

AGRADECIMENTOS

Ao Eduardo, por ser o meu cais e porto de abrigo, por estar a meu lado, mesmo nos piores momentos, por nunca permitir que o desânimo se instalasse e me acomodasse, por ser o meu companheiro para a vida...

Aos meus pais, José e Maria, pelo incentivo constante, por ouvirem as frustrações e se alegrarem com as conquistas, por serem o “colo” onde sempre apetece voltar;

Ao Rafael, à Marta e Luís, irmãos de sangue e de vida, por me ajudarem a crescer todos os dias, e porque sem eles nenhuma vitória terá sentido;

À Eduarda, por me devolver o sorriso nos dias menos bons, e por sempre se ter disponibilizado para, do alto dos seus 3 anos, me “ensinar a fazer trabalhos”;

À Cláudia, pela amizade verdadeira, pelas críticas e comentários sempre estimulantes;

Às colegas de mestrado, pelo exemplo de perseverança, e por tornarem o percurso uma verdadeira aventura;

À Cristiana, pelos ensinamentos e explicações de estatística e pela disponibilidade em ajudar;

Aos amigos, sempre presentes e atenciosos, pelos jantares, conversas e “intervalos” tão agradáveis;

Aos pais e instituições que acederam participar no estudo, pela prontidão e interesse manifestados;

À Professora Doutora Paula Nelas e ao Professor Doutor João Duarte, pelo olhar rigoroso e atento, por fomentarem a busca de novos conhecimentos, pela orientação e disponibilidade constantes.

RESUMO

Enquadramento: O *bonding*, o laço emocional que é estabelecido entre a figura de vinculação e o bebé, tem sido fundamentalmente estudado entre a mãe e o filho. Existem ainda poucos estudos relacionados com o pai, mas sabe-se que as características deste, do bebé e do parto influenciam o envolvimento emocional paterno. Este estudo pretende contribuir para melhorar a compreensão desses factores, procurando esclarecer especificamente a importância do auto-conceito paterno no estabelecimento do *bonding*.

Objectivos: O nosso objectivo é estudar o *bonding* entre o pai e o bebé. Mais especificamente, pretendemos analisar quais factores (sócio-demográficos, obstétricos, envolvimento paterno na gravidez, trabalho de parto e parto, e auto-conceito), de forma diferenciada, afectam o estabelecimento do laço afectivo entre a díade pai-filho.

Métodos: Recrutámos 349 progenitores masculinos, com idades compreendidas entre os 19 e os 55 anos (DP=0,33). Para além de um questionário que pesquisava as características sócio-demográficas, obstétricas e do envolvimento do pai, foi administrado igualmente duas escalas, o Inventário Clínico do Auto-Conceito (VAZ SERRA, 1986b) e a Escala *Bonding* (FIGUEIREDO et al., 2005a), até às 48 horas após o parto.

Resultados: Os pais mais novos ($p=0,010$), com menor grau de escolaridade ($p=0,045$), que estão a ter o seu primeiro filho ($p=0,027$), que presenciaram a primeira ecografia ($p=0,005$) e falaram com o bebé durante a gravidez ($p=0,005$), apresentam mais *bonding* positivo. A dimensão impulsividade-actividade e o valor total, do Inventário Clínico do Auto-Conceito, são preditores do *bonding* total ($p=0,000$).

Conclusão: Verificamos que o *bonding* paterno é influenciado por variáveis sócio-demográficas, obstétricas, e psicológicas (auto-conceito paterno). Assim, a parentalidade deve ser valorizada pelos enfermeiros, de forma a conhecer e maximizar o envolvimento emocional do pai com o bebé, para que o processo de ajustamento do pai no pós-parto decorra normalmente.

Palavras-chave: *bonding*, auto-conceito paterno, bebé, pai, parto

ABSTRACT

Background: Bonding, the emotional tie between the attachment figure and the child, has been essentially studied between mother and son. There are a few studies related to father, but it's known that father, infant and labor characteristics influence father emotional involvement. This study intends to implement our knowledge about these factors, essentially assess the importance of father self-concept in bonding toward the child.

Objectives: This study aims to assess father bonding toward the infant. Specifically, we intend to analyze which factors (socio-demographic, obstetric, parental involvement in pregnancy, labor and partum, and self-concept), in different ways, influence the emotional involvement of this dyad.

Method: We recruited 349 fathers, between 19 and 55 years ($SD=0,33$). Besides a questionnaire that surveyed socio-demographic, obstetric and father involvement characteristics, we also administered two scales, Self-Concept Clinical Inventory (VAZ SERRA, 1986b) and the Bonding Scale (FIGUEIREDO et al., 2005a), until 48 hours after the birth of their child.

Results: The results suggest that younger fathers ($p=0,010$), with less education ($p=0,045$), which are having their first child ($p=0,027$), which were present the first ultrasound ($p=0,005$) and spoke with his child during pregnancy ($p=0,005$) shows more positive bonding. The impulsivity-activity dimension and total self-concept, in Self-Concept Clinical Inventory, predict total bonding ($p=0,000$).

Conclusions: We conclude that father bonding is influenced by socio-demographic, obstetric and psychological variables (father self-concept). Thus, parenting must be valued by nurses, in order to understand and maximize the father emotional involvement toward the infant, so that the father adjustment process in the postpartum period ordinarily occurs.

Keywords: *bonding*, father self-concept, infant, father, birth

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE QUADROS	15
ÍNDICE DE FIGURAS	17
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
1. INTRODUÇÃO	21
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2. O AUTO-CONCEITO	27
3. <i>BONDING</i>	31
3.1. O ENVOLVIMENTO NA PARENTALIDADE	35
3.2. AUTO-CONCEITO, PARENTALIDADE E <i>BONDING</i>	37
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
4. METODOLOGIA	43
4.1. MÉTODOS	43
4.2. PARTICIPANTES	46
4.2.1. Caracterização sócio-espacial da amostra	47
4.2.2. Caracterização sócio-demográfica da amostra	48
4.3. INSTRUMENTOS	51
4.4. PROCEDIMENTOS	56
4.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	57
5. RESULTADOS	61
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA	61
5.1.1. Caracterização da história obstétrica	61
5.1.2. Caracterização do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto	65
5.1.3. Caracterização do auto-conceito paterno	70
5.2. ANÁLISE INFERENCIAL	77
6. DISCUSSÃO	99
6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	99
6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101

7. CONCLUSÕES	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICE I – Questionário	121
APÊNDICE II – Fotocópia das autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados no Hospital Infante D. Pedro EPE, Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, Unidade Local de Saúde da Guarda	125
APÊNDICE III – Consentimento informado	133
APÊNDICE IV – Autorizações dos autores das escalas	137
ANEXO I – Inventário Clínico do Auto-Conceito	141
ANEXO II – Escala <i>Bonding</i>	145

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade	49
Tabela 2 – Dados sócio-demográficos da amostra	51
Tabela 3 – Consistência interna do Inventário Clínico do Auto-Conceito (estudo dos itens)	54
Tabela 4 – Consistência interna da Escala <i>Bonding</i> (estudo dos itens)	56
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas em função da idade	64
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as variáveis de envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto em função da idade	69
Tabela 7 – Teste t entre a idade e o auto-conceito paterno	70
Tabela 8 – Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o auto-conceito paterno	71
Tabela 9 – Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o auto-conceito paterno	71
Tabela 10 – Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o auto-conceito paterno	72
Tabela 11 – Teste t entre o primeiro filho e o auto-conceito paterno	73
Tabela 12 – Teste t entre o tipo de parto e o auto-conceito paterno	73
Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o auto-conceito paterno	74
Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o auto-conceito paterno	74
Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o auto-conceito paterno	75
Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre os movimentos fetais e o auto-conceito paterno	75

