características e funções do suporte social que são mais importantes para melhorar a saúde e o bem-estar (FREITAS, 2009).

O suporte social, como fator de protecção da saúde, auxilia as pessoas a ultrapassarem crises, tais como depressão, alcoolismo e síndromes resultantes de separações sociais, assumindo-se, desde logo, o suporte social como um fator de prevenção da saúde, já que pode evitar o adoecimento e ajudar na recuperação mais rápida da saúde, caso a doença já se encontre instalada (COBB, 1976, Cit. por FREITAS, 2009).

Ao longo da vida assiste-se a uma diminuição dos contactos sociais, facto que revela a seleção dos indivíduos na escolha dos seus companheiros sociais. Desta forma, as relações sociais que são afetivamente positivas tornam-se mais frequentes, mais satisfatórias e emocionalmente mais próximas ao longo da vida. Por seu lado, as relações com menos ganhos afectivos tornam-se menos frequentes (CARSTENSEN, 1992, Cit. por FREITAS, 2009).

O pressuposto do suporte social consiste no aumento da qualidade e/ou da quantidade dos recursos provenientes da rede social disponível. Geralmente, as intervenções de suporte enfatizam a criação de novas redes sociais ou o aumento das interações com os membros da rede existente, de modo a igualar as necessidades psicossociais de um indivíduo com os recursos de suporte. Os autores salientam que existem vários tipos de intervenção de suporte social face a eventos *stressantes*, tais como adultos recém divorciados, crianças, idosos, pessoas com comportamentos de risco, e pessoas que apresentam vários outros fatores e mudanças nos seus estilos de vida, como, por exemplo, a parentalidade (RODRIGUEZ; COHEN, 1998, Cit. por FREITAS, 2009).

Algumas pesquisas realizadas sobre afetos, suporte social, bem-estar e saúde concluíram que a ajuda para a reinterpretação positiva através do apoio emocional pode diminuir os efeitos negativos dos acontecimentos *stressantes*. Neste sentido, o suporte social pode ser considerado como um plano para que os indivíduos desenvolvam e manifestem mais afetos positivos do que negativos (FREITAS, 2009). “O dar e o receber suporte social pode ser considerado um recurso fundamental em qualquer situação de vida” afirma Freitas (2009, p.52).

As transições familiares decorrentes do casamento, da parentalidade e da entrada dos filhos na adolescência constituem exemplos de mudanças, logo, potenciais causadores de *stress*, no curso de vida na rede de apoio social (OLIVEIRA, 2007). A rede de apoio deve ser analisada individualmente perante a pessoa em estudo, devendo o investigador estar atento à constituição e função da rede social de apoio do indivíduo e da família durante os momentos de transição familiar. Estes momentos constituem, por si só, eventos *stressantes* característicos de cada fase do percurso de vida, sendo, o nascimento dos filhos, uma das transições mais significativas no curso de vida da família (SLUZKI, 1997, Cit. por OLIVEIRA, 2007). Neste sentido, o enfermeiro especialista de saúde materna que acompanha o casal no decorrer deste processo tão importante da vida que é o nascimento de um filho, deve propiciar um ambiente confortável, eliminando fatores de *stress* para que este momento seja lembrado como algo significativamente feliz.

A gravidez é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher (OLIVEIRA, 2007). Perante este evento, a rede social de apoio representa uma função importante pela própria característica da sociedade humana, que se manifesta na colaboração de diversos adultos na criação de um novo membro (BARNETT; HYDE, 2001 Cit. por OLIVEIRA, 2007). A influência da rede social está relacionada com a decisão da gravidez, através da própria história familiar do casal e das vivências e opiniões que expressam as pessoas que pertencem à rede social. Desde logo, durante o nascimento e no período pós-natal há uma série de novas tarefas impostas aos pais, momento em que o apoio social desempenha um papel preponderante face às necessidades financeiras, à necessidade de descanso, aos comportamentos dirigidos ao bebé e à divisão de tarefas domésticas. No que se refere à estrutura, é comum ocorrerem mudanças na rede social familiar durante a transição para a parentalidade, podendo haver o fortalecimento de algumas relações, a adição de novos membros ou a exclusão de membros já existentes (OLIVEIRA, 2007).

Perante os sentimentos de dúvidas, insegurança e ambivalência que afrontam os futuros pais, o suporte formal/informal de redes de apoio projecta-se como instrumento essencial de apoio psicológico, moral, estrutural e financeiro (MONTYGNI, LACHARITÉ; AMYOT, 2006).

A rede social de apoio é de grande importância durante o momento de transição decorrente do nascimento dos filhos, podendo mesmo encorajar um maior envolvimento paterno, estimulando o pai a prestar cuidados à mãe durante a gravidez e aos filhos (COLEY, 2001 Cit. por OLIVEIRA, 2007). No que se refere ao papel do pai e da mãe, estes ainda desempenham papéis tradicionais, sobretudo quanto à divisão de tarefas domésticas e cuidados destinados aos filhos. Nos resultados da pesquisa realizada pelo investigador citado, as mães são as que assumem o papel de maior responsabilidade nos cuidados aos filhos, enquanto os pais revelam sentir-se menos responsáveis nos primeiros meses. Contudo, à medida que o bebé cresce, essa responsabilidade aumenta (PETZOLD, 1995, Cit. por OLIVEIRA, 2007).

A participação do pai nos cuidados ao filho melhora a qualidade de vida das mães e propicia que os filhos construam uma ideia de um pai tão ou mais competente na realização das tarefas que a mãe (DEUTSCH, 2001). O pai podia e deveria ter uma participação mais activa, dispensando maior apoio na concretização das tarefas domésticas e na prestação de cuidados aos filhos (OLIVEIRA, 2007).

As relações interpessoais, na família e com a sua companheira, são essenciais na fase de transição para a parentalidade. Os relacionamentos são extremamente importantes e quando se desenvolvem de forma positiva contribuem para um melhor harmonia pessoal, diminuindo a exposição ao *stress* e facilitando a transição para a parentalidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2008, Cit. por BRANDÃO, 2009)

As características individuais dos pais, bem como as suas características familiares, especialmente a relação conjugal, são fundamentais para o tipo de envolvimento entre o pai e o bebé (LEVY-SHIFF, 1994, Cit. por BRANDÃO, 2009). Ser pai resulta da aceitação de uma relação estável com a mãe do bebé e o interesse do homem em se envolver no processo de gravidez, parto e cuidados ao filho é reflexo do relacionamento que existe entre o casal (RAMOS; CECÍLIO, 1997, Cit. por BRANDÃO, 2009).

Nos momentos vividos na sala de partos o casal vivencia sentimentos de euforia, entusiasmo, ansiedade, excitabilidade e a genuinidade da sua relação fica evidenciada. A forma como pai e mãe vivenciam estes sentimentos únicos e especiais é reflexo da sua relação enquanto casal.

O momento de transição para a parentalidade é um dos mais importantes na vida do adulto e acarreta alterações nas funções e papéis exercidos pelo pai. Neste sentido, o apoio emocional da companheira é provavelmente o fator com maior influência no bem-estar do pai, durante este momento de adaptação familiar (WICKI, 1999, Cit. por BOLLI, 2002). Se este momento for aceite e vivenciado a dois, o envolvimento emocional com o bebé acontece precoce e positivamente.

Uma das condições para que o envolvimento emocional entre o pai e o bebê se desenvolva de forma saudável prende-se com o facto de os pais deverem estar mentalmente saudáveis, terem boas capacidades de comunicação e serem competentes nos cuidados ao recém-nascido, abrindo espaço ao apoio familiar, social e profissional (BRANDÃO, 2009). O envolvimento emocional está diretamente relacionado com as respostas sociais, verbais e não verbais que reflectem a aceitação do recém-nascido pelo pai e vice-versa (SROUFE; WATERS, 1977, Cit. por BRANDÃO, 2009).

Num estudo etnográfico de natureza exploratória, cujo objectivo foi conhecer o impacto da participação dos pais no nascimento do seu bebê, Carvalho (2003) Cit. por Pereira (2009) verificou que a presença dos pais não foi valorizada pelos profissionais de saúde, como suporte social à mãe, nem como um fator relevante para a paternidade. Uma outra conclusão a que o referido autor chegou foi a de que o desejo dos pais em assistirem ao parto está relacionado sobretudo com o apoio à mãe e à experiência da paternidade, enquanto a mãe considera que a participação do pai no parto contribui para a satisfação do casal. Estes resultados vão ao encontro dos apurados por Martins *et al.* (2006) Cit. por Pereira (2009), tendo constatado que os pais desejam assistir ao parto para apoiar e proteger a mãe e assistir ao nascimento do filho.

Os pais que assistem ao nascimento dos filhos podem vivenciar experiências positivas pelo suporte emocional e social que propiciam à mãe, inclusive, pelos sentimentos e pelas emoções que experimentam. Estes fatores podem ser promotores de um envolvimento emocional precoce com o filho, ou seja, contributivos de um *bonding* mais sólido (TOMELERI *et al.*, 2007, Cit. por PEREIRA, 2009).

Após alguns estudos, conclui-se que o suporte social influencia, directa ou indirectamente, muitos aspectos das relações parentais e familiares, incluindo a adaptação ao *stress* e o bem-estar emocional (FELIZARDO, 2010). O suporte social e a presença de recursos de apoio têm influência na saúde e no bem-estar e, conseqüentemente, no funcionamento das relações na família. Por sua vez, a presença de suporte social, saúde e bem-estar e funcionamento familiar têm repercussão nos estilos parentais e no tipo de cuidados com os filhos (DUNST; TIIVETTE; JODRY, 1997, Cit. por FELIZARDO, 2010).

As variáveis geralmente analisadas no estudo do suporte social são o estado civil e o sexo. Em relação ao sexo, as mulheres têm amigos mais próximos e atribuem mais importância à intimidade e à confiança nas suas relações de amizade. Por sua vez, os homens atribuem maior importância à socialização. As mulheres usufruem de uma maior rede de pessoas com disponibilidade para discutir os problemas e recebendo, por isso, mais suporte emocional dos amigos, quando comparadas com os homens (ORNELAS, 2004, Cit.

por MOREIRA, 2010). Os homens tendem a ter redes mais alargadas e diversificadas, contrariamente às mulheres que têm tendência a investir mais em relacionamentos com intimidade e as pessoas casadas ou em união de facto referem maior suporte social percebido (THOIS, 1995, Cit. por RODRIGUES, 2008).

Dada a importância do pai, enquanto membro da rede social da mãe, torna-se necessário conhecer o papel e o tipo de participação do pai na família nos diferentes contextos culturais, assim como as mudanças a que são submetidos neste período de transição para a paternidade.

Os suportes sociais recebidos e percebidos pelos indivíduos são extremamente importantes para a manutenção da saúde mental e para a gestão de situações *stressantes*, como tornar-se pai. Neste estudo, sobre a rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos, os investigadores concluíram que numa família com suporte social existem menos hipóteses de ocorrerem comportamentos disfuncionais, qualquer que seja o nível sócio-económico das famílias. Com este estudo, os investigadores também puderam concluir que para os pais as mudanças positivas, que ocorreram no período de transição familiar, foram o apoio psicológico recebido pela família, aprovação dos parentes, atenção e conversas e ajuda financeira recebida pelos familiares, sendo esta última considerada a de maior relevância para os pais. Alguns pais referiram como alterações negativas o facto de não terem recebido o apoio psicológico necessário (DESSEN; BRAZ, 2000).

Num estudo desenvolvido sobre o apoio oferecido durante o trabalho de parto, cujo objectivo visava explorar a forma como os indivíduos que são pais pela primeira vez descrevem o apoio solicitado e recebido durante o trabalho de parto e parto, desenvolvido num hospital da Suécia em 2006, com recolha de dados realizada junto dos pais, durante a primeira semana após o parto, verificou-se que os pais consideram ter recebido um bom suporte quando lhes foi permitido colocar questões durante o trabalho de parto, quando tiveram a oportunidade de interagir com a parteira e com a sua companheira e quando tiveram a oportunidade de decidir quando queriam estar envolvidos ou não. Os pais pretendem ser considerados como seres individuais e partes integrantes do trabalho de parto. Se são excluídos, acabam por se sentir desamparados, o que pode resultar em sentimentos de pânico e vir a comprometer o seu papel de apoio à companheira (BACKSTROM, WAHN, 2011). Os indivíduos que desempenham um papel importante durante o trabalho de parto e se envolvem neste momento são capazes de gerir melhor os seus próprios sentimentos, dão um melhor apoio à sua companheira e vivenciam o primeiro encontro com o seu bebé de forma mais positiva (HALLGREEN *et al.*, 1999, Cit. por BACKSTROM, WAHN 2011). De facto, os pais devem ser vistos como participantes activos,

pois isso terá fortes repercussões tanto para a parturiente, que se sente apoiada, como para o pai que se sente um elemento útil e interveniente.

Se o pai tiver um papel activo no trabalho de parto, a intimidade entre ambos e a ligação que este momento de cumplicidade potencia serão fundamentais para o desenvolvimento da sua relação e para que o momento do parto e nascimento do seu filho constitua, para os dois, uma experiência muito positiva (COLMAN; COLMAN, 1994, Cit. por BRANDÃO, 2009).

Vários temas comuns emergem no que se refere ao período pré e pós-natal, incluindo mecanismos de apoio, informação e educação pré-natal, aleitamento materno, prática do cuidado do bebé e mudanças de relacionamento. Os pais referem não se sentir preparados para a paternidade. As mulheres geralmente sentem apoio, principalmente por parte de familiares do sexo feminino. Este facto contrasta com a situação dos homens, que muitas vezes só têm o apoio dos profissionais de saúde e dos colegas de trabalho. Estes revelam sentir-se muito envolvidos com a gravidez das suas companheiras, mas excluídos das consultas pré-natais, aulas pré-natais e literatura disponível. Os pais referem que gostariam de ter tido mais informação numa fase pré-natal, nomeadamente relacionadas com a parentalidade, com o cuidado ao bebé, com as mudanças de relacionamento e com as perspetivas das companheiras, antes de se tornarem pais (DEAVE *et al.*, 2008).

Do estudo realizado pode constatar-se a escassez de documentos e programas sobre a preparação para a paternidade. Isto leva a refletir sobre a necessidade de uma melhoria desta preparação, a importância de incluir o pai na educação pré-natal. De facto, uma preparação pré-natal inadequada continua a ser uma preocupação tanto para as mulheres, como para os seus companheiros (DEAVE *et al.*, 2008).

É muito importante que o casal tenha a oportunidade de discutir os desafios e as responsabilidades da parentalidade, pois o apoio fornecido aos pais pode ajuda-los a lidar com maior facilidade nos momentos de transição decorrentes do nascimento dos filhos (SALMELA-ARO *et al.*, 2000).

De acordo com uma metanálise de estudos de vários autores, cujo objetivo foi verificar a relação do *stress* parental e o suporte social com as crenças e comportamentos parentais, na generalidade, um nível menor de *stress* parental está relacionado com a perceção mais positiva dos pais; por outro lado, um nível maior de *stress* parental relaciona-se com a perceção menos positiva dos pais. O fator apoio social não foi encontrado enquanto moderador da relação entre *stress* parental e perceções parentais (BELSSY, 1984; SIMONS *et al.*, 1993; STEINBERG, 2001; SEPA *et al.*, 2004; CARNEY *et al.*, 2005, DEGARMO *et al.*, 2008 Cit. por RESPLER-HERMAN *et al.*, 2011)

Esta metanálise complementa pesquisas referentes à paternidade em relação ao *stress*, na medida em que acrescenta a dimensão do apoio social. Os pais quando usufruem de maior apoio social estarão melhor preparados para prestar cuidados e responder aos seus filhos de forma mais positiva. No entanto, o apoio social pode não ser significativo o suficiente para influenciar as crenças dos pais nas áreas de envolvimento, disciplina, educação e sensibilidade (RESPLER-HERMAN *et al.*, 2011).

Os pais com elevado apoio social tendem a apresentar níveis menores de *stress*, o que conduz a uma parentalidade mais positiva e eficaz (OSTBERG; HAGEKULL, 2000, Cit. por RESPLER-HERMAN, 2011). Existe controvérsia sobre se o apoio social tem um efeito direto sobre o comportamento dos pais ou se é um inibidor para o *stress* que influencia o comportamento dos pais (ZIMET *et al.*, 1998, Cit. por RESPLER-HERMAN, 2011). Além disso, o *stress* parental e o apoio social percebido podem ter uma influência cumulativa sobre a parentalidade (OSTBERG; HAGEKULL, 2000, Cit. por RESPLER-HERMAN, 2011).

Assim, os pais que percebem ter apoio social podem sentir menos *stress*, resultando em comportamentos mais positivos quando comparados com os pais que não percebem que tem apoio social. Isto significa que o apoio social pode amenizar os efeitos nocivos do *stress* dos pais sobre o comportamento destes (RESPLER-HERMAN, 2011).

Apesar de este se tratar de um tema de investigação relativamente recente, sabe-se que é um assunto relevante social e cientificamente. Assim, compete-nos a nós, investigadores, a responsabilidade de desenvolver mais estudos nesta área e providenciar suporte aos programas de educação destinados a famílias em situações de transição, nomeadamente o nascimento de um filho. Diz-se isto, porque o envolvimento emocional entre a díade pai/bebé, regra geral, aumenta nos primeiros dias após o parto e diminui quando avaliado no primeiro mês após o parto. Um outro aspecto está relacionado com o impacto que tem para os pais a experiência de serem eles a cortar o cordão umbilical, ou seja, os pais que cortaram o cordão umbilical dos seus filhos apresentam uma melhoria significativa no envolvimento emocional com o bebé e, conseqüentemente, no suporte social dado à mulher/companheira (BRANDÃO, 2009).

No sentido de contribuir para o aumento do suporte social dado pelo pai à mãe e do seu envolvimento emocional com o bebé, é imprescindível que os profissionais de saúde o integrem e envolvam nos cuidados - trabalho de parto e parto. Neste sentido e de acordo com Brandão (2009, p. 13), “os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria encontram-se numa posição privilegiada para o fazer e parecem ter uma sensibilidade apurada para conseguirem incrementar o envolvimento entre os pais e os bebés”.

A mesma autora, consubstanciada em Hudson *et al.* (2001), refere que os profissionais de saúde têm de se preocupar em cuidar as mães e os pais, de modo a que

estes sejam capazes de desenvolver competências na promoção do desenvolvimento integral do seu filho, o que implica a preparação do casal para a parentalidade. Nascimento (2003, Cit. por BRANDÃO, 2009, pp. 15-16) alerta para o facto de não se dever

incluir modelos de atuação aos pais, mas sim compreendê-los como parte do seu meio, com uma cultura e história própria, devendo os profissionais de saúde adequarem as suas práticas a cada casal, para que cada um se adapte de forma positiva à nova situação de pais, numa perspetiva positiva de saúde.

O período que define o início de uma vida familiar é um dos mais desprevenidos em termos de apoio. Torna-se necessário consciencializar o casal que espera o seu primeiro filho que este vai necessitar de uma rede de apoio adequada para desempenhar esta tarefa (CASTOLDI, 2002).

Em suma, o suporte social recebido e percebido pelas pessoas é fundamental para a manutenção da sua saúde mental, para enfrentar situações *stressantes*, como tornar-se pai e mãe, entre outras situações. O suporte social é também fator importante para a adequação dos comportamentos maternos e paternos em relação aos filhos. As mães apontam o suporte do marido/companheiro, durante o trabalho de parto, como um dos principais apoios recebidos. O pai é, portanto, um dos pilares mais importante da rede social no que respeita ao apoio oferecido à mãe e ao bebé.

2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

4 - METODOLOGIA

Neste capítulo é importante descrever rigorosa e sistematicamente as metodologias utilizadas para a execução deste trabalho, dando assim resposta às questões de investigação. Assim, vamos apresentar os recursos utilizados no decorrer do estudo e as contingências inerentes ao processo de investigação.

4.1. CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA, QUESTÕES, OBJETIVOS E ESQUEMA CONCETUAL DE BASE

O envolvimento emocional do pai com o bebé tem sido um tema pouco estudado, apesar de nos últimos anos ser alvo de interesse por parte de alguns investigadores. Nesse âmbito e por acreditarmos que o nascimento de um filho só tem sentido com o envolvimento da tríade mãe-pai-bebé, foi realizado o presente estudo que visa dar a conhecer o impacto que as características sócio-demográficas do pai, a participação deste ao longo da gravidez, parto e trabalho de parto e a perceção do suporte social paterno têm no *bonding* paterno. O facto de trabalharmos na área de Obstetrícia durante alguns anos e também a nossa curiosidade pessoal, despertaram o interesse em estudar a vinculação paterna, nomeadamente o modo como o pai se envolve na gravidez e parto e que fatores poderão interferir na relação pai-bebé. Na nossa opinião, o suporte social poderia ser um fator relevante nesta relação e no envolvimento do pai com o bebé.

De facto, o apoio familiar e de amigos, bem como o apoio social e o apoio de profissionais de saúde, são essenciais para que o processo de paternidade se desenvolva de forma equilibrada e harmoniosa (MENINO; SOUSA, 2010). No momento de transição para a parentalidade, a rede de suporte social constitui-se de grande importância, podendo mesmo encorajar um maior envolvimento paterno (COLEY, 2001, Cit. por OLIVEIRA, 2007).

Sendo o pai um importante pilar na construção da família, será importante que este se sinta satisfeito com o suporte social que possui. Desta forma, será capaz de se envolver com o filho e também ele, enquanto companheiro, constituir um bom suporte neste momento de transição familiar. O facto de ter uma relação harmoniosa com a companheira, ter um grupo de amigos e família que o apoiam e participar em atividades sociais faz com que o pai perceba que tem um bom suporte social e deste modo sente-se mais capaz de reorganizar e gerir uma situação de *stress*, tal como é o nascimento de um filho e o processo de transição para a parentalidade.