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre falar com o bebé durante a gravidez e o auto-conceito paterno	76
Tabela 18 – Teste t entre a presença durante o trabalho de parto e o auto-conceito paterno	76
Tabela 19 – Teste t entre a presença durante o parto e o auto-conceito paterno	77
Tabela 20 – Teste t entre a idade e o <i>bonding</i> paterno	78
Tabela 21 – Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o <i>bonding</i> paterno	79
Tabela 22 – Teste Tukey entre os diferentes grupos de habilitações literárias e o <i>bonding</i> positivo	79
Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o <i>bonding</i> paterno	80
Tabela 24 – Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação e o <i>bonding</i> paterno	80
Tabela 25 – Teste t entre o primeiro filho e o <i>bonding</i> paterno	81
Tabela 26 – Teste t entre o tipo de parto e o <i>bonding</i> paterno	81
Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o <i>bonding</i> paterno	82
Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o <i>bonding</i> paterno	82
Tabela 29 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o <i>bonding</i> paterno	83
Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença na primeira ecografia e o <i>bonding</i> paterno	84
Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney entre a sensação dos movimentos fetais e o <i>bonding</i> paterno	84
Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre falar com o bebé durante a gravidez e o <i>bonding</i> paterno	85
Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre as aulas de preparação para o parto e o <i>bonding</i> paterno	85

Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença durante o trabalho de parto e o <i>bonding</i> paterno	86
Tabela 35 – Teste U de Mann-Whitney entre o conhecimento de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto e o <i>bonding</i> paterno	86
Tabela 36 – Teste t entre a participação activa no trabalho de parto e o <i>bonding</i> paterno	87
Tabela 37 – Teste t entre a presença durante o parto e o <i>bonding</i> paterno	87
Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney entre o corte do cordão umbilical e o <i>bonding</i> paterno	88
Tabela 39 – Teste t entre a importância do pai cortar o cordão umbilical e o <i>bonding</i> paterno	88
Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney entre pegar no bebé e o <i>bonding</i> paterno	89
Tabela 41 – Teste U de Mann-Whitney entre vestir o bebé e o <i>bonding</i> paterno	89
Tabela 42 – Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> positivo e o auto-conceito paterno	90
Tabela 43 – Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> negativo e o auto-conceito paterno	92
Tabela 44 – Correlação de Pearson entre o <i>bonding not clear</i> e o auto-conceito paterno	93
Tabela 45 – Correlação de Pearson entre o <i>bonding</i> total e o auto-conceito paterno	95

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> positivo e o auto-conceito paterno	91
Quadro 2 – Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> negativo e o auto-conceito paterno	93
Quadro 3 – Regressão múltipla entre o <i>bonding not clear</i> e o auto-conceito paterno	94
Quadro 4 – Regressão múltipla entre o <i>bonding</i> total e o auto-conceito paterno	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Ciclo positivo do auto-conceito paterno	39
Figura 2 – Ciclo negativo do auto-conceito paterno	40
Figura 3 – Esquema conceptual da investigação	46
Figura 4 – Síntese das relações entre o auto-conceito paterno e <i>bonding</i>	97

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ICAC – Inventário Clínico do Auto-Conceito

EPE – Entidade Pública Empresarial

Cf. – confira

Cit. por – segundo, conforme

TP – trabalho de parto

et al – e outros

OM – ordenação média

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

1. INTRODUÇÃO

Desde o século passado que o auto-conceito tem suscitado interesse pelos investigadores, no sentido de estudar a identidade do Homem. O auto-conceito tem o papel de regular e mediar as percepções e o comportamento do ser humano, constituindo desta forma, um factor crucial para o funcionamento e o bem-estar do indivíduo. Sempre que um indivíduo assume um novo papel na sua vida, o seu auto-conceito altera-se, para incorporar as expectativas, comportamentos e ideias que daí decorrem (BURNS, 1991). Neste sentido, na transição para a parentalidade, o auto-conceito de um individuo terá, indubitavelmente, de sofrer transformações, que poderão condicionar a adaptação a este período.

O papel do pai tem sofrido, ao longo do tempo, uma evolução. Se há umas décadas atrás a paternidade era desvalorizada, nos tempos de hoje, o pai é sinónimo de cuidado e protecção à criança, assumindo um papel complementar às funções maternas. Actualmente admite-se a existência de uma vivência entre pai e bebé mais precoce do que se pensava e reconhece-se o impacto que a gravidez e a parentalidade têm no homem. Neste sentido, já se assiste à presença do pai durante o trabalho de parto e parto, facto permitido legalmente pelo artigo 1º da Lei nº 14/85, e que regula o direito da grávida à presença do acompanhante na sala de partos.

Apesar de existir um vasto leque de estudos relativos à vinculação da criança ao cuidador, o contrário já não se verifica. Assim, são poucas as investigações existentes que estudam o envolvimento emocional do cuidador ao recém-nascido, sendo estas ainda mais escassas quando o cuidador referenciado é o pai. No entanto, aquelas que estudam a ligação emocional entre os pais e o bebé têm salientado que os resultados encontrados para as mães, são os mesmos para os pais, mostrando, desta forma, que o laço emocional que o pai estabelece com o bebé é influenciado pelos mesmos factores que têm impacto no vínculo materno com a criança. As características biológicas e psicológicas do cuidador, do próprio bebé, bem como da gravidez, trabalho de parto e parto são aquelas que influenciam o *bonding* parental.

Desta forma, esta investigação, que tem como título **“Paternidade e Auto-Conceito: influência do envolvimento na gravidez, trabalho de parto e parto no estabelecimento do *bonding* pai-filho”**, surge no sentido de dar um contributo a este défice de estudos em relação ao laço emocional entre o pai e o bebé, e contribuir para a compreensão do auto-conceito do pai como factor influenciador do estabelecimento do *bonding* pai-bebé.

Face ao exposto, e com base na literatura, as questões de investigação formuladas foram: Em que medida as variáveis sócio-demográficas (idade; habilitações literárias; estado civil; duração do relacionamento) influenciam o estabelecimento do *bonding* entre pai e filho?; De que forma, as variáveis obstétricas (número de filhos; história prévia de abortos; gravidez desejada e planeada; complicações na gravidez; tipo de parto) influenciam o estabelecimento do *bonding*?; Qual a influência do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (participação nas consultas de vigilância; presença na primeira ecografia; interacção do pai com o bebé durante a gravidez; participação nas aulas de preparação para o parto; presença durante o trabalho de parto e no parto; corte do cordão umbilical e cuidados com o bebé) no *bonding*?, e Qual a influência do auto-conceito paterno no estabelecimento do *bonding*?

São objectivos deste estudo descrever de que forma as características sócio demográficas (idade; habilitações literárias; estado civil; duração do relacionamento) influenciam o envolvimento emocional do pai com o bebé; avaliar em que medida a história obstétrica do casal (número de filhos; história prévia de abortos; gravidez desejada e planeada; complicações na gravidez; tipo de parto) determina o estabelecimento do *bonding*; caracterizar de que forma o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (participação nas consultas de vigilância; presença na primeira ecografia; interacção do pai com o bebé durante a gravidez; participação nas aulas de preparação para o parto; presença durante o trabalho de parto e no parto, corte do cordão umbilical e cuidados com o bebé) têm influência no envolvimento emocional com o bebé ; Indagar de que forma o tipo de *bonding* é influenciado pelo auto-conceito paterno.

A partir destes objectivos e das questões de investigação, decorrem outros objectivos específicos como descrever o envolvimento emocional do pai com o bebé nas primeiras 48 horas de vida; avaliar o perfil sócio demográfico do pai; caracterizar a história obstétrica; analisar o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto; e caracterizar o auto conceito do pai.

A colheita de dados foi realizada entre Julho e Outubro de 2011, nos serviços de obstetrícia do Hospital Infante D. Pedro – EPE, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; e Unidade Local de Saúde da Guarda. A amostra é constituída por 349 progenitores masculinos e o protocolo de avaliação foi administrado até às 48 horas após o nascimento do bebé.

O instrumento de recolha de dados foi composto em duas partes. A primeira encerra um questionário com a caracterização sócio-demográfica, obstétrica e do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto. Na segunda, fazem parte o Inventário Clínico de Auto-Conceito (VAZ SERRA, 1986b) e a Escala *Bonding* (FIGUEIREDO et al., 2005a).

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento conceptual das temáticas e dos constructos abordados na presente investigação. É realizada uma revisão da literatura com o propósito de fornecer o suporte teórico e empírico para a realização do estudo. Desta forma, torna-se pertinente conceptualizar o auto-conceito e a temática do *bonding*. Abordamos ainda a problemática do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto.

A segunda parte consiste no estudo empírico realizado. Para tal, são referidos os objectivos e as questões de investigação, descrevemos a amostra e os instrumentos utilizados. É também exposto o procedimento de recolha de dados da amostra. Posteriormente, descrevemos os resultados obtidos e discutimos os dados encontrados. Apresentamos também as limitações do estudo e algumas direcções para investigação futura e finalizamos o trabalho expondo as conclusões retiradas do estudo.

PARTE **I**

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. O AUTO-CONCEITO

Desde sempre que o ser humano ambiciona encontrar a resposta para a clássica e perene questão “Quem sou eu?”. Este desejo de auto-conhecimento, de descobrir a mescla de qualidades que tornam o indivíduo único é crucial para orientar e regular a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos.

Em 1890, Wiliam James, começou a interessar-se pelo estudo do auto-conceito e foi um dos pioneiros nesta temática. Desde então, este constructo tem sido alvo de interesse e várias definições têm emergido. Na literatura, a conceptualização do auto-conceito tem diferido conforme os autores, mas existe consonância no que concerne à descrição geral do auto-conceito. Desta forma, e segundo Vaz Serra (1986a, p.57) o auto-conceito pode ser definido como a “percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica.”.

Devido ao recente entendimento dos autores de que o auto-conceito tem uma natureza multidimensional (MERCER, 2011), pode-se assim conceptualizar o auto-conceito como um conjunto de crenças que o indivíduo tem de si próprio, também denominadas de auto-esquemas. Estas crenças têm a particularidade de orientar o processamento da informação que é importante para o indivíduo, a capacidade de moldar a nossa percepção social (KASSIN; FEIN; MARKUS, 2011; WEITEN; DUNN; HAMMER, 2012) e fornecer objectivos orientados para o futuro (OYSERMAN, 2001).

O auto-conceito desenvolve-se a partir de experiências prévias e do feedback dos outros, dos sucessos, dos fracassos e humilhações (WEITEN; DUNN; HAMMER, 2012). Segundo Burns (1991), de acordo com o que a pessoa retira destas experiências e interações, constrói auto-esquemas e comporta-se em função deles, tornando-se assim numa profecia auto-realizadora. Desta forma, os auto-esquemas são validados pelo comportamento do sujeito, o que, por sua vez, origina feedback confirmatório dos outros. Visto que os auto-esquemas são interpretações subjectivas, é fácil captar pistas erradas dos outros sobre nós próprios ou até interpretá-las incorrectamente, dando consequentemente início a este ciclo vicioso. A título exemplificativo, se o feedback dos outros é interpretado como “não sou

querido pelos outros”, isto é incorporado no auto-esquema e a pessoa evita estar com os outros, produzindo respostas negativas dos outros, e desta forma valida a interpretação subjectiva que fez inicialmente.

Os auto-esquemas estão relacionados com os traços de personalidade do indivíduo, capacidades, condições físicas, valores, objectivos e papéis sociais (WEITEN; DUNN, HAMMER, 2012). Por exemplo, um homem poderá ter auto-conceitos separados e distintos dele próprio como marido, como pai, como profissional, como condutor e como colega (BURNS, 1991).

Cada indivíduo tem auto-esquemas em dimensões que são importantes para ele, incluindo os pontos fortes e as fragilidades, que podem ser hierarquizadas de acordo com a importância pessoal, pois para o nosso bem-estar algumas são mais centrais e outras mais periféricas (BURNS, 1991).

De acordo com Burns (1991), o auto-conceito pode ser dividido em três aspectos, nomeadamente: 1) eu como sou; 2) eu outro; 3) eu ideal. O primeiro refere-se ao auto-conceito visto pelo próprio indivíduo. O segundo diz respeito ao auto-conceito de como o indivíduo acredita que os outros o vêem, também denominado de efeito de espelho. O último está relacionado com o tipo de pessoa que o indivíduo gostaria de ser ou espera ser.

Na maioria das pessoas, a percepção delas próprias vai ao encontro do que elas gostariam de ser. Mas há outras em que se verifica uma lacuna entre o que vêem actualmente e o que gostariam de ver. Esta discrepância influencia o modo como o indivíduo se sente, podendo originar algumas vulnerabilidades emocionais (WEITEN; DUNN; HAMMER, 2012).

Segundo Shavelson et al. (1976, cit. por VAZ SERRA, 1986a) o auto-conceito é caracterizado por ser organizado ou estruturado (o indivíduo vai categorizar e relacionar a informação que recebe acerca de si próprio); multifacetado (as categorias formadas vão reflectir as diferentes facetas do auto-conceito); hierárquico (as diferentes percepções e as avaliações do comportamento vão sendo orientadas a partir da base da hierarquia, até atingir os níveis superiores); estável (sobretudo quando se refere à globalidade do auto-conceito, contudo, à medida que se desce na hierarquia e se alcança o nível de situações específicas, a estabilidade tende a diminuir); descritivo e avaliativo (o indivíduo descreve-se e avalia os seus comportamentos); e diferenciado (diferente de outros constructos).

Vaz Serra e Pocinho (2001) chamam à atenção para a existência de quatro factores importantes para a formação do auto-conceito. O primeiro refere-se ao julgamento do comportamento do indivíduo que é efectuado pelas pessoas significativas do seu meio ambiente. O segundo diz respeito ao feedback que a pessoa guarda do seu próprio desempenho. Em terceiro referem a comparação que o indivíduo faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais e, por fim, o julgamento que estabelece ao seu próprio comportamento baseando-se nas regras estabelecidas por um determinado grupo normativo ao qual se encontra vinculado e se identifica.

No que se refere ao eu, o indivíduo tem dificuldade em se distanciar e ter apenas o papel de observador das suas próprias percepções. Em vez disso, julga-se, associa sentimentos como bom e mau a diferentes informações acerca de si. Este componente afectivo do auto-conceito é denominado de auto-estima (KASSIN; FEIN; MARKUS, 2011; VAZ SERRA, 1986a)

Desta forma, enquanto que o auto-conceito diz respeito ao que o indivíduo pensa acerca de si, a auto-estima é a avaliação, positiva ou negativa, que o indivíduo faz de si próprio (BURNS, 1991; SMITH; MACKIE, 2000; VAZ SERRA, 1986A; WEITEN; DUNN; HAMMER, 2012).