O nascimento oferece ao pai a possibilidade do primeiro contacto com o seu filho, colaborando para a construção da sua identidade enquanto pai e para promover o seu envolvimento emocional com o bebé, que idealizou durante o processo gravídico (PEREIRA, 2009).

Com base no exposto, pretendemos estudar a relação entre o suporte social contextualizado no desenvolvimento de vínculos afetivos - *bonding* - entre o pai e o bebé, constituindo esta a problemática central do estudo empírico. Este abrange variáveis que poderão ter influência no processo de *bonding* do pai com o bebé. Neste sentido elaborámos as seguintes questões de investigação:

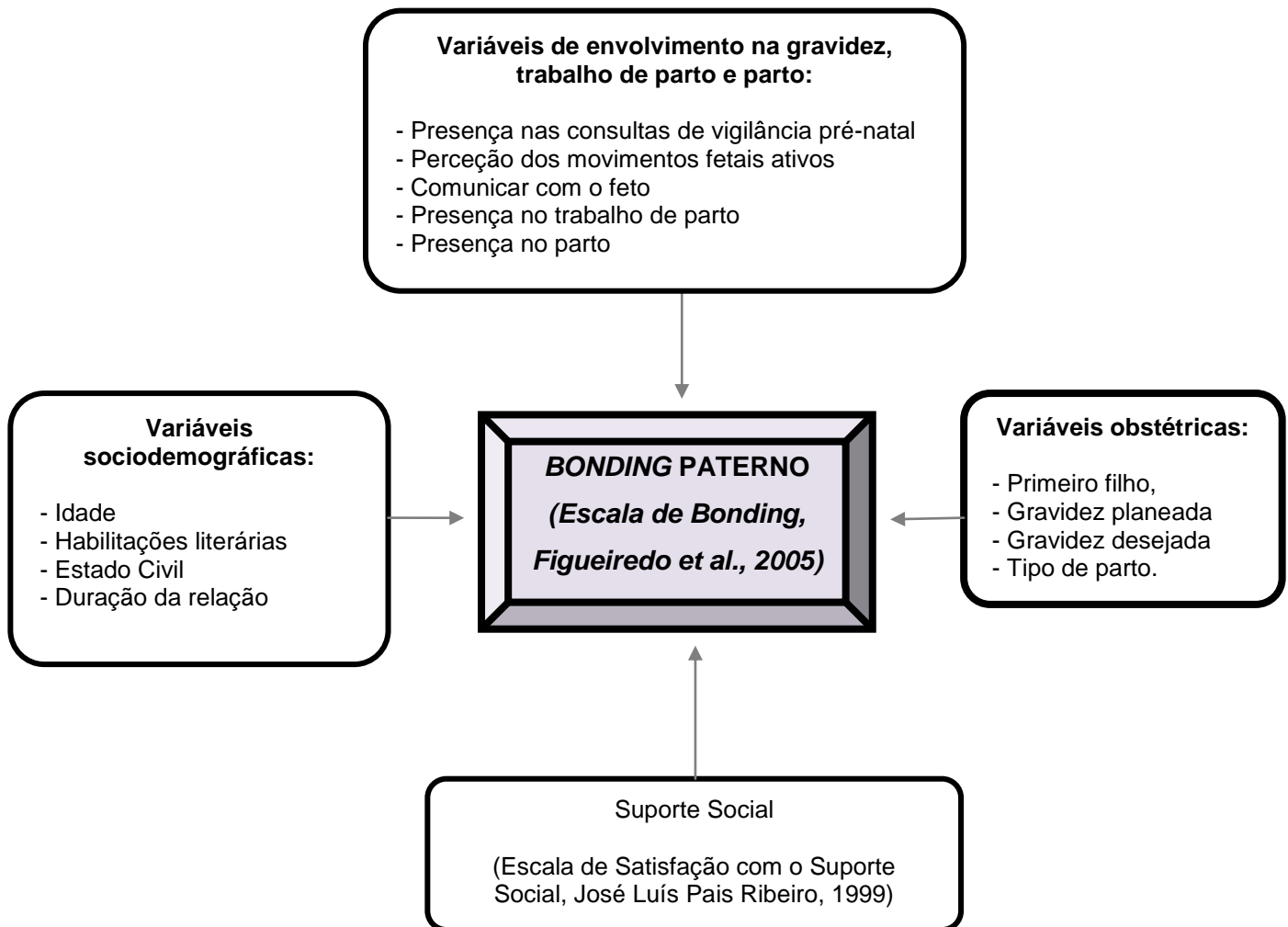
- Qual a influência das variáveis sócio-demográficas sobre o *bonding*?
- Será que as variáveis obstétricas influenciam o *bonding* entre o pai e o bebé?
- De que forma o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto influencia o *bonding*?
- Qual a relação entre o suporte social e o tipo de *bonding*?

Partindo das questões supramencionadas, traçámos os seguintes objetivos:

- Indagar de que forma o *bonding* é influenciado pelas variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação).
- Explorar como é que as variáveis obstétricas (primeiro filho, gravidez planeada, gravidez desejada e tipo de parto) interferem no *bonding* paterno.
- Definir como é que o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, perceção dos movimentos fetais ativos, comunicar com o feto, presença no trabalho de parto e presença no parto) influencia o *bonding*?
- Analisar a relação existente entre suporte social e o tipo de *bonding*.

Seguidamente apresentamos o esquema concetual de base, onde constam as variáveis por nós selecionadas, ou seja, aquelas que consideramos as mais importantes na presente investigação. A articulação das variáveis estudadas está representada no modelo esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Esquema conceptual base



No que se refere ao tipo de investigação, optámos por realizar um estudo quantitativo do tipo transversal, segundo uma lógica descritiva-correlacional. No presente estudo denominamos o *bonding* (processo de envolvimento afetivo entre o pai e o bebé), como a variável dependente e o suporte social (recursos psicológicos e materiais que o indivíduo possui para satisfazer as suas necessidades sociais), a variável independente.

4.2 - PARTICIPANTES

A amostra alvo é constituída pelos progenitores do sexo masculino cujos filhos nasceram nos Hospitais Infante D. Pedro, EPE, Centro Hospitalar de Tondela Viseu, EPE e Unidade Local de Saúde da Guarda EPE, entre os meses de Julho a Outubro de 2011. Neste sentido a técnica de amostragem utilizada neste estudo foi a intencional não probabilística por conveniência, tendo sido estudados os indivíduos cujos filhos nasceram

nestas instituições e que estavam presentes e disponíveis no momento da colheita de dados. A nossa amostra final perfaz 349 pais.

Para garantir uma amostra o mais homogénea possível, foram tidos em consideração os seguintes critérios de inclusão: pais sem problemas que afectassem a capacidade cognitiva ou a expressão oral, que falassem e compreendessem a língua portuguesa, com idade igual ou superior a 19 anos, cujos recém-nascidos não se encontrassem internados numa unidade neonatal e não apresentassem malformações aparentes e que mantivessem relação com as progenitoras femininas, ainda que não coabitassem com as mesmas.

4.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Segue-se a caracterização sociodemográfica da amostra, tendo em conta a idade, a raça, as habilitações literárias, o estado civil e a duração da relação.

Idade

Apurámos que a idade dos participantes varia dos 19 aos 55 anos, estando a média centrada nos 31,84 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,067. Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos dizer que estamos perante uma distribuição da idade assimétrica positiva e leptocúrtica. Esta variável foi distribuída por dois grupos homogéneos, ou seja, agrupámos a idade em inferior ou igual a 30 anos e em superior ou igual a 31 anos (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Estatística referente à idade

	Mín.	Máx.	\bar{x}	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
Idade	19	55	31,84	6,067	19,05	3,11	4,08

Raça

Verificámos que a maior percentagem dos participantes é da raça branca (98,0%), estando em menor representatividade os sujeitos da raça negra (1,7%) e de outra raça, mais especificamente a asiática, (0,3%). Averiguámos que os participantes com idade superior ou igual a 31 anos apresentam maiores percentagens na raça branca (99,6%) e na raça asiática (0,5%), enquanto na raça negra (4,3%) todos os participantes têm idade inferior ou igual a 30 anos. Podemos ainda referir que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,015$) (cf. Quadro 2).

Habilitações Literárias

No que diz respeito às habilitações literárias, registámos que os dados mais significativos se concentraram nos participantes com habilitações até ao 3º Ciclo (37,4%) e nos que concluíram o Ensino Secundário (37,1%). Com menor percentagem surgem os participantes que frequentaram o Ensino Superior (25,6%). No que diz respeito à idade apurámos que a maioria dos participantes com idade inferior ou igual a 30 possui habilitações até ao 3º Ciclo (43,3%) e até ao Ensino Secundário (44,0%), enquanto os que possuem Ensino Superior (34,3%) são maioritariamente participantes com idade superior ou igual a 31 anos. Agrupámos a variável “Habilitações Literárias” em três grupos homogêneos: Até ao 3º ciclo, Ensino Secundário e Ensino Superior. Aludimos ainda ao facto de existirem diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,000$) (cf. Quadro 2).

Estado Civil

Relativamente ao estado civil constatámos que a maioria dos participantes é casada (66,9%), seguida da percentagem de solteiros (19,3%) e, com uma percentagem inferior (13,8%), os participantes que se encontram em união de facto. Relacionando o estado civil com a idade, pudemos referir que a maioria dos indivíduos casados possui idade superior ou igual a 31 anos (75,7%), enquanto os solteiros e os indivíduos em união de facto apresentaram percentagens maiores nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos (31,2%; 14,9%, respetivamente). Podemos referir ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,000$) (cf. Quadro 2).

Duração da relação

Verificámos que a maioria dos participantes se encontra numa relação que dura entre os 4 e os 7 anos (35,8%). De seguida apresentam-se os indivíduos com uma duração igual ou superior a 8 anos (35,0%) e, por fim, os que possuem um relacionamento com uma duração entre 0 e os 3 anos (29,2%). A maioria dos participantes com um relacionamento igual ou superior a 8 anos tem idade superior ou igual a 31 anos (49,5%). De seguida, encontram-se os indivíduos com um relacionamento entre os 0 e os 3 anos e os que têm um relacionamento entre os 4 e os 7 anos com percentagens mais significativas nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos (50,4% e 36,2%). A variável “Duração da relação” foi dividida em três grupos homogêneos, ou seja, agrupámos as relações com duração de 0 a 3 anos, de 4 a 7 anos e igual ou superior a 8 anos. Concluimos ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,000$) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Dados sociodemográficos dos participantes em função da idade

Variáveis	Idade		Idade		Total	
	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos			
	N (141)	% (40,4)	N (208)	% (59,6)	N (349)	% (100,0)
Raça						
Branco	135	95,7	206	99,6	341	98,0
Negro	6	4,3	-	0,0	6	1,7
Outra (Asiática)	-	0,0	1	0,5	1	0,3
Habilitações Literárias						
Até ao 3º ciclo	61	43,3	69	33,3	130	37,4
Ensino Secundário	62	44,0	67	32,4	129	37,1
Ensino Superior	18	12,8	71	34,3	89	25,6
Estado Civil						
Solteiro	44	31,2	23	11,2	67	19,3
Casado	76	53,9	156	75,7	232	66,9
União de facto	21	14,9	27	13,1	48	13,8
Duração da relação						
0 - 3 anos	71	50,4	31	14,9	102	29,2
4 - 7 anos	51	36,2	74	35,6	125	35,8
Igual ou superior a 8 anos	19	13,5	103	49,5	122	35,0

4.2.2 - Caracterização sócio-espacial da amostra

Neste subcapítulo é realizada uma breve caracterização dos Hospitais onde foi efetuado o estudo, especialmente dos serviços de Obstetrícia e Bloco de Partos, bem como da sua área de abrangência e qual a população-alvo destes serviços.

O Hospital Infante D. Pedro, EPE existe, como Hospital Distrital, há mais de 30 anos e tem como população de abrangência os concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Ílhavo, Oliveira do Bairro, Murtosa, Vagos, Estarreja e Sever do Vouga, articulando-se, de forma complementar, com os Hospitais Visconde de Salréu (Estarreja) e Águeda e ainda com os Hospitais da Universidade de Coimbra. O serviço de Obstetrícia é constituído pelo internamento de Obstetrícia 1, Obstetrícia 2 e Ginecologia, Sala de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica. O serviço de Obstetrícia 1 é constituído por 21 camas e é destinado ao internamento de puérperas e respetivos recém-nascidos. Na sala de partos existem 5 quartos individuais, dirigidos a parturientes em fase ativa do trabalho de parto, com idade gestacional superior a 33 semanas. O serviço de urgência obstétrica/ginecológica está disponível a todas as mulheres grávidas, puérperas ou com patologia ginecológica da área de abrangência do distrito de Aveiro.

O Hospital de São Teotónio, em Viseu, foi aberto a 14 de Julho de 1997. Desde final de 2011, passou a ser denominado Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. A sua área de

influência é o distrito de Viseu, abrangendo os seguintes concelhos: Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Lamego, Mangualde, Moimenta da Beira, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Penedono, Resende, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Sernancelhe, Tarouca, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela. O departamento de Obstetrícia e Ginecologia é constituído por várias unidades e setores, nomeadamente, pela Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, Bloco de Partos, Hospital de Dia Ginecológico, Unidade de Medicina Fetal, Ginecologia, Obstetrícias A e B, entre outros. A colheita de dados para o presente trabalho foi efectuada nos serviços de Obstetrícia A e B. Ambos os serviços encontram-se localizados no 6º piso e são compostos por 26 camas. O serviço é destinado a grávidas com patologia associada (na obstetrícia A quando idade gestacional é inferior a 24 semanas e na obstetrícia B quando a idade gestacional é superior a 24 semanas), grávidas em situação de abortamento, parturientes e respectivos recém-nascidos, as últimas provenientes do bloco de partos e bloco operatório.

O Hospital Sousa Martins, na Guarda, tem como área de abrangência cerca de 171 mil utentes de todo o concelho da Guarda, abarcando todos os concelhos, nomeadamente Aguiar da Beira, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa. O serviço de Obstetrícia é composto por 18 camas destinadas às puérperas e 6 à Patologia da Gravidez. Na sala de partos existem 4 camas para o período de dilatação e 2 para o período expulsivo. O hospital dispõe ainda de urgência obstétrica para as grávidas e puérperas do conselho.

Em todos os hospitais supramencionados é permitida a presença e acompanhamento do pai na sala de partos.

4.3 - INSTRUMENTO

Como instrumento de colheita de dados foi elaborado um questionário composto por duas partes (**ANEXO I**)

I Parte - Caracterização sociodemográfica, obstétrica e envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto

Variáveis sociodemográficas: através das quais se pôde recolher dados sobre o perfil sociodemográfico do pai, constando do mesmo 5 questões, nomeadamente: idade, raça, habilitações literárias, estado civil e duração de relacionamento com a parturiente.

Variáveis Obstétricas: através de 6 questões permitem conhecer os antecedentes obstétricos do progenitor masculino, nomeadamente: o número de filhos, gravidez planeada,

gravidez desejada, complicações da gravidez, tipo de parto e número de horas que acompanhou a parturiente na sala de partos.

Variáveis do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto: através da qual se avalia se o pai acompanhou o período pré-natal e se esteve presente na preparação para o parto, trabalho de parto e parto (15 questões, das quais 5 referem-se à gravidez; 4 têm a ver com o trabalho de parto e 6 com o parto).

II Parte - Estudo psicométrico:

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): Trata-se de uma escala de autoria de José Luís Pais Ribeiro (1999). De acordo com o seu autor, é uma medida de percepção de suporte social, considerando que esta percepção é uma dimensão necessária aos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida. A versão final da escala de satisfação com o suporte social é composta por 15 frases para autopreenchimento, como um agregado de afirmações. Os indivíduos, que estão sob investigação, indicam o grau em que concordam com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e «discordo totalmente».

Quanto à escala de satisfação do suporte social, Ribeiro (1999) utilizou um conjunto de medidas que traduzem saúde, bem-estar ou mal-estar ou que estão completamente ligadas a essas variáveis. As dimensões utilizadas para validação da escala de satisfação com o suporte social foram o Autoconceito geral avaliado com a adaptação portuguesa do *self perception profile for college students* (Ribeiro, 1994). Este último é um questionário de autopreenchimento, composto por 54 itens que se agrupam em 12 subescalas e a resposta é dada numa escala de *Likert*, tendo sido apenas considerada a nota total. Esta escala pretende avaliar o grau de satisfação dos indivíduos em relação à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais. O autor manteve na equação os 15 itens finais, a partir da escala inicial, e a solução fatorial selecionada abarca quatro fatores que justificam 63,1% da variância total.

A consistência interna (alfa de *Cronbach*) da escala total é de 0,85. Por fim, Ribeiro (1999) concluiu que as escalas concebidas empiricamente estavam de acordo com os constructos para que os itens foram concebidos e parecem medir os seguintes aspetos do suporte social: **Fator 1** – “satisfação com os amigos” permite medir a satisfação com as amizades/amigos que o sujeito tem, contém cinco itens (3,12,13,14 e 15), com uma consistência interna de 0,83. Este fator explica 35% da variância total; **Fator 2** – “intimidade” avalia a percepção da existência de suporte social íntimo, constituído por quatro itens (1,4,5,

e 6), cuja consistência interna é 0,74. Este fator explica 12,1% da variância total; **Fator 3** – “satisfação com a família” possibilita medir a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9,10 e 11), que têm uma consistência interna de 0,74 e o fator explica 8,7% da variância total; **Fator 4** “atividades sociais” permite medir a satisfação com as atividades sociais que o sujeito realiza. Este possui três itens (2,7 e 8), com uma consistência interna de 0,64. Este fator explica 7,3% da variância total. Por norma, a carga fatorial dos itens da escala de satisfação com o suporte social é elevada. Somente um item expõe uma carga fatorial inferior a 0,50. Este item tem uma carga fatorial mais elevada noutro fator e, baseando-se na reavaliação do conteúdo do item, Ribeiro (1999) considerou ser mais adequado ficar colocado nesta subescala. O fator que melhor explica o resultado da escala é o primeiro “satisfação com amigos/amigos”, uma vez que tem mais de metade da variância total explicada.

A nota total da escala corresponde à soma da totalidade dos itens e somando os itens a que pertence cada fator obtém-se a nota de cada fator. A nota total pode variar de 15 a 75, sendo que a uma nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social. Os itens são cotados atribuindo o “1” à letra “A” e “5” à letra “E”. São exceções os itens invertidos que são o 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15, nestes o valor “1” é atribuído à letra “E” e o valor “5” é atribuído à letra “A”.

A escala de satisfação com o suporte social avalia quatro dimensões, com valores de consistência interna (alpha de Cronbach) que variam entre 0,64 e 0,83, o que demonstra uma boa consistência interna. (RIBEIRO, 1999).

Os valores obtidos nos *Alphas de Cronbach* no nosso estudo para as quatro dimensões da escala de satisfação com o suporte social foram diferentes dos obtidos pelo autor da escala, ou seja, obtiveram-se valores que variam entre um valor mínimo de 0,494 e um valor máximo de 0,867.

Quadro 3 - Correlação dos itens da escala de satisfação com o suporte social

Subescalas	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
Satisfação com Amizades	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,55	1,089	0,356	0,867
	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	4,17	0,891	0,658	0,776
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,72	1,028	0,715	0,755
	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,81	1,004	0,727	0,751
	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,22	0,864	0,680	0,771
Intimidades	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	4,12	1,087	0,417	0,578
	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3,80	1,043	0,345	0,627
	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,23	0,799	0,465	0,563
	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,89	1,194	0,497	0,517
Satisfação com Família	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4,38	0,845	0,527	0,659
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,70	1,202	0,483	0,746
	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	4,18	0,943	0,658	0,494
Atividades Sociais	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,19	1,207	0,339	0,591
	Sinto falta de atividades sócias que me satisfaçam	3,63	1,149	0,545	0,297
	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,33	1,312	0,352	0,584

Escala de Bonding – Trata-se de uma escala elaborada por Figueiredo *et al.* em 2005, que permite avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. Foi utilizada a versão original do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* que foi submetida a um processo de tradução e retroversão. Para que todas as emoções consideradas básicas constassem na escala, foram acrescentados mais 4 itens (zangado, agressivo, triste e medroso) aos 8 já existentes, surgindo assim a escala de *Bonding*, composta por 12 itens de auto-relato. Estes são classificados numa escala tipo *Likert* cotada de 0 a 3, classificando cada item emocional respetivamente em “nada”, “um pouco”, “bastante” e “muito”, medindo desta forma a presença e a intensidade das emoções dos pais na relação com o bebé. Esta escala está dividida em três subescalas:

Bonding positivo: que contém três itens: *afetuoso*, *protetor* e *alegre*, parametriza o envolvimento emocional positivo.

Bonding negativo: é composto por seis itens: *zangado*, *agressivo*, *triste*, *ressentido*, *desgostoso* e *desiludido*, que possibilita avaliar o envolvimento emocional negativo.

Bonding not clear: composta por três itens: *receoso*, *possessivo*, *neutro* ou *sem sentimentos*, que identifica a presença de emoções não diretamente relacionadas com o envolvimento emocional do pai com o bebê.

Relativamente à cotação, quanto mais elevado é o resultado, mais presente está a emoção avaliada. O mesmo sucede com o resultado das subescalas (soma da pontuação obtida dos itens respetivos), isto é, quanto mais elevado for o valor, mais presente está a dimensão analisada.

Para atribuir significado ao valor da cotação da escala de *bonding*, foi definido o *bonding* Total, que é obtido através da subtração das subescalas “*bonding* negativo” e “*bonding* not clear” à subescala “*bonding* positivo”.