Como o carácter avaliativo do auto-conceito é aprendido, este pode mudar de direcção e de importância à medida que o indivíduo se depara com outras experiências. O significado da avaliação é retirado da cultura em que o indivíduo está inserido, mas também pode ser influenciado por outros factores tais como a auto-observação e o feedback da interacção social (BURNS, 1991). Assim, um pai que se caracterize como responsável, caloroso, dedicado tem uma conotação positiva, enquanto que imaturo, irresponsável, ausente tem uma interpretação negativa.

Atendendo ao facto de o auto-conceito ser constituído por vários auto-esquemas, os indivíduos tendem a ver partes do eu de forma diferente, ou seja, umas partes são julgadas mais favoravelmente ou são vistas como mais importantes que outras (KASSIN; FEIN; MARKUS, 2011).

A auto-estima tem um papel crucial na função adaptativa do eu, isto é, informa-nos constantemente sobre a construção do eu valorizado que nos permite funcionar bem, a conseguir recompensas concretas e a alimentar os relacionamentos com outros. Se, de uma forma geral, o indivíduo se sente bem consigo próprio, provavelmente terá elevada auto-

estima. Estas pessoas são seguras de si e reconhecem o seu mérito pelos seus sucessos. Pelo contrário, uma pessoa com baixa auto-estima significa que é mais confusa e hesitante, ou seja, o seu auto-conceito parece ser menos claro, incompleto, mais contraditório e mais susceptível de flutuações a curto prazo do que os indivíduos com elevada auto-estima (SMITH; MACKIE, 2000). Geralmente, a auto-estima permanece igual desde a infância até à velhice (KASSIN; FEIN; MARKUS, 2011), mas pode-se verificar flutuações na forma como o indivíduo se percebe em resposta a experiências de vida (WEITEN; DUNN; HAMMER, 2012).

Remetendo-nos à fase de transição para a paternidade, é possível que esta seja vivenciada como uma crise desenvolvimental por parte do indivíduo. Deste período de adaptação tanto pode resultar uma reorganização psicológica no sentido de uma maior complexidade e integração do *self*, como também pode ser dominada por um conjunto de dificuldades psicossociais, que, no seu extremo, podem levar ao desinvestimento emocional no papel parental (BELSKY; KELLY, 1994).

3. *BONDING*

Os termos *bonding* e vinculação têm surgido na literatura com diferentes abordagens. Por vezes, ocorrem como conceitos diferentes, em que a vinculação é entendida como o laço emocional que a criança desenvolve em relação à figura de vinculação, enquanto que o *bonding* designa o vínculo único e específico que o cuidador estabelece, desde os primeiros contactos, com a criança (BUSH, 2001; CARTER; AHNERT, 2005). Outras vezes, são usados indiferenciadamente para se referirem quer à vinculação da criança, quer à vinculação estabelecida pelo cuidador.¹

A teoria da vinculação de John Bowlby, em 1969, veio enfatizar que a sobrevivência do bebé, e em última análise da espécie, estaria dependente da procura de proximidade da mãe e esta perceber adequadamente as necessidades da criança (sensibilidade) e de responder de forma ajustada (responsividade) (SOARES, 2000).

Seguindo a linha de ideias propostas por Bowlby, vários autores verificaram que as mães têm uma disposição para desenvolver fortes laços com os seus filhos imediatamente após o parto, que Klaus e Kennell designaram de *bonding* ou, segundo o proposto por Robson e Moss, de vinculação materna, (FIGUEIREDO et al., 2005a; FIGUEIREDO et al., 2007).

O *bonding* é um fenómeno relativamente gradual e interactivo uma vez que o bebé funciona como estimulante para a vinculação (FIGUEIREDO et al., 2007). Constrói-se desde a gravidez e estabelece-se principalmente nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento, quando o progenitor contacta com o bebé (SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009). Segundo CHALMERS et al. (1998 cit in FIGUEIREDO et al., 2007) a vinculação parental fortalece-se de forma relativamente fácil e imediata nos primeiros contactos com o bebé. No entanto, em alguns casos, o *bonding* é estabelecido mais tarde, ao longo do tempo (FIGUEIREDO et al., 2005b). Assim, parece existir um contínuo de variabilidade relativamente à forma de como e quando os pais se envolvem emocionalmente com o bebé (MACFARLANE et al., 1978; FLEMING et al., 1997 cit. por FIGUEIREDO, 2003). Neste sentido, Taylor et al. (en prensa cit. por FIGUEIREDO, 2003) verificaram no

¹ Para a elaboração deste trabalho, adoptou-se esta última concepção.

seu estudo que o *bonding* parental é mais elevado nos meses que se seguem ao parto, comparativamente com os valores de *bonding* obtidos no pós-parto imediato.

Evidências empíricas mostram que a vinculação materna durante a gravidez ou imediatamente após o parto, está associada à qualidade da interacção mãe-bebé e da amamentação, o que interfere com o desenvolvimento da criança. No entanto, devido aos poucos estudos sobre o pai, há pouca informação sobre o envolvimento emocional do pai com o recém-nascido. Apesar disto, os autores sugerem que o *bonding* pai-bebé se desenvolve da mesma forma como o *bonding* mãe-bebé (FIGUEIREDO, 2005; SNOW & MCGAHA, 2002 cit. por FIGUEIREDO et al., 2007).

Vários factores têm sido enumerados como influenciadores do envolvimento emocional parental com o bebé, tais como as características dos progenitores, características do bebé, e ainda da gravidez, trabalho de parto e tipo de parto (FIGUEIREDO et al., 2005a).

Relativamente às características dos progenitores, a nível biológico, salientam-se os valores elevados das hormonas ocitocina e prolactina na mãe, que a tornam mais sensível e receptiva ao bebé, o que, por sua vez, irá facilitar o *bonding*. A nível psicológico, o impacto do estilo de vinculação e o impacto da qualidade do relacionamento conjugal também influenciam o estabelecimento do *bonding* (FIGUEIREDO et al., 2005a; FIGUEIREDO et al., 2007). Acerca da vinculação, tem-se verificado que os progenitores com representação segura da vinculação, apresentam maior *bonding* com o bebé e estabelecem mais adequadamente interacções com este (Halfot & Slade, 1989 cit. por FIGUEIREDO, 2003).

Em termos do relacionamento entre o casal, os estudos mostram que relações conjugais mais positivas e íntimas, com maior apoio dos companheiros, levam a um envolvimento emocional parental mais favorável com o bebé (ISABELLA, 1994 cit. por FIGUEIREDO, 2003).

No estudo de Ramos et al. (2005, cit. por SOARES, 2008), constataram ainda que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma adaptação mais desajustada e mais negativa quando comparados com níveis de escolaridade mais baixos, sendo que, os pais cujo nível de escolaridade era mais elevado mostraram-se menos felizes, mais tristes e ansiosos do que os pais com níveis mais baixos de escolaridade.

Em relação ao bebé, o facto de não ser desejado, as dificuldades comportamentais e de interacção e de não percepcionar os pais como disponíveis, são condições que actuam no

estabelecimento do laço emocional da díade (FIGUEIREDO et al., 2005a; FIGUEIREDO et al., 2007).

No que concerne ao factor gravidez, tem sido sugerido várias variáveis que influenciam o tipo de *bonding* que o pai estabelece com o filho, como por exemplo, a gravidez não ser planeada e desejada, acompanhamento da grávida nas consultas pré-natais, visualização do bebé através da ecografia, sentir os movimentos do feto, conversar com o bebé durante a gravidez.