No estudo que Figueiredo *et al.*, 2005 realizaram os dados psicométricos da Escala de *Bonding* apresentam níveis razoáveis de consistência interna (*Alpha* de *Cronbach* de 0.4471) e nos índices de fidelidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação de *Spearman* de 0.491, $p < 0.01$). Segundo os autores, este instrumento oferece níveis satisfatórios de fidelidade e validade e, apesar de não preencher critérios de excelência, é considerado um instrumento moderadamente robusto. (FIGUEIREDO *et al.*, 2005). Em 2009, Figueiredo e Costa referem que o estudo psicométrico da escala mostra níveis razoáveis de consistência interna com *Alpha* de *Cronbach* de 0.71 e nos índices de fidelidade teste-reteste, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* de 0,49, $p < 0,01$.

O estudo psicométrico da Escala de *bonding* realizado para o presente trabalho encontra-se no Quadro 4.

Quadro 4 - Correlação dos itens da escala de *bonding*

Subescala	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
<i>bonding</i> Positivo	Afetuoso	2,78	0,473	0,160	0,360
	Protetor	2,63	0,628	0,214	0,334
	Alegre	2,84	0,454	0,036	0,401
<i>bonding</i> Negativo	Desiludido	0,04	0,270	0,200	0,360
	Ressentido	0,07	0,319	0,257	0,342
	Desgostoso	0,08	0,393	0,072	0,387
	Agressivo	0,05	0,264	-0,071	0,412
	Zangado	0,03	0,176	0,260	0,362
	Triste	0,02	0,130	0,112	0,383
<i>bonding</i> not clear	Neutro, sem sentimentos	0,05	0,269	0,157	0,369
	Possessivo	0,62	0,834	0,223	0,333
	Receoso	0,81	0,760	0,186	0,352
<i>bonding</i> total	<i>Bonding</i> Total	6,50	2,11	0,075	0,741

4. 4 – PROCEDIMENTOS

O estudo do comportamento humano envolve uma relação entre o investigador e os participantes, ou entre o investigador, os participantes e os contextos. Na investigação, a questão ética passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma; por outro lado, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade.

Como tal, e de forma que se pudesse ser o mais ético possível, solicitamos a autorização às instituições em questão (**ANEXO II**), para aplicação do instrumento de recolha de dados, bem como um pedido ao diretor do serviço de Obstetrícia e Ginecologia dos hospitais de Aveiro, Viseu e Guarda. Após termos apresentado à Comissão de Ética das respetivas instituições e de termos obtido autorização para a realização do estudo procedemos ao início de recolha de dados. O questionário implementado foi precedido de uma breve nota introdutória, elucidando os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos participantes. Presume-se o consentimento informado do respondente para a participação no estudo, pelo preenchimento livre e esclarecido do questionário.

Foram submetidos ao estudo um total de 420 pais. No entanto por se encontrarem indevidamente preenchidos, foram eliminados 71 questionários, obtendo assim uma amostra final de 349 pais (83,085 %) que colaboraram de livre e espontânea vontade na nossa investigação.

O instrumento de colheita de dados contém as suprarreferidas escalas, estando todas validadas. Evidenciamos a solicitação formal aos autores das escalas (**ANEXO III**), via *e-mail*, apesar de estas se encontrarem já publicadas, esta autorização foi concedida.

Os dados foram analisados com recurso ao Programa SPSS – *Statistical Package for Social Science*, versão 20.0. e são tratados apenas pelos investigadores.

Relativamente à estatística descritiva e a fim de descrever as variáveis, fizemos uso da tabela de frequências, da média (M), do desvio padrão (dp) e do coeficiente de variação (CV). Quanto ao CV, utilizámos os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média; $CV > 30\%$ - Dispersão elevada.

Para analisar a simetria Skewness (SK), que se obtém através do quociente entre SK com o erro padrão (EP), utilizámos os valores definidos por Pestana e Gageiro (2008): $SK/EP \leq -1.96$ – assimétrica negativa ou enviesada à direita; $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$ – simétrica; $SK/EP > 1,96$ – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente

com o erro padrão (EP): $K/EP \leq -1.96$ – platicúrtica; $-1.96 < K/EP \leq 1.96$ – mesocúrtica; $K/EP > 1.96$ – leptocúrtica.

No que se refere à estatística inferencial, recorremos à estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (Pestana; Gageiro, 2008), utilizámos os testes de *U-Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizámos o teste paramétrico *t de Student*. Quando são apresentados dois testes de *t* (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais). Recorremos também ao teste *One-Way Anova* que é uma extensão do teste *t* que permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa, numa variável dependente cuja natureza é quantitativa. Após a realização da análise de variância (*On-Way Anova*), testes *post hoc* são necessários para identificar quais dos pares de grupos diferem. Assim, utilizou-se o teste *Tukey*, para a comparação múltipla entre pares, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) (Pestana; Gageiro, 2008). Recorreu-se também ao teste do qui-quadrado, com o objetivo de se testar a hipótese de que as observações seguem uma determinada distribuição (discreta ou contínua, com ou sem parâmetros desconhecidos) (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Realizámos, quando considerámos adequado, uma análise de Regressão Linear Simples entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*. Relativamente a este tipo de teste usámos os valores de *r* que Pestana e Gageiro (2005) sugerem: $r < 0,2$ – associação muito baixa; r entre $[0.2, 0.39]$ – associação baixa; r entre $[0.4, 0.69]$ – associação moderada; r entre $[0.7, 0.89]$ – associação alta e $r > 0,9$ – associação muito alta.

4.5. ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação do instrumento de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos, tendo em conta as variáveis obstétricas e a caracterização do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto.

4.5.1. Caracterização obstétrica

Ser primeiro Filho

Com base nos resultados obtidos, referimos que para 63,2% dos participantes este era o primeiro filho, contrariamente aos restantes 36,8%. Ao relacionarmos o facto de ser o

primeiro filho com a idade, registámos que para os sujeitos com idade inferior ou igual a 30, na sua maioria, foram pais pela primeira vez, sendo o grupo mais representativo da amostra (85,8%). Confirmámos 52,2 % dos participantes com idade superior ou igual a 31 já possuíam outros filhos. Refere-se que existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0.000$). (cf. Quadro 5).

Número de Filhos

No que concerne ao número de filhos, verificámos que 39,2% dos participantes tinha apenas um filho. Mais de metade dos participantes (51.5%) possuía dois filhos e uma pequena percentagem (9,2%) possuía 3 ou mais filhos. No que diz respeito à idade, os indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos possuíam, na sua maioria, dois filhos (70,0%), assim como os indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos, com uma percentagem de 48,2%. Verificámos ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,198$). (cf. Quadro 5).

Abortamento

Através da análise dos resultados da análise descritiva, constatámos que mais de metade das mulheres dos participantes não abortou (83,5%), contrariamente a 16,5% das mulheres que já vivenciaram essa experiência. Há a salientar que se encontram valores percentuais análogos nas duas categorias de idades. Referimos ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,401$). (cf. Quadro 5).

Gravidez planeada

Da amostra estudada, 76,8% dos participantes referiu que a gravidez da mulher/companheira foi planeada, não sendo esta uma situação idêntica para 35,8% do grupo amostral. Ressaltamos o facto de, concomitantemente com a dimensão anterior, os valores são semelhantes quando analisados segundo os dois grupos de idade em estudo. Podemos ainda observar que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,017$). (cf. Quadro 5).

Gravidez desejada

Apurámos que quase a totalidade dos pais (96,6%) confirmaram o desejo da gravidez, contrariamente aos 3,4% dos sujeitos, que afirmaram ter-se tratado de uma gravidez indesejada. Observámos que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,490$). (cf. Quadro 5).

Complicações na gravidez

No que se refere às complicações na gravidez, em conformidade com os dados obtidos, referimos que quase a totalidade dos sujeitos da amostra (82,8%) mencionou que as companheiras tiveram alguma complicação, sendo esta uma situação contrária às companheiras dos restantes 17,2% dos participantes, as quais não tiveram qualquer tipo de complicação na gravidez. Verificámos também que foram as companheiras dos sujeitos da amostra com idade inferior ou igual a 30 anos que tiveram mais complicações durante o processo gravídico, representando 87,9% do efetivo amostral. Observámos ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi inferior a 0.050 ($p=0,036$). (cf. Quadro 5).

Tipo de parto

Constatámos que a maioria dos partos foram partos distócicos (53,9%) e que 46,1% foram partos normais. Apurámos também que os partos distócicos foram mais frequentes nas companheiras dos participantes com idade superior ou igual a 31 anos (54,8%). Referimos ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,669$). (cf. Quadro 5).

Número de horas na sala de partos

A análise dos resultados demonstra que o valor percentual mais significativo (46,5%) foi o obtido nos partos que tiveram um tempo de duração de menos de 6 horas, enquanto 35,7% dos partos decorreram entre 6 a 12 horas. O valor percentual menos significativo (17,6%) foi registado nos partos que tiveram uma duração superior a 12 horas. Averiguámos ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,192$). (cf. Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização obstétrica segundo os grupos de idade

Idade \ Variáveis	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		Total	
	N (141)	% (40,4)	N (208)	%(59,6)	N (349)	%(100,0)
Ser primeiro filho						
Sim	121	85,8	99	47,8	220	63,2
Não	20	14,2	108	52,2	128	36,8
Número de filhos						
1 filho	5	25,0	46	41,8	51	39,2
2 filhos	14	70,0	53	48,2	67	51,5
3 ou mais filhos	1	5,0	11	10,0	12	9,2
Abortamento						
Sim	33	14,3	36	17,8	54	16,5
Não	108	85,7	166	82,2	274	83,5
Gravidez planeada						
Sim	99	70,2	169	81,3	268	76,8
Não	51	36,2	74	35,6	125	35,8
Gravidez desejada						
Sim	135	95,7	202	97,1	337	96,6
Não	6	4,3	6	4,3	12	3,4
Complicações na gravidez						
Sim	124	87,9	165	79,3	289	82,8
Não	17	12,1	43	20,7	60	17,2
Tipo de parto						
Normal	67	47,5	94	45,2	161	46,1
Distóxico	74	52,5	114	54,8	188	53,9
Número de horas na sala de parto						
Menos de 6 horas	56	40,6	103	50,5	159	46,5
Entre 6 horas e 12 horas	54	39,1	68	33,3	122	35,7
Mais que 12 horas	29	20,3	33	16,2	61	17,6

4.5.2 – Caracterização do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto

Presença em consultas de vigilância pré-natal

A análise dos resultados demonstra que a maioria dos participantes deste estudo (80,8%) esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal e que 19,2% não esteve. O valor percentual mais significativo, em termos de idade, recaiu no grupo de participantes com idade superior ou igual a 31 anos os quais estiveram presentes nas referidas consultas (81,3). Podemos ainda referir que não existiam diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,253$). (cf. Quadro 6).

Presença na primeira ecografia

Da amostra em estudo, confirmámos que a maioria dos participantes (80,8%) esteve presente na primeira ecografia, contrariamente a 19,2%. Quando relacionamos a idade com a presença na primeira ecografia observamos que o valor percentual mais elevado (82,3%) refere-se aos pais com idade inferior ou igual a 30 anos que presenciaram a primeira ecografia. No grupo dos pais que não estiveram presentes na primeira ecografia, a maior percentagem (20,2%) foi obtida no grupo de participantes com idade superior ou igual a 31 anos. Tendo o *p-value* sido superior a 0.050 ($p=0,567$) podemos referir que não existiam diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 6).

Perceção dos movimentos fetais ativos

Constatámos que relativamente à perceção dos movimentos fetais ativos, quase todos os participantes referiram sentir os mesmos (96,3%), contrariamente aos restantes 3,7%. Perante o valor de *p-value* ($p= 0.885$), podemos referir que não existiram diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 6).

Comunicar com o feto

Os dados empíricos alcançados demonstram que uma grande parte dos participantes comunicou com o feto durante a gravidez (83,4%), não sendo esta uma situação análoga aos 16,6% apurados. O maior valor percentual encontrado, quando se relacionou a idade com esta variável, foi o dos sujeitos da amostra na faixa etária inferior ou igual a 30 anos, os quais comunicaram com o feto (86,5%). Aludimos ainda que não existiam diferenças estatisticamente significativas, pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,194$) (cf. Quadro 6).

Frequência nas aulas de preparação para o parto

O valor percentual mais significativo obtido foi de 77,4% referente aos participantes que não participaram nas aulas de preparação para o parto; os restantes 22,6 % dos pais participaram na preparação para o parto. Dos pais que não frequentaram as aulas de parto, 77,9% dos mesmos situavam-se na faixa etária superior ou igual a 31 anos, enquanto os que frequentaram, ou seja, 23,4%, tinham idade inferior ou igual a 30 anos. Deprendemos que não existiam diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p= 0.778$). (cf. Quadro 6).

Número de aulas de preparação para o parto assistidas

Quanto ao número de aulas de preparação do parto, apurámos que 36,7% dos pais esteve presente entre três a seis sessões; 34,2% esteve presente em sete ou mais sessões; 29,1% esteve presente em menos de duas aulas de preparação para o parto. Constatámos que dos participantes que estiveram presentes em menos de duas sessões, o valor percentual mais significativo (32,6%) foi registado no grupo de participantes com idade superior ou igual a 31 anos. Por sua vez, os pais que estiveram presentes em 7 ou mais sessões perfazem 41,3% da amostra dos pais com idade superior ou igual a 31 anos. Confirmámos que 51,5% dos sujeitos da amostra na faixa etária inferior ou igual aos 30 anos presenciaram entre três e seis sessões. Referimos ainda que $p=0,064$, ou seja, não existiam diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 6).

Presença no trabalho de parto

A análise dos resultados demonstra que mais de metade dos participantes (78,2%) esteve presente no trabalho de parto, contrariamente aos restantes 21,8%. Verificámos que o valor percentual mais elevado (84,4%) foi o apurado para os pais com idades inferiores ou iguais aos 30 anos, os quais assistiram ao trabalho de parto da companheira. Do grupo de pais que não estiveram presentes no momento do trabalho de parto, 26,0% tinha idade superior ou igual aos 31 anos. Podemos ainda referir que existiram diferenças estatisticamente significativas pois $p=0,021$ (cf. Quadro 6).

Conhecimento dos acontecimentos decorrentes no trabalho de parto

Salientamos que mais de metade dos participantes (73,1%) confirmou que teve conhecimento do trabalho de parto, enquanto 26,9% referia não ter conhecimento do que decorria durante o trabalho de parto. Dos pais que referiram ter conhecimento sobre o trabalho de parto, o grupo predominante foi o da faixa etária inferior ou igual a 30 anos (75,2%), enquanto os que referiram não ter conhecimento 28,4% possuía idades superiores ou iguais a 31 anos. Referimos ainda que não existiam diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi de 0,464 (cf. Quadro 6).

Participação ativa no trabalho de parto

Os dados referentes à participação ativa dos pais no trabalho de parto são resultados estatisticamente significativos ($p=0,015$) e demonstram que mais de metade da amostra (59,6%) referiu ter vivenciado essa experiência. Esta não foi uma experiência partilhada por 40,4% dos participantes. Dos pais que participaram ativamente no trabalho de parto, a maioria mencionou que participou da seguinte forma: “Assistência à mãe” (64,9%),

seguindo-se os que deram “Apoio psicológico” (33,3%), “Ajuda no controlo da respiração” (1,1%) e “Mantendo a esposa hidratada” (0,6%). Podemos ainda referir que não existiram diferenças estatisticamente significativas, na medida em que o *p-value* foi superior a 0.050 ($p=0,232$). (cf. Quadro 6).

Esclarecimento de dúvidas durante o trabalho de parto

Tendo em conta os dados empíricos obtidos, poderemos dizer que quase todos os pais (91,7%) confirmaram que as suas dúvidas durante o trabalho de parto foram esclarecidas. Verificámos também que a percentagem mais significativa (94,0%), neste grupo de participantes, recaiu nos que tinham idade inferior ou igual aos 30 anos. Referimos ainda que não existiam diferenças estatisticamente significativas pois $p=0,239$ (cf. Quadro 6).

Presença no parto

Quanto à presença do pai no parto, registámos que a maioria dos participantes (61,3%) esteve presente, no entanto 38,7% dos pais referiu não ter estado presente. Dos participantes que vivenciaram esta experiência, a maior percentagem (72,3%) incidiu no grupo com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os pais que não estiveram presentes durante o parto, tinham maioritariamente idades superiores ou iguais a 31 anos, perfazendo 46,2% do efetivo amostral. Concluímos que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que o *p-value* foi de 0,000 (cf. Quadro 6).

Corte do cordão umbilical

Confirmámos que a grande maioria dos participantes (94,9%) não cortaram o cordão umbilical do bebé, apenas 5,1% o fizeram. Apurámos que 98,0% dos pais que não cortaram o cordão umbilical do seu filho situavam-se na faixa etária inferior ou igual aos 30 anos.

Na amostra em estudo a maioria dos pais (52,2%) admitiram que não era importante o corte do cordão umbilical para o estabelecimento da ligação com o bebé, contrariamente a 47,8%, que não partilham da mesma opinião. No grupo de participantes que atribuíram a referida importância, o valor percentual mais elevado (50,5%) foi o dos participantes com idade inferior ou igual aos 30 anos. Já no grupo de pais que não atribuíram importância ao corte do cordão umbilical, a maioria tinha idade superior ou igual a 31 anos (54,5%).

Contudo, também apurámos que, dos pais que não cortaram o cordão umbilical, a maioria (59,6%) afirmou que gostariam de o ter feito, não sendo esta uma opinião partilhada por 40,4%. Os participantes que consideram a primeira situação referida, maioritariamente (68,0%), possuíam idades inferiores ou iguais aos 30 anos. Podemos ainda observar que o valor de $p=0.016$, ou seja, existiram diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 6).

Prestação de cuidados ao filho

Atendendo aos resultados apurados, podemos dizer que mais de metade dos sujeitos da amostra, ou seja, 86,9%, confirmaram que prestaram cuidados ao recém-nascido, contrariamente aos restantes 13,1%. O valor percentual mais significativo foi o dos participantes (90,2%) que pegaram no seu bebé ao colo, tendo os mesmos idades superiores ou iguais aos 31 anos. Por sua vez, a maior percentagem (16,7%) dos pais que não prestaram esse cuidado ao recém-nascido possuíam uma idade inferior ou igual a 30. Ainda verificámos que a grande maioria dos participantes não vestiu o bebé (82,2%) e que somente 17,8% dos sujeitos o vestiu. Relativamente às idades, observámos que a maior percentagem (21,4%) de pais que vestiram o bebé foi a dos que tinham idade superior ou igual a 31 anos. No outro grupo, 86,3% situava-se na faixa etária inferior ou igual a 30 anos. Podemos referir que para ambas as variáveis não existiram diferenças estatisticamente significativas pois $p=0,141$ (cf. Quadro 6).

Quadro 6 - Caracterização do envolvimento do pai segundo os grupos de idade

Variáveis	Idade	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		Total	
		N (141)	% (40,4)	N (208)	% (59,6)	N (349)	% (100,0)
Presença em consultas de vigilância pré-natal							
Sim		113	80,1	169	81,3	282	80,8
Não		28	19,9	39	18,8	67	19,2
Presença na primeira ecografia							
Sim		116	82,3	166	79,8	282	80,8
Não		25	17,7	42	20,2	67	19,2
Percepção dos movimentos fetais ativos							
Sim		136	96,5	200	96,2	336	96,3
Não		5	3,5	8	3,8	13	3,7
Comunicar com o feto							
Sim		122	86,5	169	81,3	291	83,4
Não		19	13,5	39	18,8	58	16,6
Frequência nas aulas de preparação para o parto							
Sim		33	23,4	46	22,1	79	22,6
Não		108	76,6	162	77,9	270	77,4
Número de aulas de preparação para o parto assistidas							
Menos de 2 sessões		8	24,2	15	32,6	23	29,1
3 – 6 sessões		17	51,5	12	26,1	29	36,7
7 sessões ou mais		8	24,2	19	41,3	27	34,2
Presença no trabalho de parto							
Sim		119	84,4	154	74,0	273	78,2
Não		22	15,6	54	26,0	76	21,8
Conhecimento dos acontecimentos decorrentes do trabalho de parto							
Sim		106	75,2	149	71,6	255	73,1
Não		35	24,8	59	28,4	94	26,9
Participação ativa no trabalho de parto							
Sim		95	67,4	113	54,3	208	59,6
Não		46	32,6	95	45,7	141	40,4
De que forma							
Apoio Psicológico		30	40,0	28	28,3	58	33,3
Assistência à mãe		43	57,3	70	70,7	113	64,9
Ajuda no controlo da respiração		1	1,3	1	1,0	2	1,1
Mantendo a esposa hidratada		1	1,3	-	0,0	1	0,6
Esclarecidas dúvidas durante o trabalho de parto							
Sim		109	94,0	144	90,0	253	91,7
Não		7	6,0	16	10,0	23	8,3
Presença no parto							
Sim		102	72,3	112	53,8	214	61,3
Não		39	27,7	96	46,2	135	38,7
Corte do cordão umbilical							
Sim		2	2,0	9	8,0	11	5,1
Não		100	98,0	103	92,0	203	94,9
Importância do corte do cordão umbilical pelo pai para o estabelecimento da ligação com o filho							
Sim		50	50,5	50	45,5	100	47,8
Não		49	49,5	60	54,5	109	52,2
Gostaria de o ter feito?							
Sim		68	68,0	53	51,5	121	59,6
Não		32	32,0	50	48,5	82	40,4
Pegar no bebé ao colo							
Sim		85	83,3	101	90,2	186	86,9
Não		17	16,7	11	9,8	28	13,1
Vestir o bebé							
Sim		14	13,7	24	21,4	38	17,8
Não		88	86,3	88	78,6	176	82,2

4.5.3 – Relação entre as variáveis sócio-demográficas e o suporte social

Relação entre a idade e o Suporte Social

Para se compreender a influência entre a idade e o suporte social, utilizou-se o T-teste. Podemos referir que em todas as subescalas os níveis de suporte social são superiores nos indivíduos com idade igual ou inferior a 30 anos. Porém, ao realizarmos o cruzamento entre a idade e as diversas subescalas do suporte social, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas (cf. Quadro 7).