Alguns estudos já realizados (FIGUEIREDO et al. 2005b), mostram que o facto de os progenitores não desejarem nem planearem o bebé, tem consequências adversas no estabelecimento do laço afectivo entre o pai e o bebé. No entanto, num estudo mais recente, Ferreira, Laia & Néné (2010), obtiveram o resultado oposto. As autoras referem que a ausência de diferenças do *bonding* em pais que inicialmente não planearam nem desejaram a gravidez, comparativamente com pais que planearam e desejaram a gravidez, podem resultar de existirem situações, sobretudo no início da gravidez, em que a gravidez não é planeada nem desejada, mas que, com o decorrer da gestação, acaba por ser aceite e desejada, o que pode ter como consequência, o aumento do envolvimento emocional do pai.

Diversos estudos (PICCININI et al. 2004; SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009) têm mostrado que o acompanhamento nas consultas pré-natais tem impacto no envolvimento emocional parental. Estes mesmos autores referem ainda que a visualização do bebé, através da ecografia, desencadeia nos pais emoções bastante positivas, o que leva a um maior interesse e envolvimento paterno com o bebé.

O sentir os movimentos fetais, o conversar com o bebé são etapas importantes para o desenvolvimento da vinculação. Os pais que falaram com o bebé durante a gravidez têm mais *bonding* positivo. Segundo Pereira (2009), isto pode acontecer porque os pais, ao falarem com o bebé, sentem-se mais próximos deste, pelo que vão criando uma representação mental do filho mais real, logo, reportam emoções mais positivas.

De acordo com Piccinini et al. (2004), que conduziram uma investigação sobre o envolvimento paterno no terceiro trimestre de gestação, concluíram que a maioria dos pais estavam muito envolvidos na gravidez, querendo participar em todas as fases desta, mostrando grande disponibilidade emocional para este processo.

Em relação ao trabalho de parto, há estudos (GENESONI; TALLANDINI, 2009) que mostram que os pais relatam uma grande vontade de participar no parto, mas ao mesmo tempo de saírem daquela situação. Referem ainda que os pais que participam activamente no parto se sentem mais felizes com a experiência e manifestam menos sintomas depressivos. No estudo de Piccinini et al. (2004), aplicaram uma entrevista aos pais que presenciaram o trabalho de parto, e estes afirmaram que se preocupam bastante com o trabalho de parto, na possibilidade de as companheiras sentirem muitas dores e se tudo decorreria sem complicações. No entanto, também pode acontecer que participar activamente no trabalho de parto não influencia o estabelecimento do laço afectivo. Segundo Carvalho (2003), isto pode-se dever ao facto de os pais se sentirem excluídos no processo do parto, restando-lhe apenas dar apoio moral e conforto à companheira.

Relativamente ao parto, o tipo de parto e a dor no parto surgem como influenciadores do envolvimento emocional, mas é o contacto com o recém-nascido imediatamente após o parto que parece ser mais proeminente para o *bonding*. Assim, quanto mais envolvido e participativo está o casal, nas questões do parto e na prestação de cuidados ao recém-nascido, e quanto mais contacto próximo tem com o bebé, maior é o estabelecimento do *bonding* (SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009). Klaus e Kennel (1993 cit. por PEREIRA, 2009), referem ainda a existência de um período sensitivo depois do parto, no qual, a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e verificam-se interacções complexas entre os pais e o recém-nascido, tais como pegar no bebé ao colo e vesti-lo, que fortalece o estabelecimento do laço afectivo.

Estudos realizados (BRANDÃO, 2009), mostram que o corte do cordão umbilical feito pelo pai no nascimento sugere ser um factor de impacto para o envolvimento emocional entre o pai e o bebé. Esta acção é, para muitos pais, sinónimo da contribuição que querem dar numa nova etapa na vida da tríade (MENDES, 2007).

Apesar dos poucos estudos sobre o envolvimento do pai com o bebé, alguns autores consideram que, tal como se verifica com a mãe, a vinculação é um evento motivado por vários factores e características, tanto do pai como do bebé (BRANDÃO, 2009; GAMEIRO; MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2009). De acordo com BRANDÃO (2009) citando Levy-Shiff (1994), estes podem estar relacionados com experiências da infância; características individuais (crenças, aptidões, ou história individual); características familiares (relação conjugal); características do bebé (sexo, temperamento, ordem de nascimento) e o nível socioeconómico e cultural do pai. O envolvimento com o bebé também pode estar

relacionado com diversas características, tais como a satisfação, percepção de stress, psicopatologia, alterações na auto-percepção, sentimentos de identidade e no desempenho de tarefas dos pais (MOURA-RAMOS, 2006, cit. por GAMEIRO, MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2009). Todos estes factores são fundamentais no tipo de envolvimento criado entre pai e bebé.

3.1. O ENVOLVIMENTO NA PARENTALIDADE

O nascimento de um filho é considerado um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos e da família (MOURA-RAMOS e CANAVARRO, 2007). A gravidez e parto, enquanto processo de mudança, condicionam a vida do casal, pois é um momento de espera, com grandes expectativas e simbolismo, que se consolidarão com o assumir dos novos papéis exigidos (LEAL, 2005 cit. por BRANDÃO, 2009).

A valorização do envolvimento do homem no nascimento de um filho não se pode justificar unicamente pelo seu contributo no acompanhamento e apoio à grávida, mas essencialmente, pelo facto de este ser um momento ímpar para o assumir do seu papel de pai. A gravidez, o parto e o puerpério não devem pois ser tomados como acontecimentos isolados, pelo contrário, estes são partes integrantes e indissociáveis do processo de maternidade/paternidade, sendo a relação estabelecida pela tríade (mãe/ pai/ filho) de extrema importância (CARVALHO et al., 2009).

A participação do pai no contexto do nascimento tem a sua origem nos primórdios, sendo um dos seus primeiros relatos aquele que remonta ao costume de povos primitivos, denominado *Couvade*, em que o homem colaborava activamente no nascimento do filho, auxiliando na compressão do abdómen da mulher durante a expulsão do feto, corte do cordão umbilical e acolhimento do bebé nos seus braços, como forma de demonstração de protecção e auxílio à díade mãe/filho (ALEXANDRE; MARTINS, 2009).

As autoras supracitados mencionam que, durante o século XIII, e em algumas culturas, a presença do homem no trabalho de parto e no parto tornou-se menos frequente, em consequência de dogmas que coíbiam a sua entrada no quarto da parturiente. Contudo, no final da Idade Média, quando os partos eram assistidos em ambientes familiares, começou-se a aceitar a participação do companheiro/marido, compreendendo também os filhos, as amigas, entre outros (ALEXANDRE; MARTINS, 2009).

As representações do papel do pai têm vindo a mudar, constatando que os pais mais velhos têm uma imagem do pai como sendo uma figura de autoridade e de pouco envolvimento emocional na vida da criança. Já os mais novos, que são maior abertura à mudança, dão mais importância ao facto de serem sensíveis, compreensivos e dialogarem, de estarem presente na vida da criança e de partilhar a autoridade (MONTEIRO et al., 2008).

Ao longo dos anos, o papel do pai ganhou maior importância, principalmente durante a gravidez e o nascimento do filho. Consequentemente, este assume uma participação mais activa, nomeadamente na preparação pré-natal, no parto e nos cuidados ao recém-nascido (SUTTER; BUCHER-MALUSCHKE, 2008). Contudo, tal como a mãe, o pai necessita de se ajustar à sua nova identidade, durante o tempo de gestação. Este percurso, descrito por Brazelton e Cramer (2007 cit. por PEREIRA, 2009) como tarefas psicológicas, inicia-se com a adaptação à notícia da gravidez, seguida do reconhecimento do bebé, a percepção que este se irá separar da mãe, aceitando-o como pessoa individual, promovendo assim a sua identidade parental. Para os autores, as mães e pais que conseguem ultrapassar estas tarefas e satisfazer as alterações psicológicas adjacentes, conseguem lidar melhor com os seus novos papéis e as transformações provocadas pela gravidez.

A relação estabelecida entre a mãe e o bebé ao longo da gravidez, pode ser afectiva ou simplesmente biológica. Esta “sente-o a mexer e só com a separação imposta pelo nascimento a mãe o pode ver, cheirar e sentir nos seus braços fortalecendo a relação já iniciada durante a gravidez” (PEREIRA, 2009, p. 27). Porém, o pai só poderá contactar fisicamente com o seu filho após o nascimento, ainda que durante a gravidez possa ter um envolvimento emocional com o bebé idealizado. Este, pode igualmente conversar com ele e sentir os seus movimentos no ventre materno. Assim, o pai é convidado a encetar o seu processo de ligação afectiva com o feto em desenvolvimento durante a gravidez (PEREIRA, 2009).

O período de gestação é pautado por uma pluralidade de emoções vivenciadas pelo indivíduo. Mesmo quando a gravidez é planeada e desejada pelo casal, o pai poderá experimentar sentimentos de exclusão. Considera-se que a sua integração e participação na gravidez, trabalho de parto e parto pode atenuar estes sentimentos (PEREIRA, 2009).

Actualmente o homem propende a “uma paternidade mais activa e enriquecedora da sua vivência pessoal como pai e do seu relacionamento com o filho, o que o leva a desejar e a assumir um protagonismo cada vez maior no parto” (CARVALHO et al., 2009, p. 113). Assim, partilhar do nascimento do filho é um meio, através do qual, os homens podem ser incluídos em todo o processo. Contudo, a decisão de estar ou não presente durante o trabalho

de parto e parto deve ser tomada conscientemente, feita conjuntamente com a companheira e sem pressões familiares e/ou sociais (MAZZIERI; HOGA, 2006).

Neste sentido, a participação do pai no trabalho de parto e no parto confere ao casal a oportunidade de partilhar o nascimento como parte da vida conjugal, transformando-se numa circunstância indispensável para o desenvolvimento da relação e para a aceitação da parentalidade. Esta, é uma decisão que tem de ter subjacente a preparação do casal, particularmente do pai, para que este seja capaz de perceber e colaborar nas diferentes fases do processo e acompanhá-lo com serenidade (CARVALHO, 2003).

Em Portugal, com a publicação da Lei n.º 14/85 de 6 de Julho de 1985, que estipula que a parturiente tem o direito legal de escolher alguém da sua confiança para estar presente durante o trabalho de parto e nascimento do filho, assume-se a importância da humanização da assistência à grávida. Com a elaboração do “Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal” (1996), criado pela Organização Mundial de Saúde (1996), releva-se a importância que está a ser dada ao papel do pai no parto.

Desta forma, os benefícios sobrevividos da presença do pai na sala de partos traduzem-se em vantagens para os dois, como casal e para a tríade em formação. Para o pai, o parto é um momento de fortes emoções, que lhe faculta a primeira interacção com o seu bebé (CARVALHO et al., 2009). Este, ao assistir ao nascimento do filho, vive sentimentos e experiências positivas, também pelo suporte emocional que proporciona à companheira, os quais podem favorecer o maior envolvimento emocional precoce com o filho. Contudo, a presença do pai na sala de partos pode ser condicionada pelo medo deste, ou a vergonha da esposa na exposição da sua intimidade (CARVALHO, 2003).

3.2. AUTO-CONCEITO, PARENTALIDADE E *BONDING*

Do nosso conhecimento e da revisão da literatura efectuada, não encontramos até ao momento, qualquer investigação que estude o auto-conceito do pai, nem como isso poderá influenciar o estabelecimento do *bonding* pai-bebé.

Não obstante, neste trabalho pretende-se utilizar a conceptualização do auto-conceito, já referida anteriormente, adaptá-la ao auto-conceito paterno e tentar explicar de que forma o auto-conceito que o pai tem de si irá influenciar a parentalidade.

Alguns autores têm referido que quanto mais positiva é a percepção do progenitor sobre si e sobre as alterações experienciadas, mais positivo é o *bonding* desenvolvido pela tríade e maior a satisfação sentida pelos pais relativamente aos seus novos papéis (COWAN; COWAN, 1998 cit. por OLIVEIRA; PEDROSA; CANAVARRO, 2005). Assim, o envolvimento com o bebé pode estar relacionado com alterações na auto-percepção, sentimentos de identidade, psicopatologia e no desempenho de tarefas dos pais (Moura-Ramos, 2006 cit. por GAMEIRO; MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2009).

Uma vez que a auto-estima é a componente avaliativa do auto-conceito e, visto que, o auto-conceito é descrito como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, com base em influências externas, a auto-estima pode estar directamente associada à imagem mental de pai que o indivíduo tem. Ou seja, a forma como o indivíduo se percebe (auto-conceito) e a avaliação positiva ou negativa (auto-estima) que faz de si mesmo, relaciona-se directamente com a sua percepção e valor de si próprio como pai.

As expectativas do indivíduo, influenciadas pela forma como a pessoa pensa acerca de si próprio ou a partir do feedback que obtém dos outros, vai tornar-se numa profecia auto-realizadora. Se, de uma forma geral, o feedback dos outros e os pensamentos da pessoa forem positivos, irá desenvolver um auto-conceito positivo (BURNS, 1991).

Assim sendo, quando um homem vai ter um filho, o seu auto-conceito vai alterar-se, no sentido da criação de um novo auto-esquema relacionado com o novo papel que vai desempenhar na sua vida – o de pai. Quando isto acontece, o indivíduo irá perceber-se como pai (auto-conceito) e irá fazer um julgamento acerca desse papel (auto-estima). Previsivelmente, irá desenvolver uma série de expectativas relativas ao seu papel de pai e irá apresentar comportamentos que correspondam a essas expectativas. Por sua vez, essas expectativas e comportamentos vão confirmar a percepção que o indivíduo tem de si, gerando um ciclo vicioso.

A nível exemplificativo, se uma pessoa com elevada confiança parental se vê como capaz de cuidar e proteger o seu filho, de ser bom pai, então os comportamentos que irá executar serão congruentes com estas expectativas. Desta forma, irá obter feedback positivo

dos outros acerca do seu papel de pai, mantendo inabalável a sua crença de que é um pai competente (cf. figura 1).