Quadro 7 - Teste t entre a idade e o suporte social

Subescalas	Idade		T		p	
	Inferior ou igual a 30 anos	Superior ou igual a 31 anos	M	DP		
Satisfação com os Amigos	19,80	3,98	19,25	3,55	1,342	0,180
Intimidades	16,28	2,91	15,87	2,87	1,294	0,197
Satisfação com a Família	12,47	2,44	12,12	2,40	1,324	0,186
Actividades Sociais	10,28	2,66	10,05	2,79	0,781	0,436

Relação entre as habilitações literárias e o suporte social

Com o intuito de verificarmos a existência da influência das habilitações literárias sob o suporte social, efetuámos o teste One-Way ANOVA e testes Post Hoc. Assim, apurámos que os pais com escolaridade até ao 3º ciclo possuem níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “satisfação com os amigos”, “satisfação com a família” e “atividades sociais”. No entanto, os indivíduos que possuem ensino superior obtiveram níveis mais elevados de suporte social na subescala “intimidades”. Constatámos que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas na subescala “satisfação com os Amigos” ($p=0,034$). (cf. Quadro 8).

Quadro 8 - Teste One-Way ANOVA e testes Post Hoc entre as habilitações literárias e o suporte social

Subescalas	Habilitações Literárias	N	M	DP	F	p	Tukey
Satisfação com os amigos	Até ao 3º Ciclo	130	20,08	4,046	3,408	0,034	0,029
	Ensino Secundário	129	19,34	3,59			-
	Ensino Superior	89	18,77	3,37			-
Intimidades	Até ao 3º Ciclo	130	15,75	3,23	2,695	0,069	-
	Ensino Secundário	129	15,91	2,99			-
	Ensino Superior	89	16,64	2,06			-
Satisfação com a família	Até ao 3º Ciclo	130	12,64	2,66	2,776	0,064	-
	Ensino Secundário	129	11,94	2,36			-
	Ensino Superior	89	12,20	2,07			-
Actividades sociais	Até ao 3º Ciclo	130	10,30	2,85	0,429	0,651	-
	Ensino Secundário	129	9,98	2,61			-
	Ensino Superior	89	10,13	2,76			-

Relação entre o estado civil e o suporte social

Para se entender a relação entre o estado civil e o suporte social, recorremos ao teste Kruskal-Wallis, cujos dados demonstram que os progenitores do sexo masculino que vivem em união de facto apresentam maiores níveis de suporte social nas dimensões “satisfação com os amigos” e “satisfação com a família”. Por sua vez, os homens solteiros revelam maiores níveis de satisfação social nas subescalas “intimidades” e “atividades sociais”. Referimos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas, ou seja, o estado civil não interfere nas distintas subescalas do suporte social. (cf. Quadro 9).

Quadro 9 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o suporte social

Subescalas	Estado Civil			X ²	p
	Solteiro	Casado	União de Facto		
	OM	OM	OM		
Satisfação com os amigos	174,32	171,17	187,24	1,031	0,597
Intimidades	182,90	174,42	159,55	1,547	0,461
Satisfação com a família	172,62	169,85	195,99	0,641	0,245
Atividades sociais	182,27	171,31	175,47	2,810	0,726

Relação entre a duração da relação e o suporte social

Procurámos também verificar se há influência entre a duração da relação e o suporte social, através da aplicação do teste One-Way ANOVA. Deste modo, os resultados apurados revelam que os participantes que possuem uma relação entre os 0 e os 3 anos obtiveram níveis mais elevados na subescala “atividades Sociais”; os que se encontram numa relação entre 4 a 7 anos tiveram níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “intimidades” e “satisfação com a Família”; por último, os pais que estão numa relação há mais de 8 anos possuem níveis mais elevados na subescala “satisfação com os

Amigos”. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social (cf. Quadro 10).

Quadro 10 - Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o suporte social

Subescala \ Duração da relação Actual	Entre 0 a 3 anos		Entre 4 a 7 anos		8 ou mais anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Satisfação com os Amigos	19,43	4,16	19,40	3,61	19,59	3,51	0,090	0,914
Intimidades	15,92	3,17	16,18	2,80	15,99	2,75	0,256	0,774
Satisfação com a Família	12,34	2,85	12,36	1,93	12,11	2,48	0,409	0,664
Actividades Sociais	10,35	2,79	10,26	2,51	9,85	2,90	1,112	0,330

4.5.4 – Relação entre as variáveis obstétricas e o suporte social

Relação entre ser primeiro filho e o suporte social

Com o intuito de se perceber a influência entre o facto de ser ou não o primeiro filho e o suporte social, utilizámos o T-teste, cujos dados demonstram que os participantes que afirmaram ser o primeiro filho possuem níveis médios mais elevados em todas as subescalas do suporte social. Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “satisfação com os amigos” ($p=0,012$); “intimidades” ($p=0,005$) e “atividades sociais” ($p=0,002$) (cf. Quadro 11).

Quadro 11 - Teste t entre ser primeiro filho e o suporte social

Subescalas \ Primeiro Filho	Sim		Não		T	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos	19,86	3,70	18,82	3,74	2,520	0,012
Intimidades	16,37	2,88	15,48	2,85	2,804	0,005
Satisfação com a família	12,32	2,44	12,17	2,39	0,562	0,574
Actividades sociais	10,49	2,70	9,55	2,71	3,136	0,002

Relação entre o tipo de parto e o Suporte Social

Para se perceber a influência entre o tipo de parto e o suporte social, utilizou-se o T-teste, do qual apurámos que os níveis de suporte social em todas as subescalas são superiores no grupo de pais que referiu tratar-se de um parto distóxico. Analisando os resultados, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social (cf. Quadro 12).

Quadro 12 - Teste t entre o tipo de parto e o suporte social

Subescalas	Tipo de Parto	Normal		Distócico		T	p
		M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos		19,47	3,58	19,48	2,87	-0,017	0,987
Intimidades		15,95	3,88	16,12	2,91	-0,537	0,592
Satisfação com a família		12,27	2,48	12,28	2,37	0,004	0,997
Actividades sociais		9,92	2,69	10,33	2,76	-1,400	0,162

Relação entre a gravidez planeada e o suporte social

Com o intuito de perceber a influência de uma gravidez planeada e o suporte social, recorremos ao Teste U de Mann-Whitney, do qual registámos que os pais que mencionaram ter sido uma gravidez planeada obtiveram níveis mais elevados em todas as subescalas, com exceção da subescala “satisfação com a família”, onde os valores médios foram mais elevados nos participantes que afirmaram não ter sido uma gravidez planeada. Constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas distintas subescalas (cf. Quadro 13).

Quadro 13 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o suporte social

Subescalas	Gravidez Planeada	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
Satisfação com os amigos		175,96	171,83	10597,00	0,746
Intimidades		178,95	161,93	9795,00	0,180
Satisfação com a família		173,16	181,09	10360,50	0,528
Actividades sociais		180,40	157,12	9406,00	0,067

Relação entre a gravidez desejada e o Suporte Social

A fim de se perceber qual a influência entre a gravidez desejada e o suporte social, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney. Em conformidade com os dados apurados, podemos referir que os pais que referiram ter sido uma gravidez desejada obtiveram níveis mais elevados em todas as subescalas, com exceção da subescala “satisfação com a família”, onde os valores médios foram mais elevados nos participantes que afirmaram não ter sido uma gravidez desejada. Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “intimidades” ($p=0,028$) e “atividades sociais” ($p=0,020$). (cf. Quadro 14).

Quadro 14 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o suporte social

Subescalas	Gravidez Desejada	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
Satisfação com os amigos		175,13	171,46	1979,50	0,901
Intimidades		177,22	112,67	1274,00	0,028
Satisfação com a família		174,14	199,21	1731,50	0,390
Actividades sociais		177,35	108,92	1229,00	0,020

4.5.5 – Relação entre as variáveis de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto e o suporte social

Relação entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o suporte social

Para saber qual a influência entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o suporte social, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney, cujos dados revelam que os participantes que estiveram presentes nas consultas de vigilância pré-natal obtiveram médias mais elevadas em todas as subescalas de suporte social. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas “intimidades” ($p=0,001$) e “atividades sociais” ($p=0,002$). (cf. Quadro 15)

Quadro 15 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o suporte social

Subescalas	Presença nas consultas		U	p
	Sim OM	Não OM		
Satisfação com os amigos	179,60	155,65	8150,50	0,079
Intimidades	183,59	138,84	7024,50	0,001
Satisfação com a família	180,02	153,88	8032,00	0,053
Actividades sociais	183,16	140,66	7146,00	0,002

Relação entre a percepção dos movimentos fetais ativos e o suporte social

Procurámos igualmente verificar a influência da relação entre a percepção dos movimentos fetais ativos e o suporte social, para o que recorremos ao Teste U de Mann-Whitney, do qual verificámos que os pais que percecionaram os movimentos fetais ativos possuem níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “satisfação com os amigos”; “intimidade” e “atividades sociais”. Não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas (cf. Quadro 16).

Quadro 16 - Teste U de Mann-Whitney entre os movimentos fetais e o suporte social

Subescalas	Movimentos Fetais Ativos		U	p
	Sim OM	Não OM		
Satisfação com os Amigos	175,42	164,12	2042,50	0,690
Intimidades	176,38	139,27	1719,50	0,190
Satisfação com a Família	174,95	176,38	2166,00	0,959
Actividades Sociais	176,07	147,46	1826,00	0,313

Relação entre comunicar com o feto e o Suporte Social

No que concerne à relação entre comunicar com o feto e o suporte social, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney, cujos dados demonstram que os pais que comunicaram com o feto possuem níveis de suporte social mais elevados em todas subescalas. Observámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas (cf. Quadro 17).

Quadro 17 - Teste U de Mann-Whitney entre comunicar com o feto e o suporte social

Subescalas	Comunicar com o feto	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
Satisfação com os Amigos		176,95	165,23	7872,500	0,417
Intimidades		177,07	164,60	7836,000	0,387
Satisfação com a Família		177,59	162,03	7686,500	0,275
Actividades Sociais		176,75	166,24	7931,000	0,466

Relação entre a presença no trabalho de parto e o suporte social

Relativamente à relação entre a presença no trabalho de parto e a suporte social, foi utilizado o T-teste, do qual inferimos que os níveis de suporte social são superiores em todas as subescalas nos pais que não estiveram presentes durante o trabalho de parto. Apurámos que houve diferenças estatisticamente significativas na subescala “satisfação com a família” ($p=0,037$) (cf. Quadro 18).

Quadro 18 - T-teste entre a presença no trabalho de parto e o suporte social

Subescalas	Presença no trabalho de parto	Sim		Não		T	p
		M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos		19,27	3,67	20,21	3,91	-1,876	0,063
Intimidades		16,03	2,85	16,08	3,05	-0,127	0,899
Satisfação com a família		12,12	2,42	12,78	2,37	-2,111	0,037
Actividades sociais		10,00	2,67	10,67	2,92	-1,803	0,074

Relação entre a presença no parto e o suporte social

Referente à relação entre a presença no parto e o suporte social, utilizámos o T-teste, do qual apurámos que os níveis de suporte social são superiores nas subescalas “satisfação com os amigos” e “intimidades” nos pais que estiveram presente no parto”. Por outro lado, os níveis de suporte social são mais elevados nas subescalas “satisfação com a família” e “atividades sociais” nos participantes que não estiveram presentes no parto. Contudo, os valores médios encontrados não fizeram com que se encontrassem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (cf. Quadro 19).

Quadro 19 - Teste t entre a presença no parto e o suporte social

Subescalas	Presença no parto	Sim		Não		T	p
		M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos		19,51	3,47	19,41	4,13	0,232	0,817
Intimidades		16,13	2,77	15,89	3,08	0,720	0,472
Satisfação com a família		12,22	2,20	12,33	2,74	-0,390	0,697
Actividades sociais		9,96	2,66	10,43	2,82	-1,561	0,120

4.6 – ANÁLISE INFERENCIAL

Qual é a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração do relacionamento) sobre o *bonding* (*bonding* positivo; *bonding* negativo, *bonding not clear* e *bonding* total)?

Relação entre a idade e o *bonding*

Para se compreender a influência da idade no *bonding*, utilizámos o T-teste. Os resultados apurados revelaram que no *bonding* positivo, no *bonding not clear* e no *bonding* total, as médias são mais elevadas nos sujeitos com idade igual ou inferior a 30 anos. No *bonding* negativo, as médias são mais elevadas nos participantes com idade igual ou superior a 31 anos. Ao realizarmos o cruzamento entre a idade e as diversas subescalas do *bonding*, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *bonding* positivo ($p=0,010$) e a idade (cf. Quadro 20).

Assim, podemos inferir que a idade paterna tem influência sobre o *bonding* positivo.

Quadro 20 - Teste t entre a idade e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Idade	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		T	p
		Média	DP	Média	DP		
<i>Bonding</i> negativo		0,23	0,96	0,31	0,87	-0,742	0,459
<i>Bonding</i> positivo		8,44	1,08	8,12	1,19	2,598	0,010
<i>Bonding not clear</i>		1,50	1,38	1,45	1,25	0,396	0,692
<i>Bonding</i> total		6,70	2,21	6,36	2,03	1,440	0,151

Relação entre as habilitações literárias e o *bonding*

Para verificarmos a existência da influência das habilitações literárias sobre o *bonding*, efetuámos o teste One-Way ANOVA. No que se refere aos valores médios, observámos que tanto no *bonding* negativo, como no *bonding* positivo e no *bonding* total as médias mais elevadas centram-se nos participantes com escolaridade até ao 3º ciclo e as médias mais baixas nos sujeitos com o ensino superior. Contudo, no *bonding not clear* a média mais elevada centra-se nos indivíduos com o ensino superior e as médias mais baixas nos participantes com habilitações até ao 3º ciclo.

Podemos referir que obtivemos diferenças estatisticamente significativas no *bonding* positivo ($p=0,040$) (CF. Quadro 21).

Deste modo, pudemos referir que as habilitações literárias têm influência no *bonding* positivo.

Quadro 21 - Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o *Bonding*

<i>Bonding</i>	Habilitações Literárias	N	Média	DP	F	p	Tukey
<i>Bonding Negativo</i>	Até ao 3º Ciclo	130	0,38	1,16	1,603	0,203	-
	Ensino Secundário	129	0,23	0,72			-
	Ensino Superior	89	0,17	0,66			-
<i>Bonding Positivo</i>	Até ao 3º Ciclo	130	8,43	1,06	3,133	0,045	0,040
	Ensino Secundário	129	8,20	1,19			-
	Ensino Superior	89	8,04	1,22			-
<i>Bonding Not clear</i>	Até ao 3º Ciclo	130	1,34	1,43	1,528	0,218	-
	Ensino Secundário	129	1,47	1,26			-
	Ensino Superior	89	1,65	1,15			-
<i>Bonding Total</i>	Até ao 3º Ciclo	130	6,71	1,43	1,436	0,239	-
	Ensino Secundário	129	6,50	1,27			-
	Ensino Superior	89	6,22	1,15			-

Relação entre o estado civil e o *bonding*

Com o intuito de se entender a relação entre o estado civil e o *bonding*, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, cujos resultados demonstram que os pais casados apresentam níveis mais elevados de *bonding* negativo, comparativamente com os participantes que vivem em união de facto, uma vez que apresentam níveis médios mais baixos. Observámos, igualmente, que os sujeitos casados apresentam níveis médios mais elevados de *bonding* positivo, comparativamente aos indivíduos solteiros. Por último, os pais que vivem em união de facto apresentam níveis mais elevados de *bonding not clear* comparativamente com os pais que estão solteiros. No *bonding* total, apurámos que são os sujeitos solteiros que apresentam médias mais elevadas, comparativamente com os sujeitos que vivem em união de facto. Analisando os resultados obtidos, constatámos que não existem diferenças estatisticamente com o *bonding*, ou seja, o estado civil não interfere nas distintas subescalas do *bonding*. (cf. Quadro 22)

Quadro 22 - Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Estado Civil	Solteiro	Casado	União de Facto	X^2	p
	M	M	M			
<i>Bonding Negativo</i>		175,30	175,44	165,25	1,179	0,555
<i>Bonding Positivo</i>		170,27	175,11	173,82	0,161	0,923
<i>Bonding Not clear</i>		162,28	173,95	190,58	2,383	0,304
<i>Bonding Total</i>		182,48	175,02	157,26	1,896	0,388

Relação entre a duração da relação e o *bonding*

De forma a entendermos a influência entre a duração do relacionamento e o *bonding*, efetuámos o teste One-Way ANOVA. Analisando os valores médios, verificámos que os pais que estão na relação há 8 ou mais anos possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo e no *bonding not clear*, comparativamente com os pais que estão há menos tempo na relação (0-3 anos). Por último, referimos que os participantes que estão na relação atual há

menos tempo (0-3 anos) possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, comparativamente aos que estão há mais tempo na relação atual (≥ 8 anos).

Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do *bonding*. (cf. Quadro 23)

Então, constatamos que a duração da relação não influencia o *bonding*.

Quadro 23 - Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Duração da relação Actual		Entre 0 a 3 anos		Entre 4 a 7 anos		8 ou mais anos		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP				
<i>Bonding</i> Negativo	0,14	0,40	0,33	1,08	0,34	1,01	1,740	0,177		
<i>Bonding</i> Positivo	8,32	1,09	8,24	1,18	8,20	1,19	0,339	0,713		
<i>Bonding</i> Not clear	1,36	1,29	1,47	1,33	1,56	1,28	0,619	0,539		
<i>Bonding</i> Total	6,82	1,71	6,44	2,34	6,29	2,16	1,831	0,162		

Será que as variáveis obstétricas (ser primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada e gravidez desejada; presença no trabalho de parto; presença no parto) influenciam o *bonding* (*bonding* positivo; *bonding* negativo, *bonding* not clear e *bonding* total) entre o pai e o bebé?

Relação entre ser primeiro filho e o *bonding*

Com o intuito de percebermos a influência do facto de ser ou não o primeiro filho no *bonding*, utilizámos o t-teste, tendo-se constatado que os níveis de *bonding* negativo, *bonding* positivo e *bonding* not clear são mais elevados nos pais que referiram ser o primeiro filho. Contudo, no *bonding* total, a média é mais elevada nos pais que referiram não ser o primeiro filho. Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas no *bonding* positivo ($p=0,027$) e no *bonding* not clear ($p=0,043$) (cf. Quadro 24).

Assim podemos verificar que o facto de ter ser primeiro filho interfere no *bonding* positivo e no *bonding* not clear.

Quadro 24 - Teste t entre ser primeiro filho e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Primeiro Filho	Sim		Não		T	p
		M	DP	M	DP		
<i>Bonding</i> Negativo		0,29	0,99	0,25	0,76	0,448	0,654
<i>Bonding</i> Positivo		8,35	1,11	8,06	1,22	2,225	0,027
<i>Bonding</i> Not clear		1,58	1,35	1,29	1,19	2,031	0,043
<i>Bonding</i> Total		6,48	2,22	6,53	1,91	-0,205	0,838

Relação entre o tipo de parto e o *bonding*

Para verificarmos a influência do tipo de parto no *bonding*, utilizámos o t-teste. Assim, podemos dizer que os níveis do *bonding* negativo, positivo e *not clear* são superiores nos casos de parto normal. Contudo, no *bonding* total, as médias mais elevadas centram-se nos participantes cujo parto da companheira foi distócico. Verificamos, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o *bonding* e o tipo de parto. (cf. Quadro 25).

Verificamos assim que o tipo de parto não tem influencia sob o *bonding*.

Quadro 25 - Teste t entre o tipo de parto e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Tipo de Parto	Normal		Distócico		T	p
		M	DP	M	DP		
	<i>Bonding</i> Negativo	0,29	0,91	0,27	0,91	0,148	0,883
	<i>Bonding</i> Positivo	8,28	1,13	8,22	1,18	0,451	0,652
	<i>Bonding</i> Not clear	1,57	1,36	1,39	1,25	1,265	0,207
	<i>Bonding</i> Total	6,43	2,17	6,56	2,07	-0,594	0,553

Relação entre a gravidez planeada e o *bonding*

Com o intuito de perceber a influência de uma gravidez planeada no *Bonding*, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney, cujos dados demonstram que os níveis mais elevados do *bonding* negativo, do *bonding* positivo e do *bonding* total centram-se nos pais que afirmaram ser uma gravidez planeada. Constatámos, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos (cf. Quadro 26).

Desta forma, verificamos que a gravidez desejada não interfere com o *bonding*.

Quadro 26 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Gravidez Planeada	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	175,31	173,98	10771,50	0,864
	<i>Bonding</i> Positivo	176,93	168,63	10338,00	0,455
	<i>Bonding</i> Not clear	170,59	189,58	9673,00	0,125
	<i>Bonding</i> Total	180,65	156,29	9338,50	0,053

Relação entre a gravidez desejada e o *bonding*

Procurámos igualmente saber se a gravidez desejada influencia o *bonding*. Para tal, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney, tendo-se apurado que os níveis do *bonding* negativo, do *bonding* positivo e do *bonding* not clear são mais elevados nos participantes que desejaram a gravidez. Porém, no *Bonding* Total, as médias são mais elevadas nos pais que referiram não ter sido uma gravidez desejada. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 27).

Assim, reconhecemos que a gravidez desejada não tem influencia sob o *bonding*.

Quadro 27 - Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Gravidez Desejada	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	175,38	164,25	1893,000	0,534
	<i>Bonding</i> Positivo	175,27	167,29	1929,500	0,756
	<i>Bonding</i> Not clear	176,19	141,54	1620,500	0,226
	<i>Bonding</i> Total	174,12	199,67	1726,00	0,381

De que modo o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal; percepção dos movimentos fetais ativos; comunicar com o feto; presença no trabalho de parto e presença no parto) influenciam o *bonding* (*bonding* positivo; *bonding* negativo, *bonding* not clear e *bonding* total)?

Relação entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o *bonding*

Para saber qual a influência da presença nas consultas de vigilância pré-natal no *bonding* recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney, cujas médias mostram que os pais que estiveram presente nas consultas de vigilância pré-natal possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, *bonding* not clear e *bonding* total. Porém, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 28).

Desta forma inferimos que a presença nas consultas de vigilância pré-natal não tem influência sob o *bonding*.

Quadro 28 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Presença nas consultas	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	173,36	181,92	8983,500	0,301
	<i>Bonding</i> Positivo	178,49	160,33	8464,000	0,127
	<i>Bonding</i> Not clear	178,75	159,21	8389,000	0,140
	<i>Bonding</i> Total	176,00	170,78	9164,50	0,699

Relação entre a percepção dos movimentos fetais ativos e o *bonding*

Com o intuito de sabermos se existe influência da percepção dos movimentos fetais ativos no *bonding*, recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney. Assim, verificámos que os pais que não perceberam os movimentos fetais ativos revelam níveis mais elevados de *bonding* negativo, *bonding* positivo, *bonding* not clear. No entanto, os pais que perceberam os movimentos fetais ativos apresentam níveis médios mais elevados de

bonding total. Averiguámos que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 29).

Assim, inferimos que a percepção dos movimentos fetais ativos não influencia o *bonding*.

Quadro 29 - Teste U de Mann-Whitney entre a percepção dos movimentos fetais ativos e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Movimentos Fetais Ativos	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	174,39	190,65	1980,500	0,345
	<i>Bonding</i> Positivo	174,63	184,50	2060,500	0,690
	<i>Bonding</i> Not clear	173,79	206,35	1776,500	0,237
	<i>Bonding</i> Total	175,66	157,92	1962,00	0,528

Relação entre comunicar com o feto e o *Bonding*

No que concerne à relação entre comunicar com o feto e o *Bonding*, através da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, podemos referir que os pais que comunicaram com o feto possuem níveis mais elevados em todas as subescalas de *bonding*. Salientamos que existem diferenças estatisticamente significativas no *bonding* positivo ($p=0,005$). (cf. Quadro 30).

Logo, verificamos que a comunicação com o feto influencia o *bonding* positivo.

Quadro 30 - Teste U de Mann-Whitney entre comunicar com o feto e o *bonding*

Subescalas	Comunicar com feto	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	175,73	171,34	8227,000	0,617
	<i>Bonding</i> Positivo	180,83	145,77	6743,500	0,005
	<i>Bonding</i> Not clear	176,83	165,81	7906,000	0,432
	<i>Bonding</i> Total	177,17	164,13	7808,50	0,361

Relação entre a presença no trabalho de parto e o *bonding*

Relativamente à relação entre a presença no trabalho de parto e o *bonding*, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney. Averiguámos que os pais que estiveram presentes durante o trabalho de parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo e *bonding* not clear. Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas no *bonding* not clear ($p=0,045$) (cf. Quadro 31).

Assim, apuramos que a presença no trabalho de parto influencia no *bonding* not clear.

Quadro 31 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença no trabalho de parto e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Presença no trabalho de parto	Sim	Não	U	p
		OM	OM		
	<i>Bonding</i> Negativo	173,52	180,33	9969,00	0,388
	<i>Bonding</i> Positivo	175,49	173,26	10241,50	0,844
	<i>Bonding</i> Not clear	180,51	155,20	8869,00	0,045
	<i>Bonding</i> Total	172,34	184,56	9647,50	0,343

Relação entre a presença no parto e o *bonding*

No que se refere à relação entre a presença no parto e o *bonding*, recorreremos ao t-teste, do qual se apurou que os pais que estiveram presentes no parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, de *bonding not clear* e de *bonding* total. Contudo, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 32).

Verificamos que a presença no parto não interfere com o *bonding*.

Quadro 32 - Teste t entre a presença no parto e o *bonding*

<i>Bonding</i>	Presença no parto		Não		T	p
	Sim	DP	M	DP		
<i>Bonding</i> Negativo	0,26	0,90	0,33	0,93	-0,552	0,581
<i>Bonding</i> Positivo	8,25	1,17	8,24	1,11	0,106	0,916
<i>Bonding Not clear</i>	1,53	1,30	1,24	1,27	1,768	0,078
<i>Bonding</i> Total	6,49	2,11	5,52	2,12	-0,120	0,905

Qual a relação entre o suporte social e o tipo de *bonding* (*bonding* positivo, *bonding* negativo, *bonding not clear* e *bonding* total)?

Pretendemos, através da presente relação, identificar se o suporte social influencia o *bonding* positivo, negativo, *not clear* e total, tendo-se efetuado análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente (*bonding*) e todas as suas dimensões: satisfação com os amigos; intimidades; satisfação com a família e atividades sociais. O método de estimação utilizado foi o *enter* e o *stepwise* (passo a passo).

Relação entre suporte social e a variável dependente (*bonding* positivo)

Quanto ao *bonding* positivo, verificamos a existência de correlações positivas oscilando entre a Satisfação com a família ($r=0,114$) e a Satisfação com os amigos ($r=0,181$). Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Observamos, ainda, que existem correlações significativas em todas as subescalas do suporte social com o *bonding* positivo. Assim, à medida que aumentam os índices do suporte social, o *bonding* positivo também aumenta (cf. Quadro 33).

Quadro 33 - Correlação de Pearson entre o *bonding* positivo e o suporte social

Variáveis	R	p
Satisfação com os Amigos	0,181	0,000
Intimidades	0,141	0,004
Satisfação com a Família	0,114	0,017
Atividades Sociais	0,134	0,006

Constatámos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação com os amigos por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,181$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 18,1% do *bonding* positivo, com um erro padrão de 1,138. O teste F e o teste t são estatisticamente significativos. Assim, pelos coeficientes padronizados beta realça-se o maior valor preditivo na satisfação com os amigos. Deste modo, deduz-se que quanto maior a satisfação com os amigos, maior é o *bonding* positivo. (Cf. Quadro 34)

O modelo final ajustado para o *bonding* positivo é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Bonding positivo} = 7,157 + 0,181 \text{ Satisfação com os Amigos}$$

Quadro 34 - Regressão múltipla entre o *bonding* positivo e o suporte social

Variável dependente: <i>Bonding</i> Positivo					
R=0,181					
R ² =0,033					
R ² Ajustado=0,030					
Erro padrão de estimativa=1,138					
Incremento de R ² =0,033					
F=11,784					
P = 0,001					
Pesos de Regressão					
suporte social		Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p
Constante		7,157			
Satisfação com os Amigos		0,056	0,181	3,433	0,011
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	15,283	1	15,283	11,784	0,001
Residual	450,029	347	1,297		
Total	465,312	348			

Relação entre suporte social e a variável dependente (*bonding* negativo)

Quanto ao *bonding* negativo, verificámos a existência de correlações positivas na variável satisfação com os amigos ($r=0,002$) e correlações negativas oscilando entre ($r = -0,070$) nas atividades sociais e ($r = -0,135$) nas intimidades. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Observamos que existem correlações significativas na variável “intimidades” e “satisfação com a família” com o *bonding* negativo, ou seja, à medida que aumentam os índices do suporte social, o *bonding* negativo diminui (cf. Quadro 35).

Quadro 35 - Correlação de Pearson entre o *bonding* negativo e o suporte social

Variáveis	R	p
Satisfação com os amigos	0,002	0,488
Intimidades	-0,135	0,006
Satisfação com a família	-0,122	0,011
Actividades sociais	-0,070	0,098

Apurámos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão são as Intimidades por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,135$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 13,5% do *bonding* negativo, com um erro padrão de 0,903. O teste F é estatisticamente significativo, o que nos leva a constatar que quanto maior são as intimidades, menor é o *bonding* negativo. Tal facto é corroborado pelo teste t, uma vez que demonstra a existência de diferenças estatisticamente significativas, uma vez que $p=0,011$.

Quanto aos coeficientes padronizados beta realça-se o maior valor preditivo nas intimidades. Logo, deduzimos que quanto maior são as intimidades, menor é o *bonding* negativo. (cf. Quadro 36).

O modelo final ajustado para o *bonding* negativo é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Bonding Negativo} = 0,961 + (-0,135) \text{ Intimidades}$$

Quadro 36 - Regressão múltipla entre o *bonding* negativo e o suporte social

Variável dependente: <i>Bonding</i> Negativo					
R=0,135					
R ² =0,018					
R ² Ajustado=0,015					
Erro padrão de estimativa=0,903					
Incremento de R ² =0,018					
F=6,474					
p=0,011					
Pesos de Regressão					
Suporte Social		Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p
Constante		0,961			
Intimidades		-0,043	-0,135	-2,544	0,011
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	5,276	1	5,276	6,474	0,011
Residual	282,765	347	0,815		
Total	288,040	348			

Relação entre suporte social e a variável dependente (*bonding not clear*)

Relativamente ao *bonding not clear*, verificámos a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=- 0,008$) nas intimidades e ($r=- 0,102$) na satisfação com a família. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Observamos que existem correlações significativas entre as variáveis independentes “satisfação com os amigos” e “satisfação com a família” e entre a variável dependente (*bonding not clear*), ou seja, à medida que aumentam os índices das variáveis independentes referidas, o *bonding not clear* diminui (cf. Quadro 37).

Quadro 37 - Correlação de Pearson entre o *bonding not clear* e o suporte social

Variáveis	R	p
Satisfação com os amigos	-0,090	0,047
Intimidades	-0,008	0,440
Satisfação com a família	-0,102	0,029
Actividades sociais	-0,070	0,096

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação com a família já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica, no primeiro modelo, 10,2% da variação do *bonding not clear* e o erro padrão de regressão é de 1,300, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do *bonding not clear* (cf. Quadro 38).

No segundo modelo de regressão, para além da “satisfação com a família”, entrar a “satisfação com os amigos”, no seu conjunto passaram a explicar 19,2% da variabilidade total do *bonding not clear* tendo o erro estimado diminuído para 1,012.

No terceiro modelo de regressão entram as “atividades sociais”, para se juntar à “satisfação com a família” e “satisfação com os amigos”, estas três variáveis juntas conseguem explicar 26,2% da variabilidade total do *bonding not clear*, tendo o erro estimado reduzido para 0,612.

Por último, referente ao quarto modelo de regressão, para além da “satisfação com a família”, “satisfação com os amigos” e “atividades sociais”, entram as “intimidades”, onde todas juntas conseguem explicar 27,0% da variabilidade total do *bonding not clear*, tendo o erro estimado reduzido para 0,012.

Ainda é de referir que o Teste F e o teste t não demonstram resultados estatisticamente significativos, logo deduz-se que o suporte social não interfere com o *bonding not clear*.

Pelos coeficientes padronizados beta realça-se que o suporte social não é preditivo do *bonding not clear*.

Quadro 38 - Regressão múltipla entre o *bonding not clear* e o suporte social

Variável dependente: <i>Bonding not clear</i>					
R=0,125					
R ² =0,016					
R ² Ajustado=0,004					
Erro padrão de estimativa=1,300					
Incremento de R ² =0,016					
F=1,369					
p=0,244					
Pesos de Regressão					
Suporte Social	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	2,135				
Satisfação com os Amigos	-0,014	-0,041	-0,595	0,552	
Intimidades	0,027	0,061	0,982	0,327	
Satisfação com a Família	-0,046	-0,085	-1,285	0,200	
Actividades Sociais	-0,026	-0,055	-0,874	0,382	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	9,257	4	2,314	1,369	0,244
Residual	581,677	344	1,691		
Total	590,934	348			

Relação entre o suporte social e a variável dependente (*bonding total*)

Quanto ao *bonding total*, verificamos a existência de correlações positivas oscilando entre ($r=0,141$) nas intimidades e ($r=0,178$) na “satisfação com a família”. Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Observamos que existem correlações significativas em todas as variáveis independentes com a variável dependente, ou seja, à medida que aumentam os índices da variável independente, o *bonding total* aumenta (cf. Quadro 39).

Quadro 39 - Correlação de Pearson entre o *bonding total* e o suporte social

Variáveis	R	p
Satisfação com os Amigos	0,154	0,002
Intimidades	0,141	0,004
Satisfação com a Família	0,178	0,000
Actividades Sociais	0,147	0,003

Examinamos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão foi a “satisfação com a família” por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,178$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 17,8% do *bonding total*, com um erro padrão de 2,081. O teste F e o teste t são estatisticamente significativos, deste modo, deduzimos que quanto maior a “satisfação com a família”, maior é o *bonding total* (cf. Quadro 40).

O modelo final ajustado para o *bonding total* é dado pela seguinte fórmula:

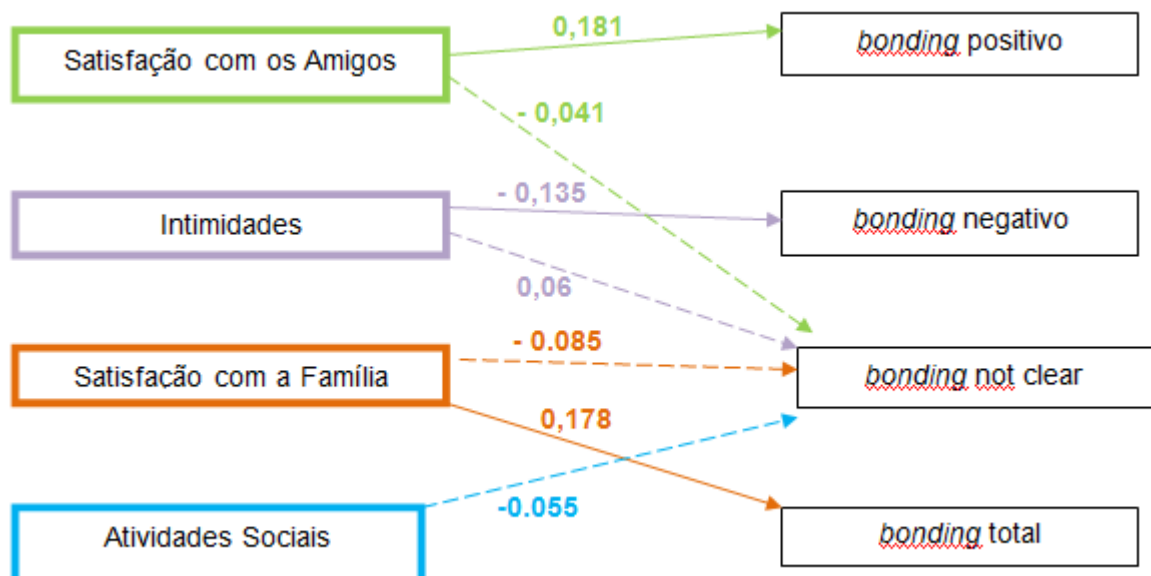
$$\text{Bonding total} = 4,597 + 0,178 \text{ Satisfação com a família}$$

Quadro 40 - Regressão múltipla entre o *bonding* total e o suporte social

Variável dependente: <i>Bonding</i> Total					
R=0,178					
R ² =0,032					
R ² Ajustado=0,029					
Erro padrão de estimativa=2,081					
Incremento de R ² =0,032					
F=11,344					
p=0,001					
Pesos de Regressão					
Suporte social		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
Constante		4,597			
Satisfação com a Família		0,155	0,178	3,368	0,001
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	49,106	1	49,106	11,344	0,001
Residual	1502,144	347	4,329		
Total	1551,249	348			

Após a exposição dos resultados, apresentamos o esquema síntese que relaciona as subescalas do suporte social com o tipo de *bonding*.

Figura 2 – Esquema Síntese da Relação entre Suporte Social e o tipo de *bonding*



5 – DISCUSSÃO

5.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos que utilizamos nesta investigação tiveram em conta os objetivos deste trabalho e a amostra em estudo.

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário autoaplicado, que implicou a presença da investigadora durante o seu preenchimento. Este facto embora possibilite o esclarecimento de dúvidas ao pai apresenta desvantagens porque a falta de privacidade pode impedir respostas genuínas, levando à possibilidade de falsos resultados. Por outro lado, o pai pode sentir-se pressionado pela limitação de tempo.

A quantidade de variáveis em estudo tornou a colheita de dados mais demorada, podendo tornar-se cansativa para o participante.

Com o objetivo de uma maior adesão por parte dos pais, a recolha de dados foi realizada em meio hospitalar no momento próximo do parto e portanto numa altura em que os pais pretendem estar disponíveis para a sua companheira e para o bebé.

Outra limitação metodológica prende-se com o facto de termos utilizado o método de amostragem por conveniência que, apesar de mais fácil, rápido e pouco dispendioso, limita os resultados e as conclusões apenas à amostra em estudo, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo porque a amostra pode não ser representativa.

5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do trabalho procedemos à discussão dos resultados anteriormente expostos, com base na revisão da literatura e na experiência profissional.

Inicialmente refletimos sobre determinadas características sociodemográficas, obstétricas e de envolvimento do pai, posteriormente e, de forma a dar resposta aos objetivos traçados para este trabalho, relacionamos estas mesmas variáveis com o bonding. Finalmente abordamos qual a relação entre o suporte social e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto.

Análise das caracterizações sociodemográfica, obstétrica e de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto

A amostra do estudo é constituída por 349 participante. Em relação à caracterização sociodemográfica, podemos constatar que a idade dos indivíduos varia entre os 19 os 55 anos, sendo a média de 31,84 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,067. A maior percentagem dos participantes é de raça branca (98,0%), sendo os

participantes de raça negra (1,7%) e de outra raça, mais especificamente a asiática (0,3%) os de menor representatividade, com resultados estatisticamente significativos ($p=0,015$). Tais resultados estão relacionados com o facto de este estudo ter sido realizado em território português onde a raça que prevalece é a branca. No que diz respeito às habilitações literárias, registamos que os dados mais significativos foram para o grupo de participantes com habilitações até ao 3º ciclo (37,4%) e para os que concluíram o ensino secundário (37,1%), e com menor percentagem (25,6%) os indivíduos com ensino superior, sendo os resultados estatisticamente significativos ($p=0,000$).

Quanto ao estado civil, constatamos que a maioria dos participantes é casada (66,9%), e que se encontra numa relação que dura entre os 4 e os 7 anos (35,8%), estando-lhe muito próximos os pais com uma duração da relação igual ou superior a 8 anos (35,0%), obtendo resultados estatisticamente significativos ($p=0,000$) para ambas as variáveis supracitadas. A percentagem de indivíduos casados está de acordo com as tendências recentes relativas ao tipo de união conjugal, apontadas pelo Instituto Nacional de Estatística referentes ao período entre 1991 e 2001, onde se verifica a queda moderada das taxas de nupcialidade, com alterações na forma de celebração do casamento, especialmente pelo aumento do casamento civil em detrimento do religioso e o aumento das uniões de facto.

Relativamente à caracterização obstétrica da amostra e, com base nos resultados obtidos, podemos dizer que 63,2% dos participantes referiu que se tratava do primeiro filho, correspondendo a maior percentagem aos pais com idade inferior ou igual a 30 anos (85,8%), com resultados estatisticamente significativos ($p=0,000$). Apuramos que mais de metade dos participantes (51,5%) possuía dois filhos, situando-se aqueles na faixa etária referida anteriormente. Estes resultados demonstram que na sociedade atual, cada vez mais, os indivíduos são pais pela primeira vez mais tarde e que as evidências demonstram que prevalecem os filhos únicos. Este facto é também corroborado pelos valores publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (1991-2001) que mostram que os indicadores demográficos nacionais apontam para um decréscimo acentuado das taxas de fecundidade, com a conseqüente diminuição do número de filhos por casal e da dimensão média das famílias.

Outro resultado a que se chega é que mais de metade das mulheres dos participantes não abortou (83,5%). Também apuramos que 76,8% dos participantes referiu que a gravidez da companheira foi planeada e que praticamente a totalidade dos pais (96,6%) confirmaram a existência de uma gravidez desejada. Os resultados só são estatisticamente significativos para a gravidez planeada ($p=0,017$). Estes dados assumem-se como importantes para o presente estudo, tendo em conta o suporte social e o *bonding*.

Ou seja, tratando-se de uma gravidez planejada e desejada poderá ser preditora de um vínculo afetivo positivo entre o pai e o recém-nascido.

No que se refere às complicações na gravidez, referimos que quase a totalidade dos sujeitos da amostra (82,8%) mencionou que as companheiras tiveram alguma complicação durante a gravidez, com resultados estatisticamente significativos ($p=0,036$). No entanto, este valor percentual inclui complicações referidas como “bebê pequeno” ou “vômitos”, o que nos leva a acreditar que algumas das complicações mencionadas pelos pais não constituíam patologias reais da gravidez. Constatamos, ainda, em relação ao tipo de parto, que prevalecem os partos distócicos (53,9%) comparativamente aos normais (46,1%). A análise dos resultados demonstra que o valor percentual mais significativo (46,5%) foi o obtido nos partos que tiveram um tempo de duração de menos de 6 horas, enquanto 35,7% dos partos decorreram entre 6 a 12 horas.