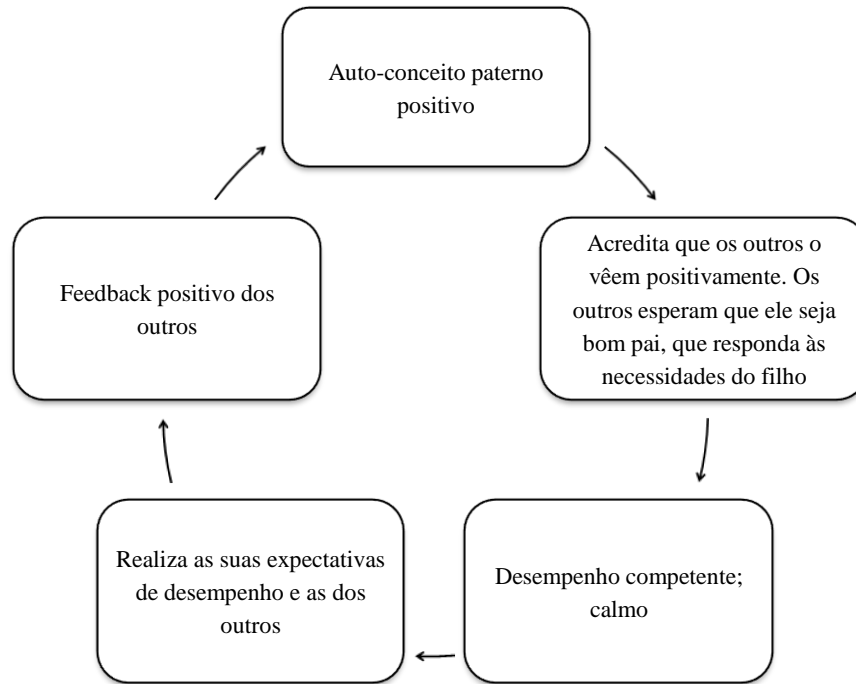


Figura 1 – Ciclo positivo do auto-conceito paterno.

Fonte: BURNS, Robert – **Essential Psychology: for students and professionals in the health and social services**. 2a ed. Lancaster: Springer, 1991

Por seu turno, um indivíduo que não acredite nas suas competências parentais, pensar que não é capaz de corresponder às exigências que o seu filho necessita, acredita que os outros também o percebem assim. Consequentemente, ficará ansioso perante a hipótese de executar algum comportamento parental e o seu desempenho ficará comprometido. Desta forma, as suas baixas expectativas irão realizar-se e irá continuar a gerar feedback negativo dos outros, contribuindo assim para a manutenção do auto-conceito paterno negativo (cf. figura 2).

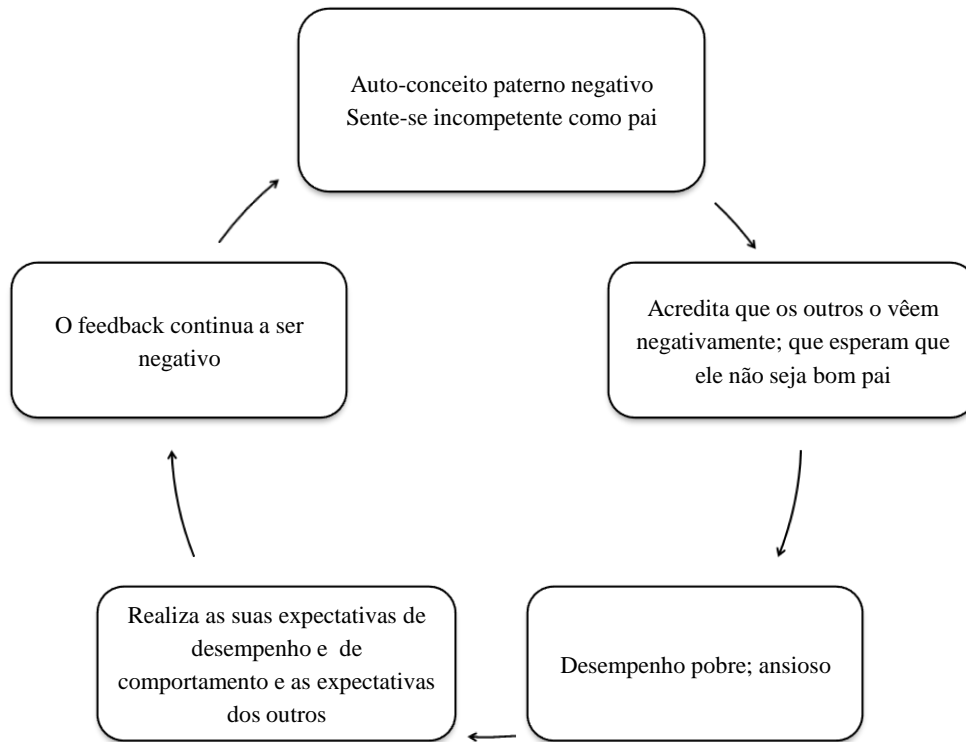


Figura 2 - Ciclo negativo do auto-conceito paterno.

Fonte: BURNS, Robert – **Essential Psychology: for students and professionals in the health and social services**. 2a ed. Lancaster: Springer, 1991

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

4. METODOLOGIA

Perante a investigação a que nos propusemos, importa descrever com rigor e de uma forma exhaustiva e sistemática, as metodologias utilizadas na consecução deste trabalho. Só desta forma, poderemos deixar traçado o caminho percorrido ao longo dos meses que envolvem todo o processo de investigação realizado. Apresentaremos neste capítulo, não só a forma e os meios utilizados no desenrolar do estudo, como todas as contingências inerentes a qualquer processo de investigação.

Desta forma, descrevemos em seguida a problemática que despertou em nós a vontade de investigar a vinculação do pai, através da conceptualização do estudo. Reflectiremos também sobre as questões de investigação, bem como, os objectivos, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Reportaremos-nos por último, aos procedimentos estatísticos utilizados.

4.1 MÉTODOS

Durante anos, os estudos realizados na área da vinculação, centraram-se sobretudo na forma como a mãe vivenciava a maternidade e de que forma esta se ligava emocionalmente ao bebé. Apesar de, actualmente, já existirem alguns estudos sobre a vinculação do pai com o bebé, verifica-se que é uma temática ainda pouco explorada, em detrimento das vivências maternas.

Importa referir que o papel do pai tem vindo a assumir nos últimos anos, uma importância crescente, nomeadamente no acompanhamento durante a gravidez e o nascimento do filho. Esta reflecte-se numa participação mais activa na preparação pré-natal, no parto e nos cuidados ao recém-nascido. Contudo, e tal como a mãe, o pai necessita de se ajustar à sua nova identidade, durante o tempo de gestação.

É possível que esta fase de transição para a parentalidade seja vivenciada pelo pai, como uma crise desenvolvimental. Deste período de adaptação tanto pode resultar uma

reorganização psicológica, como também pode ser dominada por um conjunto de dificuldades psicossociais, que, no seu extremo, e como referido anteriormente, podem levar ao desinvestimento emocional no papel parental.

Importa pois conhecer e analisar as causas que poderão influenciar positivamente ou negativamente o estabelecimento do envolvimento emocional do pai com o bebé. Dos estudos anteriores realizados, verificamos que o *bonding* pode ser afectado por vários factores e características, tanto do pai, como do bebé. Enquanto profissionais de saúde, temos obrigação de procurar um conhecimento aprofundado dos eventos motivadores do *bonding*, para assim melhor nos prepararmos para lidar com as situações de desvio ou não aceitação da parentalidade.

Como tal, este trabalho pretende contribuir para o estudo do *bonding* entre pai e bebé, mais concretamente, de que forma diversas variáveis – características sócio-demográficas, obstétricas, envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto, e auto-conceito paterno – podem influenciar o estabelecimento do *bonding* pai-filho. Para este efeito, optámos por realizar um estudo quantitativo, do tipo transversal, segundo uma lógica descritiva e correlacional.