No que diz respeito à caracterização do envolvimento do pai na gravidez, parto e pós-parto, a análise dos resultados demonstra que a maioria dos participantes (80,8%) esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal, sendo o valor percentual mais significativo, em termos de idade, o do grupo de participantes com idade superior ou igual a 31 anos (81,3 %). Esta evidência é certificada por Sereno, (2005) Cit. por Brandão (2009), que refere que se tem verificado uma maior participação dos pais nas consultas de vigilância da gravidez. Confirmamos que a maioria dos participantes (80,8%) esteve presente na primeira ecografia, correspondendo o valor percentual mais elevado (82,3%) aos pais com idade inferior ou igual a 30 anos. É também notória a percentagem de pais que referiram perceber os movimentos fetais (96,3%). Os dados empíricos obtidos demonstram também que uma grande parte dos participantes comunicou com o feto durante a gravidez (83,4%). Estes resultados comprovam o exposto na fundamentação teórica, onde se afirma que actualmente, o envolvimento emocional do pai na relação com o bebê desde a gravidez é cada vez maior. Nas situações em que o pai acompanha o processo gestacional cuidada e atentamente, assiste ao crescimento do feto pelas ecografias, ouve o seu coração na auscultação cardíaca fetal, sente os seus movimentos, vai sentir maior envolvimento emocional com o filho (PEREIRA, 2009).

Perante o exposto, ganham relevância os cursos de preparação para a parentalidade, bem como a importância da presença do pai nas consultas de vigilância da gravidez que contribuem para desenvolver uma relação progressivamente positiva com o bebê, adaptando-se de forma gradual às exigências do seu novo papel. Contudo, podemos dizer que 77,4% dos pais da amostra em estudo não participaram nas aulas de preparação para o parto. Este resultado é coerente com o estudo de Deave *et al.* (2008) que atesta que os pais, apesar de se sentirem envolvidos com a gravidez, sentem-se excluídos das consultas e aulas pré-natais. O autor constata ainda sobre a escassez de documentos e

programas sobre a preparação para a paternidade, concluindo que uma preparação pré-natal inadequada continua a ser uma preocupação não só para as mulheres mas também para os homens que têm vindo a manifestar a necessidade de um maior envolvimento.

Confirmamos que, no presente estudo, a maioria dos participantes (61,3%) esteve presente no parto e mais de metade dos participantes (78,2%) esteve presente no trabalho de parto, particularmente os pais com idades inferiores ou iguais aos 30 anos (84,4%), com resultados estatisticamente significativos ($p=0,021$) e ($p=0,015$). Tais resultados estão de acordo como os obtidos relativamente à manifesta presença que já se faz notar por parte dos pais no trabalho de parto bem como no parto, situação mais notória a partir dos anos 70 (século XX), altura em que o pai passou a ter um papel mais ativo (HILDINGSON, CEDERLOF, WIDÉN, 2011).

Ficou igualmente demonstrado que mais de metade dos participantes (73,1%) confirmou que teve conhecimento dos acontecimentos decorrentes no trabalho de parto. Foi também considerável e estatisticamente significativa ($p=0,015$) a percentagem de pais que participou ativamente no trabalho de parto (59,6%), dando “Assistência à mãe” (64,9%) e “Apoio psicológico” (33,3%). Neste âmbito, Ribeiro e Lopes (2006) Cit. por Pereira (2009) refere que o facto de os pais participarem no parto leva a que estes se sintam mais dinâmicos, envolvidos e íntimos dos seus filhos. No estudo de Backstrom e Wahn (2011), bem como no presente estudo, os pais sentiram-se envolvidos e participativos quando tiveram oportunidade de fazer algo para ajudar a sua companheira, ou quando reproduziram os atos da enfermeira, através de massagens ou exercícios de relaxamento. Martins *et al.* (2006) Cit. por Pereira (2009) constataram que os pais desejam assistir ao parto para apoiar e proteger a mãe e presenciar o nascimento do filho.

Neste estudo quase todos os pais (91,7%) confirmaram que as suas dúvidas, durante o trabalho de parto, foram esclarecidas. De facto, é muito importante que os pais se sintam apoiados e também integrados no momento do trabalho de parto e parto. Estes resultados corroboram o estudo desenvolvido por Backstrom e Wahn (2011) sobre o apoio oferecido durante o trabalho de parto, verificando-se que os pais consideram ter recebido um bom apoio quando lhes é permitido colocar questões e quando podem interagir com a sua companheira. Backstrom e Wahn (2011), através do seu estudo, revela que o apoio e o esclarecimento fornecidos aos pais no trabalho de parto são essenciais para que estes tenham a sensação de estar a receber apoio.

Como foi referido na primeira parte deste trabalho, nas sociedades ocidentais, o papel primordial do pai esteve associado unicamente ao apoio financeiro. Porém, a partir dos anos 60 do século XX, a figura do pai começou a estar associada ao parto. Salientamos que a sociedade relacionava o pai com a causa de infeções e em alguns lugares era

considerado cruel para um pai assistir a um parto. O elemento do sexo masculino era considerado um incómodo no momento do parto e existia a crença de que a sua presença interferiria negativamente com os cuidados (HILDINGSSON; CEDERLOF; WIDÉN, 2011). Contudo, esta é uma situação que se alterou, tal como ficou demonstrado através dos dados obtidos no estudo dos referidos autores.

Confirmamos, com resultados estatisticamente significativos ($p=0,044$), que a grande maioria dos participantes (94,9%) não cortaram o cordão umbilical do bebé, dos quais 52,2% admitiram que não era importante para o estabelecimento da ligação com o bebé. Estes resultados contrariam o estudo efetuado por Brandão (2009) que refere que os pais que cortaram o cordão umbilical dos seus filhos apresentam um melhor envolvimento emocional com o seu bebé. Todavia, também apuramos que, dos pais que não cortaram o cordão umbilical, a maioria (59,6%) afirmou que gostariam de o ter feito, com resultados estatisticamente significativos ($p=0,016$). Estes dados poderão ser justificados com o facto de a maioria dos partos terem sido distócicos e portanto realizados por médicos obstetras. Neste âmbito, Brandão (2009) confirmou que a percentagem de pais que tiveram oportunidade de cortar o cordão umbilical foi maior nos partos efetuados pelos enfermeiros do que nos realizados pelos obstetras.

Dos participantes da amostra, 86,9% confirmaram que prestaram cuidados ao recém-nascido, sendo o valor percentual mais significativo (90,2%) o dos que pegaram no bebé ao colo. Contudo, verificamos que a grande maioria dos participantes (82,2%) não vestiu o bebé. Estes resultados atestam a crescente participação do papel do pai na gravidez e parto, bem como da importância dos profissionais de saúde estarem atentos e despertos para esse envolvimento. Tal como confirma Coley (2001) Cit. por Oliveira (2007), a rede social de apoio é muito importante no momento de nascimento e pode mesmo estimular o pai a prestar cuidados à mãe e aos filhos. Deustsch (2001), confirma a importância da participação do pai nos cuidados ao filho, referindo que melhora a qualidade de vida das mães e promove a ideia, por parte dos filhos, de um pai tão ou mais competente que a mãe na realização das tarefas. Em relação à grande percentagem de pais que referiu não vestir o bebé, John, Cameron e McVeigh (2004) Cit. por Brandão (2009) constatam que tal facto pode estar relacionado com o receio que os pais têm de não possuir conhecimento e competências necessárias para o fazer.

Seguidamente abordamos a análise inferencial relativa às variáveis em estudo e o *bonding*, de forma a darmos resposta às questões de investigação formuladas no início deste trabalho.

Varáveis sociodemográficas e o *bonding*

Constatámos que, ao cruzar a idade com o *bonding*, obtivemos no *bonding* positivo, *not clear* e total, médias mais elevadas para os pais com idade igual ou inferior a 30 anos. No *bonding* negativo, as médias são mais elevadas nos participantes com 31 ou mais anos. Apuramos diferenças estatisticamente significativas entre o *bonding* positivo e a idade ($p=0,010$). Desta forma podemos referir que a idade influencia o *bonding* positivo. Estes resultados confirmam a ideia de Parke (1996) Cit. por Bolli (2002) que refere que o período da vida em que o indivíduo se torna pai é muito importante já que a paternidade na adolescência é distinta da paternidade vivenciada num homem em idade adulta. Também Lima (2006) e Saraceno e Naldini (2003) Cit. por Ferreira *et al.* (2010), referem que os pais mais jovens têm uma maior reivindicação na relação com os filhos. Segundo Magalhães, Patinha e Conceição (2003) Cit. por Mendes (2007) a idade é um factor predisponente para os pais assistirem ao parto. Pelo contrário, um estudo de Ferreira *et al.* (2010) sobre o envolvimento do pai na gravidez revelou que não existe correlação entre o envolvimento paterno e a idade.

Confirmamos que, na amostra em estudo, tanto no *bonding* negativo, como no positivo e no total, as médias mais elevadas centraram-se nos participantes com escolaridade até ao 3º ciclo e as médias mais baixas nos participantes com o ensino superior. Contudo, no *bonding not clear*, a média mais elevada foi encontrada nos pais com ensino superior e a média mais baixas nos que possuíam habilitações até ao 3º ciclo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,045$) apenas para o *bonding* positivo pelo que podemos referir que as habilitações literárias têm influência no *bonding* positivo. Estudos realizados por Moura-Ramos e Canavarro (2007) referem que a adaptação à parentalidade depende do contexto em que o indivíduo se insere, nomeadamente nos papéis sociais que desempenha. Também Ribeiro (2005) Cit. por Felizardo (2010) refere que o nível socioeconómico e cultural interferem no desejo do pai em assistir ao parto.

Constatamos que os pais casados apresentam níveis mais elevados de *bonding* negativo, comparativamente com os participantes que vivem em união de facto. Os casados apresentam níveis médios mais elevados de *bonding* positivo, comparativamente aos solteiros. Por último, os pais que vivem em união de facto apresentam níveis mais elevados de *bonding not clear* comparativamente com os pais solteiros. No *bonding* total, apuramos

que são os solteiros que apresentam médias mais elevadas, comparativamente com os que vivem em união de facto. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas, isto é, o estado civil não interfere nas diferentes subescalas de *bonding*. O facto de terem sido os pais casados a ter um *bonding* positivo poderá estar relacionado com a própria transição para a parentalidade que é pautada pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação no qual importa cumprir um conjunto de tarefas (CONDE E FIGUEIREDO, 2007). As transições resultam em mudanças na vida do casal, nos seus relacionamentos e no ambiente. Assim, os pais casados poderão já ter passado por estas adaptações e, como tal, estar mais propensos à vinculação afetiva com o recém-nascido. Há a considerar também que a maioria dos participantes deste estudo é casada (66,9%). Estes resultados demonstram que as características individuais dos pais, especialmente a relação conjugal, são fundamentais para o tipo de envolvimento entre o pai e o bebé (LEVY-SHIFF, 1994, Cit. por BRANDÃO, 2009). A autora citada acrescenta que a forma como o pai e a mãe vivenciam os sentimentos únicos e especiais face ao nascimento de um filho é reflexo da sua relação enquanto casal. Figueiredo *et al.* (2008) Cit. por Brandão (2009) afirmam que os relacionamentos são muito importantes e quando se desenvolvem positivamente facilitam a transição para a parentalidade.

Verificamos igualmente que os pais que estão na relação há 8 ou mais anos possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo e *not clear*. Os participantes que estão na relação atual há menos tempo (0-3 anos) possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo. Todavia, os valores médios não resultaram em diferenças estatisticamente significativas pelo que constatamos que a duração da relação tem pouco impacto no *bonding*. Neste âmbito, Genesosi e Tallandini (2009); Ribeiro (2005) Cit. por Felizardo (2010), bem como Parke (1996) Cit. por CASTOLDI (2002), afirmam que a qualidade do relacionamento do casal influencia a vontade do pai em assistir ao nascimento e potencia o envolvimento emocional deste com o seu bebé. Também, Ramos e Cecílio (1997) Cit. por Brandão (2009), referem que ser pai resulta da aceitação de uma relação mais ou menos permanente com a mãe do bebé e a vontade do pai em se envolver está relacionada com o tipo de relação que existe entre o casal.

Variáveis obstétricas e o *bonding*

Com base nos resultados apurados, constatamos que os níveis de *bonding* negativo, positivo e *not clear* são mais elevados nos pais que referiram ser o primeiro filho. Contudo, no *Bonding* total, a média é mais elevada nos pais que referiram não ser o primeiro filho. Registamos que existem diferenças estatisticamente significativas no *bonding* positivo ($p=0,027$) e no *bonding not clear* ($p=0,043$). Assim, inferimos que o facto de ser o primeiro

filho interfere no *bonding* positivo e no *bonding not clear*. Estes resultados são corroborados por Loreense; Wilson e White (2004) Cit. por Ferreira *et al.* (2010) que referem que num primeiro filho, o envolvimento paterno durante a gravidez é maior, quando comparado com segundos filhos. Parke, (1996) Cit. por Piccinini *et al.* (2004), também refere o número de filhos como fator determinante no envolvimento paterno. Bolli (2002) realizou um estudo com pais de primeiro filho e constatou que estes, quando comparados com o outro grupo, apresentam mais expectativas, isto é, esperam poder estar presentes, ter tempo e disponibilidade para o filho. A experiência de já ter sido pai pode modificar a imagem que este tem de si próprio enquanto pai e pode alterar o tipo de expectativas no que diz respeito ao envolvimento com o bebé. A transição para a parentalidade exige uma mudança de identidade e do papel social do homem. Os pais que já têm outros filhos já realizaram este processo de transição e já aprenderam algo sobre a arte de ser pai, o que poderá influenciar as expectativas relativas ao seu papel e à percepção do suporte social (BOLLI, 2002). Por outro lado, e contrariando os resultados obtidos, Ferreira *et al.* (2010) no estudo que efetuou sobre o envolvimento paterno durante a gravidez concluiu que na sua amostra, o estatuto paterno (primípara versus múltipara) não tem correlação com o envolvimento do pai.

Neste contexto, salientamos que os progenitores masculinos que presenciam o nascimento dos filhos podem experienciar momentos positivos, pelo suporte emocional e social que propiciam à mãe e pelos sentimentos e emoções que vivenciam. Estes fatores podem ser promotores de um envolvimento emocional positivo com o filho, ou seja, promotores de um *bonding* mais sólido (TOMELERI *et al.* (2007) Cit. por PEREIRA (2009).

Os resultados encontrados demonstram que, na amostra em estudo, os níveis do *bonding* negativo, positivo e *not clear* são superiores nos casos de parto normal. Contudo, no *bonding* total, as médias mais elevadas centram-se nos participantes cujo parto da companheira foi distócico. Verificamos, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o *bonding* e o tipo de parto. Tais resultados não vão de encontro ao esperado pois num parto normal os pais têm, por norma, maior contacto com o recém-nascido. Segundo Klaus e Kennell (1992) Cit. por Brandão (2009) um contacto precoce de pelo menos trinta a sessenta minutos entre o pai e o bebé desperta o envolvimento paterno. Numa cesariana, este contacto precoce não é possível devido aos cuidados de assepsia inerentes à mesma. Em relação à reação do pai perante o tipo de parto, Hildingsson, Cederlof e Widén (2011) afirmam que os pais referiram que uma das experiências de parto menos positivas e que conduziram a maior sofrimento psicológico esteve relacionada com as situações de cesariana de emergência. Como afirma Felizardo (2010) a nível emocional, o nascimento de um filho é uma vivência de elevada exigência psicológica. A carga

emocional inerente ao parto pode justificar o facto de não existirem valores significativos para o *bonding* positivo.

Os dados obtidos demonstraram que os níveis mais elevados do *bonding* negativo, positivo e total foram alcançados pelos pais que afirmaram ser uma gravidez planeada, situação semelhante à dos pais que afirmaram ser uma gravidez desejada, tendo estes últimos também obtido valores mais elevados de *bonding not clear*. Estas variáveis não interferiram estatisticamente no *bonding*, confirmando-se que o facto de a gravidez ter sido planeada e/ou desejada não interfere com o *bonding*. A presença de médias superiores no *bonding* negativo é surpreendente, pois quando se está perante pais que planearam e desejaram a gravidez seria espectável que estes revelassem sentimentos positivos de amor, carinho e proteção com o bebé. Os resultados obtidos neste estudo podem estar relacionados com as alterações nos projetos de vida do casal. Estes dados comprovam que o nascimento de um filho, na maioria das vezes, é experienciado como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controlo (MALDONADO, 1986, Cit. por GARCÊS, 2011). Relativamente aos dados obtidos para o *bonding* positivo e *bonding* total, estes são corroborados por May e Perrin (1985) Cit. por Ferreira *et al.* (2010) e por Lima (2006) Cit. por Ferreira *et al.* (2010) que referem que a gravidez planeada, desejada e aceite é um fator de envolvimento do pai com o bebé. Também Leal (2006) Cit. por Ferreira (2010) afirma que o facto de a gravidez ser planeada pode interferir de forma positiva com a aceitação e envolvimento paterno na gravidez. Já Ferreira *et al.* (2010) no estudo que realizou verificou que o planeamento e desejo da gravidez apenas se relacionam com o envolvimento paterno no segundo trimestre da gravidez.

Variáveis de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto e o *bonding*

Registamos que os pais que estiveram presente nas consultas de vigilância pré-natal possuem níveis mais elevados de *Bonding* positivo, *not clear* e total, sem registo diferenças estatisticamente significativas pelo que esta variável não interfere com o *bonding*. Os resultados encontrados vão ao encontro do esperado e como afirma Mendes (2007), o incentivo à participação do pai nas consultas durante a gravidez estimula o envolvimento deste com o filho e com processo de transição para a parentalidade. Segundo Sereno (2005) Cit. por Brandão (2009) tem-se confirmado uma crescente participação dos pais nas consultas de vigilância da gravidez, que se repercute de forma positiva no envolvimento do pai com o bebé, ainda durante a gestação. Este acompanhamento manifesta-se com um maior envolvimento após o nascimento porque todas as expectativas e sonhos já idealizados nas consultas, concretizam-se no encontro com o filho. Neste sentido, reitera-se

que o *bonding* é um processo progressivo de envolvimento afetivo, que surge desde o início da gravidez, nos primeiros momentos após o nascimento e no pós-parto (BRANDÃO, 2009; PEREIRA, 2009).

Por sua vez, os pais que não perceberam os movimentos fetais ativos revelam níveis mais elevados de *bonding* negativo, positivo e *not clear*. No entanto, os pais que referiram perceber os movimentos do bebé apresentam níveis médios mais elevados de *bonding* total. Nesta variável não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, não interferindo com o *bonding*. Apesar de os resultados da nossa amostra referentes ao *bonding* negativo serem surpreendentes, tal pode ser fundamentado com o autor Parke (1996) Cit. por Piccinini *et al.* (2004) que menciona que o facto de os pais referirem dificuldade na sensação dos movimentos do bebé ou interagirem menos com este, pode significar que os pais ainda não sentem o seu bebé como real. Assim, no momento em que tomam consciência de que são pais, esse primeiro contacto é o que acarreta todas as emoções que os outros já tinham sentido, ou seja, este será um momento mais intenso. Relativamente ao *bonding* total, os resultados mostram que os pais que sentem o bebé têm maior *bonding* total, o que pode ser justificado pela opinião de Sereno (2005) Cit. por Brandão (2009) que constata que o facto de o pai sentir os movimentos fetais tem contribuído fortemente para o fortalecimento do *bonding* paterno após o nascimento, ainda que este seja um processo contínuo. Pereira (2009) confirma a mesma ideia, referindo que os pais que acompanham a gravidez de forma cuidada, assistem às ecografias e sentem os movimentos do bebé vêem o seu processo de envolvimento emocional com o filho facilitado.

Na relação entre a comunicação com o feto e o *bonding*, os pais que comunicam com o feto apresentam níveis mais elevados em todos os tipos de *bonding*, sendo que nesta variável foram encontrados resultados estatisticamente significativos para o *bonding* positivo ($p=0,005$). Desta forma podemos inferir que os pais que comunicam com o feto e experienciam a gravidez de forma mais intensa, criando laços. Após o nascimento, o facto de acariciar e tocar o bebé promove o envolvimento do pai. Essa exteriorização de sentimentos, através do contacto físico, potencia o sentimento de amor que já se vinha a construir, tal como refere Parke (1996) Cit. por Piccinini *et al.* 2004. Para confirmar estes resultados também Mendes (2007) Cit. por Brandão (2009) salienta que o envolvimento do pai na gravidez reflete-se no vínculo com o bebé após o nascimento (Mendes, 2007, Cit. por Brandão, 2009).

Relativamente à relação entre a presença no trabalho de parto e o *bonding*, os resultados mostram que os pais que estiveram presentes no trabalho de parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo e *not clear*, traduzindo-se em diferenças estatisticamente significativas no *bonding not clear* ($p=0,045$). Desta forma, podemos inferir

que a presença no trabalho de parto tem influência no *bonding not clear*. Tais resultados obtidos no estudo empírico são comprovados pela opinião de Hallgreen *et al.* (1999) Cit. por Backstrom e Wahn (2011) que referem que os indivíduos que desempenham um papel importante durante o trabalho de parto e se envolvem neste momento são capazes de gerir melhor os seus próprios sentimentos, dar mais e melhor apoio à sua companheira e vivenciar o primeiro encontro com o seu bebé de forma mais positiva. Da mesma forma, a ideia de Colman e Colman (1994) Cit. por Brandão (2009) confirmam os nossos resultados, ao afirmarem que o papel ativo no trabalho de parto, a intimidade entre o casal e a ligação neste momento de cumplicidade serão fundamentais para potenciar o desenvolvimento da sua relação e tornar o momento do parto e nascimento do seu filho, uma experiência muito positiva.

No que se refere à relação entre a presença no parto e o *bonding*, apuramos que os pais que estiveram presentes no parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, *not clear* e total. Contudo, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados são corroborados por Taborda, Pedro e Gregório (2009), que concluíram que os pais, durante o parto, experienciam sentimentos positivos e negativos, inerentes ao seu novo papel e às emoções que esse momento desencadeia, com claros reflexos na vinculação com o recém-nascido. Também Ribeiro e Lopes (2006) Cit. por Brandão (2009) revelam que se o pai assistir e participar no parto, testemunha os primeiros momentos do seu bebé e desta forma sente-se mais íntimo e próximo dele, constituindo este um momento importante enquanto estímulo para a parentalidade. Os resultados referentes ao *bonding not clear* são justificados pelos autores Hildingsson, Cederlof e Widén (2011). Estes mencionam que os pais ao vivenciarem o momento do parto reconhecem-no sendo um momento mais exigente do que o esperado e referem sentimentos como sensação de impotência, inutilidade, ansiedade e necessidade de apoio psicológico durante o parto. Os pais afirmaram gostar de estar presentes durante o nascimento, mas confessaram a dificuldade em presenciar o sofrimento da mulher, sem puderem ajudar no alívio da dor. Também Genesosi e Tallandini (2009) referem que o parto e o nascimento são sentidos como momentos emocionalmente intensos. Todos estes sentimentos referidos pelos autores que são inerentes ao momento do parto podem induzir ao *bonding not clear*.

Suporte social e o tipo de *bonding*

De seguida apresentamos a discussão dos resultados obtidos das regressões múltiplas, cujo objetivo foi verificar a relação entre o suporte social e o tipo de *bonding* (positivo, negativo, *not clear* e total).

Relativamente ao *bonding* positivo apuramos que existem correlações positivas e estatisticamente significativas em todas as subescalas do suporte social com o *bonding* positivo: “satisfação com os amigos” ($p=0,000$); “intimidades” ($p=0,004$), “satisfação com a família” ($p=0,017$) e “actividades sociais” ($p=0,006$). Deste modo, concluímos que à medida que aumenta satisfação das referidas subescalas, o *bonding* positivo também aumenta. Aplicando o modelo de regressão múltipla, constatámos que a primeira e única variável a entrar no modelo é a “satisfação com os amigos”, explicando por si só 18,1 % do *bonding* positivo. Aplicando os testes F e t, verificamos que os resultados são estatisticamente significativos ($p=0,011$) e pelos coeficientes padronizados inferimos que a satisfação com os amigos é preditiva do *bonding* positivo. Deste modo, deduz-se que quanto maior a satisfação com os amigos, maior é o *bonding* positivo.

Para comprovar a correlação positiva entre as subescalas do suporte social e o *bonding* positivo mencionamos a opinião de Moura-ramos e Canavarro (2007), a adaptação à parentalidade depende do contexto em que o individuo se insere, nomeadamente, nas relações que estabelece e nos vários papéis que desempenha. Da mesma forma, Oliveira (2007) refere que as relações com companheiros, familiares, amigos e colegas de trabalho são importantes para o bem-estar de cada individuo. Feijó (2006) Cit. por Oliveira (2007) também afirma que para além da família, existem várias pessoas que participam na rede social e que podem exercer influências importantes em vários momentos da vida. Dessen e Braz (2000) confirmam esta ideia, mencionando que além da família, também a escola, o local de trabalho e os vizinhos interferem nas interações familiares. Desta forma, infere-se que o progenitor masculino pode ter apoio de diversas fontes que tal como os autores supracitados referem influenciam nos momentos de transições familiares, nomeadamente o nascimento de um filho. Para comprovar a dimensão preditora da “satisfação com os amigos” com o *bonding* positivo, fundamentamo-nos na ideia de Menino e Sousa (2010) que confirmam ser necessários apoios efetivos, especialmente da família e dos amigos, para promover a relação entre o pai e o filho. Referem ainda que este suporte é essencial para que o processo de paternidade se desenvolva harmoniosa e equilibradamente. O estudo de Deave *et al.* (2008) também veio confirmar que os progenitores do sexo masculino, durante o período pré e pós-natal, referem sentir maior apoio por parte dos profissionais de saúde e colegas de trabalho.

Em relação ao *bonding* negativo, verificámos a existência de correlações negativas em todas as subescalas do suporte social, exceto na “satisfação com os amigos”, onde a correlação foi positiva. Analisamos ainda que existem correlações significativas na variável “intimidades” ($p=0,006$) e “satisfação com a família” ($p=0,011$), ou seja, à medida que aumentam os índices do suporte social, o *bonding* negativo diminui. Aplicando o modelo de regressão múltipla, apuramos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão são as “intimidades”, explicando 13,5 % do *bonding* negativo. Aplicando os testes F e t, constatamos que existem resultados estatisticamente significativos ($p=0,011$) e pelos coeficientes padronizados inferimos que as “intimidades” têm valor preditivo para o *bonding* negativo. Logo, deduzimos que quanto maior é a satisfação com as intimidades, menor é o *bonding* negativo.

Estes resultados vão de encontro ao espectável e são validados por Genesosi e Tallandini (2009), afirmando que o contexto social em que os pais vivem e trabalham, bem como a qualidade do relacionamento com a companheira influenciam a transição dos homens para a parentalidade. Parke (1996) Cit. por Bolli (2002) também confirma a importância das intimidades, confirmando que o relacionamento do casal interfere no envolvimento paterno. Finalmente, Wicki (1999) Cit. por Bolli (2002) reconhece que o apoio emocional da companheira tem, possivelmente, o maior impacto no bem-estar do pai, durante o processo de adaptação familiar. Relativamente à “satisfação com a família”, os pais que têm bom suporte familiar apresentam menor *bonding* negativo. Esta relação pode ser comprovada pelo estudo de Felizardo *et al.* (2010) que mostra o aumento do envolvimento paterno com maior satisfação e bem-estar das famílias (FELIZARDO *et al.*, 2010). Por fim, citamos Figueiredo *et al.* (2008) Cit. por Brandão (2009) que corrobora estes resultados para o *bonding* negativo na medida em que afirma que as relações familiares e com a companheira são essenciais na fase de transição para a parentalidade, e quando se desenvolvem de forma positiva contribuem para melhor harmonia pessoal, facilitando a transição para a parentalidade.

Relativamente ao *bonding not clear*, verificamos a existência de correlações negativas em todas as subescalas de suporte social, havendo as seguintes correlações significativas: “satisfação com os amigos” ($p=0,047$) e “satisfação com a família” ($p=0,029$). Assim, verificamos que à medida que aumentam a “satisfação com a família” e a “satisfação com os amigos”, o *bonding not clear* diminui. Após a realização do modelo de regressão e aplicação dos testes F e t verificamos que os resultados não foram estatisticamente significativos, logo deduz-se que o suporte social não interfere com o *bonding not clear*. Assim realça-se que nenhuma subescala do suporte social é preditiva do *bonding not clear*.

Para corroborar os resultados obtidos no que diz respeito à correlação negativa entre a “satisfação com os amigos” e a “satisfação com a família” com o *bonding not clear*,

referimos que o nascimento de um filho é uma experiência que envolve não só o casal mas também a família mais alargada. Este momento pode ser vivenciado de forma diferente para os pais e para as mães, dependendo da adaptação à nova situação, o que pressupõe as singularidades de cada um, as características individuais do bebé e as características do contexto social (MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2007, Cit. por BRANDÃO, 2009). Assim, infere Brandão (2009), a parentalidade desenvolve-se num contexto familiar, não descurando o enquadramento social e cultural de cada casal. Ray e Miller (1994) Cit. por Oliveira (2007) referem que a família apesar de apoiar emocionalmente, também pode constituir uma fonte de *stress* se o apoio prestado não for adequado. O apoio de amigos, como já foi referido, reveste-se de extrema importância pois estes constituem um suporte efetivo e essencial para o decurso da paternidade. Em suma, a importância do papel da família e amigos no apoio ao pai, minimiza o sentimento de ambivalência e incerteza, não interferindo no *bonding not clear*.

Relativamente ao *bonding* total, averiguamos a existência de correlações positivas em todas as subescalas do suporte social, verificando ainda que são estatisticamente significativas, com os seguintes valores: “satisfação com os amigos” ($p=0,002$), “intimidades” ($p=0,004$), “satisfação com a família” ($p=0,000$) e nas “atividades sociais” ($p=0,003$). Assim, à medida que aumentam os índices de suporte social, o *bonding* total aumenta. Aplicando o modelo de regressão, obtivemos que a primeira e única variável a entrar neste modelo foi a “satisfação com a família”, justificando 17,8 % do *bonding* total. Com a realização dos testes *t* e *F*, verificamos que os resultados são estatisticamente significativos ($p=0,001$) e pelos coeficientes padronizados, confirmamos que o maior valor preditivo está centrado na “satisfação com a família”; deduzindo assim que quanto maior a “satisfação com a família”, maior é o *bonding* total. De forma a corroborar estes dados empíricos, Ribeiro (1999) Cit. por Moreira (2010) refere que para a população portuguesa, a família é considerada como a maior fonte de suporte social. Neste sentido, Parke (1996) Cit. por CASTOLDI (2002), mencionam que a relação do homem com a sua família de origem é um fator individual com impacto no envolvimento paterno. No estudo de Dessen e Braz (2000), acerca da rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos, os autores verificam que o apoio psicológico recebido pela família, a aprovação dos parentes, as conversas e ajuda financeira fornecida pelos familiares são apontadas pelos pais como fatores positivos nas mudanças que ocorreram. Desta forma se infere, tal como já foi referido anteriormente por Brandão (2009) que a experiência de ser pai desenvolve-se num contexto familiar, emergindo assim a importância de atender ao enquadramento social e cultural de cada casal.

Para corroborar os dados empíricos referentes à influência do suporte social sob o *bonding*, mencionamos a opinião de Respler-Herman *et al.* (2011) que afirma que os pais quando usufruem de maior apoio social estão melhor preparados para prestar cuidados e responder aos seus filhos de forma mais positiva. Ostberg e Hagekull (2000) Cit. por Respler-Herman (2011) afirmam ainda que os pais com elevado apoio social tendem a apresentar níveis menores de *stress*, o que conduz a uma parentalidade mais positiva e eficaz

Por fim, na discussão dos resultados, e de modo a enriquecer o estudo, abordamos a análise entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de envolvimento do pai com o suporte social.

Varáveis sociodemográficas, obstétricas, envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto com o suporte social

No que se refere à relação entre as variáveis sociodemográficas e o suporte social, começamos por abordar a relação entre a idade e o suporte social. Desta análise, concluímos que, em todas as subescalas, os níveis de suporte social são superiores nos indivíduos com idade igual ou inferior a 30 anos, apesar de no cruzamento entre a idade e as diversas subescalas do suporte social, verificarmos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados contrariam a opinião de Freitas (2009), já que este defende que, ao longo da vida, o indivíduo seleciona os seus companheiros sociais. Assim, com a idade, as relações sociais que são afetivamente positivas tornam-se mais frequentes, mais satisfatórias e mais próximas; pelo contrário, as relações com menor poder afetivo têm tendência a diminuir.

Relativamente às habilitações literárias, apuramos que os pais com escolaridade até ao 3º ciclo possuem níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “satisfação com os amigos”, “satisfação com a família” e “atividades sociais”. No entanto, os indivíduos que possuem ensino superior obtiveram níveis mais elevados de suporte social na subescala “intimidades”. Constatamos que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,034$) na subescala “satisfação com os amigos”. Neste âmbito, Rodriguez e Cohen, 1998, Cit. por Freitas (2009), analisam o suporte social, referindo que a sua dimensão estrutural está diretamente interligada com os relacionamentos sociais que o indivíduo estabelece, nomeadamente com os amigos e parentes. Da pesquisa bibliográfica efetuada não foi encontrado suporte para estes resultados. No entanto, cremos que os indivíduos com habilitações literárias até ao 3º ciclo têm profissões intelectualmente menos exigentes e por isso dedicam menos tempo à formação, fora das empresas, ficando mais disponíveis

para a família e atividades sociais e, desta forma, percebem têm um bom apoio por parte destes.

Quanto ao estado civil, apuramos que os progenitores do sexo masculino que vivem em união de facto apresentam maiores níveis de suporte social nas dimensões “satisfação com os amigos” e “satisfação com a família”. Por sua vez, os homens solteiros revelam maiores níveis de satisfação social nas subescalas “intimidades” e “atividades sociais”. Referimos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Para corroborar os resultados encontrados relativamente aos indivíduos em união de facto, apresentamos o estudo de Rodriguez e Cohen (1998) Cit. por Freitas (2009), que afirmam que existem relação entre a qualidade dos relacionamentos sociais e a saúde mental e física, concluindo que os indivíduos socialmente isolados, sem relações afectivas são mais susceptíveis ao suicídio, a maiores taxas de mortalidade e de doenças, acidentes e alterações psiquiátricas, comparativamente com as pessoas que estabelecem mais relações sociais ou que são casadas. Estes autores referem ainda que o suporte estrutural do apoio social está interligado com os relacionamentos que o individuo estabelece, nomeadamente, o estado civil, existência de amigos e parentes. Resultados que também comprovam os que obtivemos na nossa amostra são os de Thoits (1995) Cit. por Rodrigues (2008), que menciona que as pessoas casadas ou em união de facto referem maior suporte social percebido.

Relativamente à duração da relação verificamos que os participantes que possuem uma relação entre os 0 e os 3 anos obtiveram níveis mais elevados na subescala “atividades sociais”; os que se encontram numa relação entre 4 a 7 anos tiveram níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “intimidades” e “satisfação com a família”; por último, os pais que estão numa relação há mais de 8 anos possuem níveis mais elevados na subescala “satisfação com os amigos”. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social. Da pesquisa efetuada não encontramos dados que tratem a duração da relação e o suporte social. No entanto, segundo John e Winston (1989) Cit. por Oliveira (2007), referem que este está relacionado com a interação que as pessoas significativas estabelecem com o individuo para que este conheça as suas necessidades emocionais e materiais.

Face a estes resultados, podemos inferir que o suporte social está fortemente relacionado com a disponibilidade das pessoas em que podemos confiar, que se preocupam connosco, que nos valorizam e que gostam de nós (MOREIRA, 2010). Para a população portuguesa, a família é considerada como a maior fonte de suporte social (RIBEIRO, 1999, Cit. por MOREIRA, 2010). O suporte social é um conceito multidimensional e remete para os recursos psicológicos e materiais que o individuo tem, com base nos seus relacionamentos

interpessoais, com reflexos positivos na sua saúde física e mental (RODRIGUEZ; COHEN, 1998, Cit. por FREITAS, 2009).

Relativamente à relação entre as variáveis obstétricas e o suporte social, confirmamos que a maioria dos pais que afirmaram ser pai pela primeira vez, possuem níveis médios mais elevados em todas as subescalas do suporte social. Constatámos ainda que existem diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas, exceto “satisfação com a família”, ($0,002 < p < 0,012$). Cremos que os níveis de suporte social são superiores nos indivíduos que são pais pela primeira vez, pois até então dispunham mais tempo livre para estarem com os amigos, família e participarem em atividades sociais, percecionando assim um maior suporte social. Relativamente às diferenças terem sido estatisticamente significativas na dimensão “satisfação com amigos”, referimos um estudo de Deave *et al.* (2008) sobre os mecanismos de apoio que existem no período pré e pós-natal, confirmando que enquanto as mães sentem apoio dos familiares, os pais referem sentir mais apoio dos profissionais de saúde e dos amigos.

Relativamente ao tipo de parto e o suporte social apurámos que os níveis de suporte social em todas as subescalas são superiores no grupo de pais que referiu tratar-se de um parto distócico. Analisando os resultados, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do suporte social, não se tendo encontrado informação bibliográfica que suporte estes resultados.

Os dados empíricos demonstraram que se obtiveram resultados muito semelhantes nos pais que referiram gravidez planeada e desejada. Assim, ambos obtiveram níveis mais elevados em todas as subescalas, com exceção da subescala “satisfação com a família”, sendo os valores médios mais elevados nos participantes que afirmaram não ter planeado e/ou desejado a gravidez. Para os pais que planearam a gravidez não existem diferenças estatisticamente significativas nas distintas subescalas. Enquanto para os pais que desejaram a gravidez desejada se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “intimidades” ($p=0,028$) e “atividades sociais” ($p=0,020$). Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os pais sentirem que estiveram envolvidos na tomada de decisão da gravidez, já que esta é um processo planeado e desejado a dois e uma decisão tomada em conjunto com a parceira. Quando o casal deseja ter um filho e concretiza este sonho há cooperação e apoio mútuo. Estes resultados vão ao encontro do pressuposto que as relações positivas entre o casal sustentam um elevado suporte social (FEIJÓ, 2006, Cit. por OLIVEIRA, 2007). Também Figueiredo *et al.* (2008) Cit. por Brandão (2009) refere que os relacionamentos são muito importantes e quando se desenvolvem de forma positiva contribuem para uma harmonia pessoal, reduzindo a exposição ao stress.

De seguida, abordamos a relação entre as variáveis de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto com o suporte social.

Há semelhança nos dados obtidos nas variáveis “presença nas consultas de vigilância pré-natal” e a “comunicação com o feto” com o suporte social, tendo-se obtido médias mais elevadas em todas as subescalas de suporte social para os pais que estiveram presentes nas consultas e comunicaram com o bebé. Relativamente à significância dos resultados, verificámos que para a primeira variável existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “intimidades” ($p=0,001$) e “atividades sociais” ($0,002$), enquanto na segunda variável não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas.

No que concerne à perceção dos movimentos fetais ativos e suporte social verificamos que os pais que os perceberam, possuem níveis mais elevados de suporte social nas subescalas “satisfação com os amigos”; “intimidades” e “atividades sociais”, sem resultados estatisticamente significativos nas subescalas. Os dados empíricos supracitados poderão ser explicados com base na premissa que o envolvimento dos pais na gravidez e na preparação para o parto e parentalidade fá-los sentir parte integrante de todo este processo, logo com níveis de suporte social elevado em todas as subescalas. Este suporte é essencial para que o processo de paternidade se desenvolva harmoniosa e equilibradamente. O apoio da família e dos amigos não dispensa outro tipo de apoios, tal como, o apoio social e o apoio de profissionais de saúde competentes nesta área (MENINO; SOUSA, 2010). Assim, os profissionais de saúde devem disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, escutar os medos e apoiar no processo de transição para a parentalidade. Montygni, lacharité, Amyot (2006), apoiando o facto anteriormente citado, referem que o suporte formal/informal de redes de apoio consiste num instrumento essencial de apoio psicológico, moral, estrutural e financeiro nas situações em que os pais manifestam sentimentos de dúvida e insegurança,

Quando relacionamos a presença do pai no trabalho de parto com o suporte social obtivemos que os níveis de suporte social são apresentados valores superiores em todas as subescalas para os pais que não estiveram presentes durante o trabalho de parto. Apuramos que se verificaram diferenças estatisticamente significativas na subescala “satisfação com a família” ($p=0,037$). O facto de não termos encontrado bibliografia nesta área, não nos permite confrontar estes resultados com estudos já existentes, no entanto, podemos referir que, de acordo Ray e Miller (1994) Cit. por Oliveira (2007) a família pode constituir uma fonte de *stress* quando não fornece o apoio adequado.

No que diz respeito à relação entre a presença no parto e o suporte social apuramos que os níveis de suporte social são superiores nas subescalas “satisfação com os amigos” e “intimidades” nos pais que estiveram presente no parto. Para corroborar a importância da intimidade do casal, referimos Wicki (1999) Cit. por Bolli (2002) que afirma que, no momento de transição para a parentalidade, o apoio emocional da companheira é provavelmente o

fator com maior influência no bem-estar do pai, durante a fase de adaptação familiar. Por outro lado, os níveis de suporte social são mais elevados nas subescalas “satisfação com a família” e “atividades sociais” nos participantes que não estiveram presentes no parto. Contudo, os valores médios encontrados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos. Neste âmbito, os autores Moura-ramos e Canavarro (2007) Cit. por Brandão (2009) referem o nascimento de um filho como uma vivência que envolve não só o casal mas também a família mais alargada.

Dos dados obtidos e de toda a bibliografia consultada, podemos inferir que a gravidez, o parto e todo o processo inerente à transição para a parentalidade decorre num contexto sociocultural específico de cada pai e todos os fatores envolventes, como sejam, a companheira, família, amigos, trabalho, atividades sociais que vão interagir neste processo. Neste sentido, citamos Sroufe e Waters (1977) Cit. por Brandão (2009) que referem que o envolvimento emocional está diretamente relacionado com as respostas sociais, verbais e não verbais que reflectem a aceitação do recém-nascido pelo pai e vice-versa.

De facto, o suporte social que o pai percebe está intimamente ligado ao envolvimento emocional que este vai desenvolver com o seu bebé. Este processo tem início desde a concepção até ao nascimento, momento em que os profissionais de saúde assumem extrema importância na educação e estimulação do *bonding* paterno.

6 – CONCLUSÃO

Apesar da vinculação do bebê à mãe já ter sido amplamente investigada, só mais recentemente se iniciou o estudo da vinculação do pai ao bebê. A ideia de que o envolvimento emocional parental é uma circunstância determinante para a continuidade do estabelecimento do *bonding* entre esta díade, despertou-nos o interesse enquanto investigadores. Assim, este tema reveste-se de extrema importância e pode trazer mudanças significativas na nossa prática do cuidar o casal gravídico, promovendo um maior envolvimento emocional do pai.

Da investigação existente sobre este tema, constatamos que a vinculação paterna é um processo gradual de envolvimento afetivo do pai com o bebê, que se constrói com o desenvolvimento de determinadas competências.

É neste contexto que suportamos teoricamente o objetivo geral deste trabalho, o qual consistiu em estudar a relação entre o suporte social e o *bonding* na relação pai/bebê.

Esta investigação permitiu alcançar os objetivos a que nos propusemos, contribuindo deste modo com dados relevantes para a prática do cuidar. Possibilitou ainda, identificar algumas relações estatisticamente significativas das diferentes variáveis com o *bonding*, que seguidamente explicitamos.

A análise e discussão dos dados deste estudo empírico mostraram que da relação entre as variáveis sociodemográficas e o *bonding*, apenas a idade e as habilitações literárias o influenciam de forma significativa. Inferimos, então que a idade apenas interfere no *bonding* positivo ($p=0,010$), sendo que este é mais elevado nos pais com idade igual ou inferior a 30 anos. No que concerne às habilitações literárias, verificou-se que quanto menor é a escolaridade dos pais, maior é o *bonding* positivo ($p=0,045$).

No que diz respeito à relação entre as variáveis obstétricas e o *bonding*, obtivemos resultados estatisticamente significativos apenas para o caso de o progenitor masculino ser pai pela primeira vez. Assim, os pais de primeiro filho têm maior *bonding* positivo ($p=0,027$) e maior *bonding not clear* ($p=0,043$).

Relativamente à relação entre as variáveis de envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto com o *bonding*, obtivemos que apenas existiam resultados estatisticamente significativos para as variáveis: “comunicar com o feto” e “presença no trabalho de parto”. Desta forma, inferimos que, na relação entre a comunicação com o feto e o *bonding*, são os pais que comunicam com o feto que apresentam maior *bonding* positivo ($p=0,005$). Quanto à relação entre a presença no trabalho de parto e o *bonding*, são os pais que estão presentes no trabalho de parto que apresentam maior *bonding not clear* ($p=0,045$).

Seguidamente reportando-nos aos dados relativos à relação entre as subescalas do suporte social e o tipo de *bonding*, concluímos que entre o *bonding* positivo e as subescalas do suporte social, quanto maior a satisfação com os amigos, maior é o *bonding* positivo ($p=0,011$). Enquanto que para o *bonding* negativo, quanto maior é a satisfação com as intimidades, menor é o *bonding* negativo ($p=0,011$). Por fim, na relação entre *bonding* total e as subescalas do suporte social, inferimos que quanto maior a “satisfação com a família”, maior é o *bonding* total ($p=0,001$). Os dados obtidos sugerem, na globalidade, que quanto maior for o apoio social percebido pelo pai, maior será a sua predisposição para o estabelecimento de um *bonding* positivo.

Como curiosidade e com base nos dados deste estudo, seria possível traçar o perfil do pai com características predisponentes para desenvolver um *bonding* positivo, assim sendo, o progenitor masculino teria menos de 30 anos, possuiria habilitações académicas ao nível do ensino básico, comunicaria com o bebé durante a gravidez e estaria presente no trabalho de parto. No que concerne ao suporte social, o pai sentir-se-ia apoiado pelos seus amigos, família e companheira.

Os profissionais de saúde devem olhar o pai de forma holística, atendendo ao contexto em que este está inserido, bem como o nível de suporte social que possui, disponibilizando-se para ajudar e esclarecer dúvidas já que os pais referem que o apoio dos profissionais de saúde, no ciclo gravídico e parto, é fulcral para que se desenvolva uma relação precoce e positiva entre a tríade pai/mãe/filho.

Dado o facto de os enfermeiros especialistas em saúde materna serem privilegiados no que diz respeito ao acompanhamento do casal gravídico durante todo o processo de gravidez, trabalho de parto e parto, é importante que estes compreendam e interpretem os sentimentos expectantes do pai e planeiem os cuidados, envolvendo-o neste processo e atendendo às suas necessidades.

O conhecimento destes dados torna-se relevante para que o enfermeiro possa basear as suas práticas em evidências científicas e desenvolver competências que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A presente investigação reporta-se à amostra estudada, no entanto seria interessante avaliar: Quais seriam os resultados se o estudo fosse aplicado em meios socioculturais diferentes? O *bonding* positivo manter-se-ia durante os anos seguintes? O *bonding* positivo influenciaria o equilíbrio emocional da criança?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKSTROM, Caroline, WAHN, Elisabeth Hertfelt - Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. Midwifery, Sweden. Vol.27 (2011) p. 67-73.

BOLLI, Ana Cristina von Bock - **O envolvimento paterno com o bebê e aos doze meses de idade**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Rio Grande do Sul, 2002. 107 p. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia Universidade do Rio Grande do Sul.

BRANDÃO, Sónia Maria Pereira Azevedo - **Envolvimento emocional do pai com o bebê: impacto da experiência do parto**. Porto: Universidade do Porto, 2009. 107 p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

CARVALHO, J. [et al.] - O Pai: Vivências Impares no Processo de Nascimento dos seus Filhos. Emoções em Saúde Contributos. Fátima. ISBN 978-989-96617-1-4. 2010. p. 111-126.

CARVALHO, Maria Luísa Mello - Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro. ISSN 0108-311X. Vol.19, Sup. 2 (2003), p. 389-398;

CASTOLDI, Luciana - **A construção da paternidade desde a gestação até ao primeiro ano do bebê**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Rio Grande do Sul, 2002. 285 p. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Psicologia. Universidade do Rio Grande do Sul.

CONDE, A., FIGUEIREDO, B. - Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós parto. Análise Psicológica Vol. 25, nº 3 (2007), p.381-398.

DEAVE, Toity; JOHNSON, Debbie; INGRAM, Jenny - Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. Pregnancy and Childbirth Vol. 8 (2008), p. 30.

DESSEN, Maria Auxiliadora, BRAZ Marcela Pereira - Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimentos de Filhos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 16, nº 3 (2000), p. 221-231.

DEUTSCH, F. - Equally shared parenting. Current Directions in Psychological Science, Vol. 10 (2001), pp. 25-28.

EDWARDS, L.D. - **Adaptação à paternidade/maternidade - O cuidado em enfermagem materna.** Porto Alegre: Artes Médicas. 2005

FELIZARDO, Sara Maria Alexandre e Silva - **Os efeitos do suporte social em famílias de crianças com deficiência.** Escola Superior de Educação de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. 2010

FELIZARDO, C. [et al.] - O envolvimento e o papel do pai na gravidez. Vulnerabilidades na Gravidez e no pós-parto Contributos. ISBN 978-989-966-17-0-7. 2010. p.185-196

FERREIRA, Liliana Sousa; LAIA, Magda Patrícia; NÉNÉ, Manuela - Envolvimento paterno e o planeamento da gravidez. Revista da Ciências da Saúde da ESSCVP, Vol. 2 (2010), p. 22-30.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] - Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol. 36, 2/3 (2005), p. 121-131;

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra - Experiência de parto: Alguns factores e consequências associada. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.20, nº2 (Abril 2002), p. 203-217;

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra – Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. Revista Psychologica. Coimbra. ISSN 0871-4657. Vol.40 (2005), p. 133-154;

FIGUEIREDO, Bárbara - Os primórdios da construção do próprio no contexto da interacção mãe/bebé. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, Vol. 2 (2003), p.311-322.

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

FORTIN, M.F. - **O processo de investigação: Da concepção à realização.** Loures: Lusociência. 2009.

FREITAS, Ion - **As relações entre suporte social e balanço emocional.** São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2009. 89 p. Dissertação de mestrado apresentado na Universidade Metodista de São Paulo.

GENESONI, L.; TALLANDINI, M.A. - Men's Psychological Transition to Fatherhood: an analysis of the literature 1989–2008. Birth nº 36:4 (2009), pp. 305-318.

GARCÊS, Maria Manuela Ferreira - **Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. 130 p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

HILDINGSSON, I., CEDERLOF, L. & WIDEN, S. - Fathers' birth experience in relation to midwifery care. Women and Birth, Vol. 24 (2011), p. 129-136.

KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H. - **Pais/Bebé: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.43-148;

Lei n.º 14/1985 – Diário da república nº153 série I de 6 de Julho de 1985. Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto. [Consult. 10 Junho 2010]. Disponível em WWW:<URL: www.dre.pt;

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: 2003. Editora Atlas S.A.

MAROCO, J. **Análise estatística: com utilização do SPSS**. Lisboa. 2007 Edições Sílabo.

MENDES, Rita Veloso - A parentalidade experimentada no masculino: as vivências da paternidade. CIES e-Working Paper nº22 (2007), p.1-24.

MENINO, Eva; SOUSA, Catarina - E o pai?! As Vivências do Pai Durante a Primeira Semana Pós-Parto. Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto Contributos. ISBN 978-989-966-17-0-7. 2010. p.152-167.

MONTIGNY, F.; LACHARITE, C.; AMYOT, E. - The transition to fatherhood: The role of formal and informal structures during the post-partum period. Texto Contexto Enfermagem, nº 15 . Vol. 4 (2006), pp. 601-609.

MOREIRA, Mafalda Sampaio - **Stress e Suporte Social em pais de crianças com Perturbações de Hiperactividade com Défice de atenção**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010. 97 p. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto

MOURA-RAMOS, Mariana; CANAVARRO, Maria Cristina - Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.25, nº 3 (2007) p. 399-413.

OLIVEIRA, Maíra Ribeiro - **Nascimento de filhos: rede social de apoio e envolvimento de pais e avós**. Brasília: Universidade de Brasília, 2007. 158 p. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

PALÁCIOS, J. - Prefácio. Em O. Cruz. Parentalidade. 2005. p.9-12. Coimbra: Quarteto.

PEREIRA, Maria Arminda Rodrigues Alves - **O primeiro contacto pai-bebé: um olhar sobre a prática**. Porto: Universidade do Porto, 2009. 170 p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto;

PESTANA, M.H. & GAGEIRO, J.N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 5ª Ed. rev. e corrigida. 2008. Lisboa: Edições Sílabo.

PICCININI [et al.] - O envolvimento Paterno durante a gestação. Revista Reflexão e Crítica. Lisboa. ISSN: 0102-7972. Vol. 17, nº 3 (2004) p.303-314;

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – dados estatísticos. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 25 Mar. 2012]. Disponível em WWW:[URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt).

RELVAS, Ana Paula - **O ciclo vital da família, perspectiva sistémica**. Porto. ISBN 9789723604139. 2004. Editora Afrontamento.

RESPLER-HERMAN, M. [et al.]. Parenting Beliefs, Parental Stress, and Social Support Relationship. J Child Fam Stud, s/n (2011), p. 1-9.

RIBEIRO, José Luís Pais. Escala de Satisfação com o Suporte Social. Análise Psicológica, Vol.3, nº 17 (1999), p.547-558.

RODRIGUES, Vera Brito - **Satisfação em suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2008. 110 p. Monografia apresentada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.

SALMELA-ARO, K., NURMI, J., SAISTO, T. & HALMESMÄKI, E. - Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. Journal of Family Psychology, Vol.14 (2000), pp. 171-186.

SNOW,C.W. & MCGAHA, C.G. **Infant Development**.2002. New Jersey: Prentice Hall.

TABORDA, Adriana; PEDRO, Luís; GREGÓRIO, Vânia - Expectativas e Experiências de pais nos partos distócicos via vaginal. Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto Contributos. ISBN 978-989-966-17-0-7. 2010. p.136-151

ANEXOS

ANEXO I

Questionário

CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Senhor

Somos um grupo de enfermeiras a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Encontramo-nos a desenvolver um trabalho de investigação sobre o envolvimento emocional do pai com o bebé.

Acreditamos que a qualidade do contacto entre o pai e o bebé é essencial para o desenvolvimento saudável da criança. Assim, pretendemos obter o seu consentimento e a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual possibilita a colheita de dados fundamentais para o processo de investigação que ambicionamos desenvolver.

Salientamos que este trabalho se refere **apenas ao seu envolvimento com o seu bebé**, sendo esse o objecto do nosso estudo. Ao responder, após uma leitura atenta, faça-o de acordo com as instruções, com a maior honestidade possível e o mais próximo da sua realidade.

Salvaguardamos o direito ao **anonimato** e à **confidencialidade** dos dados. Se considerar que alguma questão fere a sua susceptibilidade, não responda.

Este questionário, sendo de carácter confidencial, não deve ser assinado. Os resultados obtidos na pesquisa, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Gratas pela sua participação.

QUESTIONÁRIO

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou completando com dados a seu respeito.

1. Idade: _____
2. Raça: Branco Cigano Negro Asiático Outra: _____
3. Habilitações Literárias:

1º Ciclo do Ensino básico (4º ano)	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9ºano)	<input type="checkbox"/>	Pós-graduação	<input type="checkbox"/>
11º ano	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário (12º ano)	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Curso Tecnológico ou Profissional	<input type="checkbox"/>		
4. Estado Civil: Solteiro Casado União de facto
5. Duração do actual relacionamento: _____ (anos) (Nota: Se tiver menos de um ano de relacionamento colocar 0)

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

1. É o primeiro filho? Sim Não
 - 1.1. Se não, quantos filhos tem? _____
 - 1.2. Alguma gravidez em que esteve envolvido terminou em abortamento? Sim Não
2. A gravidez actual foi planeada: Sim Não
3. A gravidez actual foi desejada: Sim Não
4. A gravidez actual teve complicações? Não Sim Qual? _____
 (Exemplo de complicações. Hipertensão, Diabetes, Perda de sangue, Ameaça de parto pré-termo)
5. Tipo de parto: Normal Fórceps Ventosa Cesariana
6. Indique o nº de horas que esteve na sala de partos (aproximadamente)

Menos de 6h <input type="checkbox"/>	Entre 6h e 12h <input type="checkbox"/>	Mais que 12h <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	---------------------------------------

**PARTE III – CARACTERIZAÇÃO DO ENVOLVIMENTO DO PAI DURANTE A GRAVIDEZ,
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

1. Gravidez:

- 1.1. Esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal? Sim Não
- 1.2. Assistiu à 1ª ecografia? Sim Não
- 1.3. Sentiu os movimentos fetais? Sim Não
- 1.4. Tinha por hábito falar com o bebé durante a gravidez? Sim Não
- 1.5. Frequentou aulas de Preparação para o Parto? Sim Não
- Se sim, a quantas aulas assistiu? _____

2. Trabalho de Parto:

- 2.1. Esteve presente durante o trabalho de parto? Sim Não
- (Se respondeu **NÃO**, passe para a questão 3)
- 2.2. Teve conhecimento de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto?
Sim Não
- 2.3. Sentiu que teve uma participação activa no trabalho de parto? Sim Não
- Se sim, de que forma: _____
- 2.4. As dúvidas que sentiu durante o trabalho de parto, foram esclarecidas pelos profissionais?
Sim Não

3. Parto

- 3.1. Esteve presente durante o parto? Sim Não
- (se respondeu **NÃO**, passe para a página seguinte)
- 3.2. Cortou o cordão umbilical do bebé? Sim Não
- 3.3. Acha que a possibilidade de o pai poder cortar o cordão umbilical é importante para o estabelecimento da ligação com o seu filho? Sim Não
- 3.4. Se não cortou o cordão umbilical gostaria de o ter feito? Sim Não
- 3.5. Pegou no bebé ao colo? Sim Não
- 3.6. Vestiu o bebé? Sim Não

ESCALA DE BONDING

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu (ua) filho(a). Assinale, com uma **X**, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	DE MODO NENHUM
AFECTUOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESILUDIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTRO, SEM SENTIMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSSESSIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESSENTIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESGOSTOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTECTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALEGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGRESSIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECEOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZANGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRISTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7	Sinto falta de actividades sócias que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

ANEXO II
Autorização para a aplicação da escala

Re: Pedido de Autorização

De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)
Enviada: quinta-feira, 12 de Maio de 2011 14:52:03
Para: **Ana David** (acdcardoso@hotmail.com)

Autorizo a utilização da escala pedida

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>
> Bom dia Professora Doutor José Luis Pais Ribeiro
>
> O meu nome é Ana Catarina David Cardoso e estou a frequentar o I Curso
> Mestrado
> Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, na Escola
> Superior de
> Saúde de Viseu. Em virtude de ter de desenvolver um trabalho de
> investigação e
> tendo tido conhecimento de que o Sr. Prof. Doutor é autor de uma escala
> que
> considero uma mais valia utilizar para desenvolver o trabalho de
> investigação,
> venho por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para utilizar a
> Escala de
> Satisfação com o Suporte Social. Este instrumento seria utilizado para
> avaliar
> de que forma o suporte social poderá influenciar o envolvimento do pai
> com o
> bebé, no momento do parto.
>
> Grata pela atenção dispensada
>
> Com os melhores cumprimentos.
> Enfermeira Ana David
>
> --
> This message has been scanned for viruses and
> dangerous content by MailScanner, and is
> believed to be clean.
>
>

--
This message has been scanned for viruses and
dangerous content by MailScanner, and is
believed to be clean.

ANEXO III

Autorizações das instituições hospitalares

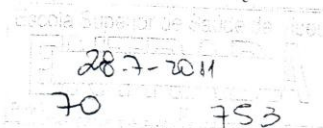


HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.
AVEIRO

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro, n.º 5848
Capital Social 29 930 000 €
Pessoa Colectiva n.º 506 361 543

Exmo. Senhor
Professor Doutor Daniel Silva
Vice-Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisóstomo G. Almeida 102
3500-843 Viseu

Prof. Paula Neves



S/ Ref.*

S/ Comunicação de

N/ Ref.*

Aveiro,

022786

26/07/2011

ASSUNTO: **Resposta ao VI pedido de autorização de realização de estudo no HIP**

Em resposta à VI solicitação, vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética, por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho de Administração

Luís Coelho

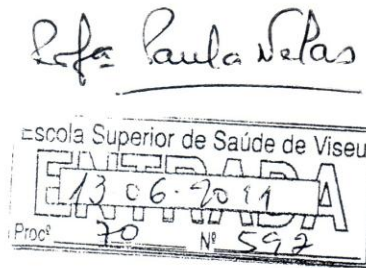
(Dr. Luís Coelho)

*Acordoado pelo
rel pela invest. prof.
28/07/2011
[Signature]*

*Alc: Prof. Paula N
28.7.2011*

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

DD



*Copias ao Prof. Daniel Silva
13.06.2011*

[Handwritten signature]

Sua referência
Ofc. 545
Processo 70

Sua comunicação de
16.05.2011

Nossa referência

4608

Data, ^{OG}
Guarda, 03/05/11

3500 - 843 Viseu

ASSUNTO: **Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.**

Relativamente ao assunto supra citado, vimos por este meio informar que se encontram autorizados a realizar o estudo subordinado ao tema "**Bonding: Experiência da gravidez, trabalho de parto e parto na Vinculação Pai-Filho**".

Para melhor acerto de pormenores, deverá entrar em contacto com a Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Sousa Martins (Enf^a. Leonor Almeida) através dos telefones 271 200 365/363.

No final do trabalho, deverá o aluno entregar um exemplar no Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

[Handwritten signature]
(Dr. Fernando Monteiro Girão)

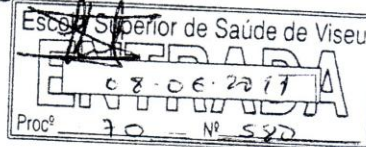
FG/VH



Ass Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE (Hospital de São Teotónio) para informar.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
 3500-843 VISEU
 Telf. 232 419 100
 Telem. 061 011 800
 Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
 Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
 (Hospital de São Teotónio)
 Av. Rei D. Duarte
 3504-509 VISEU

Copy ao Dr. Daniel Silva
 9.6.2011

Autorizada
 7/06/11
 [Signature]

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 544	Data: 16/05/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Relatório Final de Investigação do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia, a Escola Superior de Saúde de Viseu e os seus alunos do 2º Ano estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Bonding: Experiência da gravidez, trabalho de parto e parto na Vinculação Pai-Filho".

Ao longo dos anos o pai tem vindo a assumir uma participação mais activa na preparação pré-natal, no parto e nos cuidados ao recém-nascido. O seu envolvimento emocional durante a gravidez e nascimento é descrito como benéfico para a mulher e bebé, favorecendo o próprio envolvimento familiar.

O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia desempenha um papel primordial, pois ao implementar a humanização do parto, focaliza a sua atenção na mulher, bebé e família. O pai tem assim a possibilidade de se envolver nos cuidados durante o trabalho de parto e parto, não somente como espectador, mas como participante activo. Considera-se ainda importante esta investigação pelo facto de existirem poucos estudos neste âmbito.

Constituem objectivos principais deste estudo: avaliar o envolvimento emocional (Bonding) do pai com o bebé no momento do parto; analisar a influência das variáveis sócio-demográficas no envolvimento emocional do pai na gravidez, trabalho de parto; analisar a influência das variáveis psicológicas, nomeadamente o auto-conceito, a vulnerabilidade ao stress e a vinculação no adulto, no envolvimento emocional do pai na gravidez, trabalho de parto; estudar as variáveis sociais, satisfação da vida conjugal, suporte social como determinantes do envolvimento emocional do pai gravidez, trabalho de parto; indagar se as variáveis obstétricas são preditoras do envolvimento paterno.

Neste contexto, solicitamos a V. Exª autorização para a realização da colheita de dados durante o período de Junho a Setembro de 2011.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Paula Nelas é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Hospital de São Teotónio - Viseu
 Secretariado de Administração
 Documentação nº 1098
 PN/NC
 Entrada 19/05/2011
 Saida 30/05/2011
 Site: <http://www.essv.ipv.pt> • E-mail Geral: essvgeral@essv.ipv.pt • E-mail Secretaria: serviciocadademicos@essv.ipv.pt
 Secretaria 08/06/2011

O Vice-presidente da ESSV
 Professor Doutor Daniel Silva

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar-se de um assunto