O estudo realizado assume especial complexidade pela existência de inúmeras variáveis que podem influenciar o processo de envolvimento do pai com o bebé. No sentido de sistematizar conteúdos, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual é a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação) sobre o estabelecimento do *bonding* entre pai e o bebé?
- Qual é a influência das variáveis obstétricas (primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada e gravidez desejada) sobre o estabelecimento do *bonding* entre pai e o bebé?
- Qual é a influência das variáveis do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, movimentos fetais, falar com o bebé durante a gravidez, presença durante o trabalho de parto, presença durante o parto) no estabelecimento do *bonding* entre o pai e o bebé?

- Qual a influência do auto-conceito paterno no estabelecimento do *bonding* entre o pai e o bebé?

Por forma a dar resposta a estas questões e a toda a problemática que as envolve, foram traçados os seguintes objectivos:

1. Descrever de que forma as características sócio-demográficas influenciam o envolvimento emocional do pai com o bebé;
2. Avaliar em que medida a história obstétrica do casal determina o estabelecimento do *bonding*;
3. Caracterizar de que forma o envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto têm influência no envolvimento emocional com o bebé;
4. Indagar de que forma o tipo de *bonding* é influenciado pelo auto-conceito paterno.

No sentido de esquematizar a relação entre as variáveis independentes (sócio demográficas, de envolvimento na gravidez, trabalho de parto e parto, obstétricas e psicológicas) com a variável dependente, o *bonding*, é apresentado o seguinte esquema conceptual da investigação:

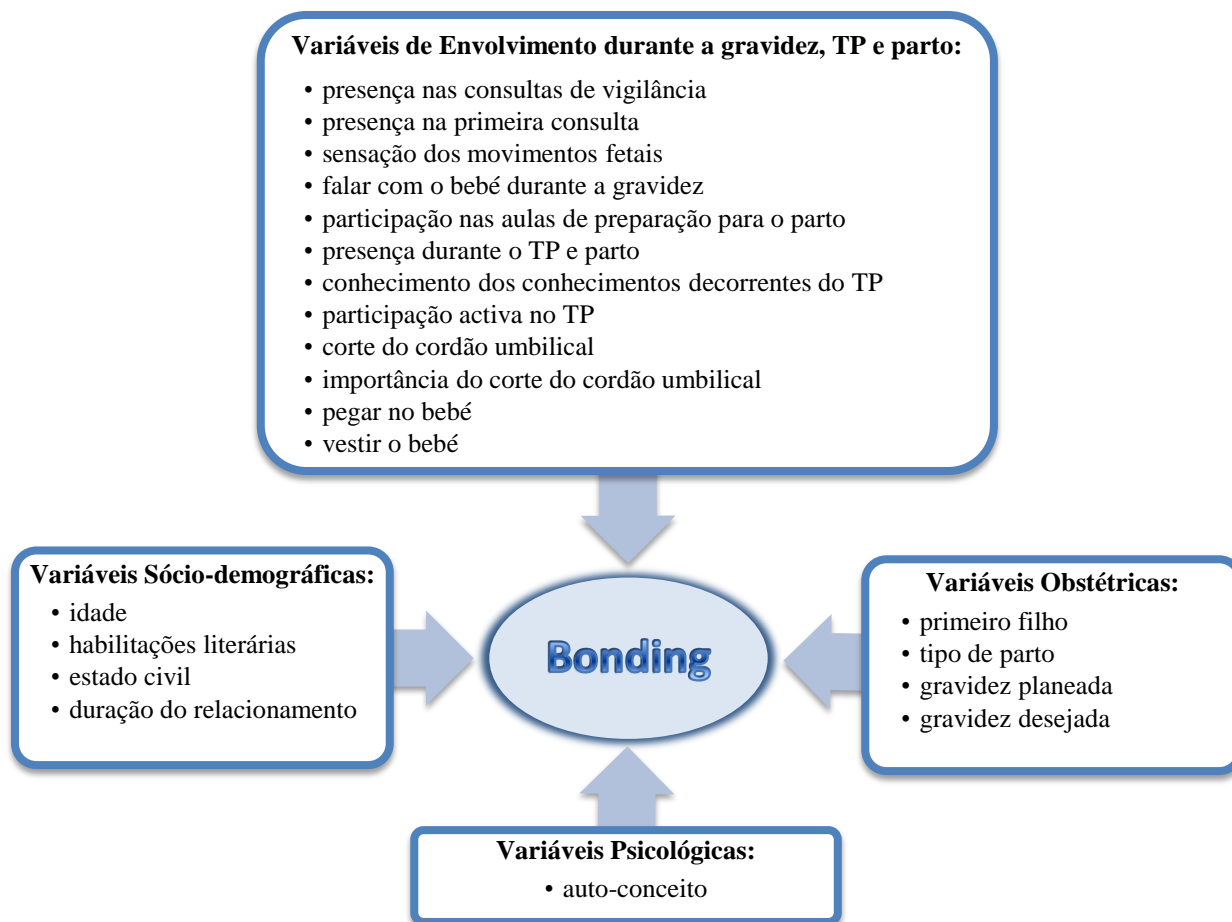


Figura 3 – Esquema conceptual da investigação

Apesar de não ser objectivo, quisemos enriquecer este estudo, analisando também as relações entre o auto-conceito e as variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias estado civil e duração da relação), obstétricas (ser o primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada, gravidez desejada) e do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância, sensação dos movimentos fetais, falar com o bebé durante a gravidez, presença durante o trabalho de parto e durante o parto).

4.2. PARTICIPANTES

Para a consecução deste estudo, foram inquiridos um total de 420 pais, que após consentimento informado e de forma voluntária, acederam ao preenchimento do questionário

utilizado para a recolha de dados. Utilizámos uma amostra do tipo não probabilística de conveniência, uma vez que esta foi constituída pelos pais que se encontravam presentes no local definido para a recolha de dados.

A amostra final do estudo é constituída por 349 progenitores masculinos, pois dos 420 inicialmente recolhidos, foram excluídos um total de 71 questionários por não se encontrarem devidamente preenchidos. Os locais definidos para a recolha de dados foram os serviços de Obstetrícia do Hospital Infante D. Pedro - EPE, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E; e Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

Por forma a obter uma maior homogeneidade da amostra, foram tidos como critérios de inclusão para a participação no estudo os pais sem problemas que afectassem a capacidade cognitiva ou a expressão oral, e que falassem e compreendessem a língua portuguesa. Optamos ainda por aplicar o estudo somente a pais com idade superior ou igual a 19 anos, cujos bebés não se encontrassem internados em nenhuma unidade de neonatologia, nem fossem portadores de malformações aparentes. Definimos ainda como critério de inclusão os pais que mantivessem relações afectivas com a mãe do bebé, ainda que não coabitassem no mesmo agregado familiar.

Como critérios de exclusão para poderem participar no estudo, foram delineados os seguintes: pais adolescentes (com idade inferior a 18 anos), pais em processo de litígio, pais com recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e pais de recém-nascidos com malformações visíveis.

4.2.1. Caracterização sócio-espacial da amostra

Como referido anteriormente, a população alvo estudada foram os pais presentes nos serviços de Puerpério do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.; Centro Hospitalar Tondela - Viseu; e Unidade Local de Saúde da Guarda. Segue-se uma breve contextualização dos serviços referidos, bem como da população que representam.

Há mais de 30 anos que o Hospital Infante D. Pedro, EPE, existe como Hospital Distrital, abrangendo a população dos 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 Salreu (Estarreja) e Águeda e ainda com os Hospitais da Universidade de Coimbra. O serviço de Obstetrícia é composto pelo

internamento de Obstetrícia 1 (destinado a puérperas e respectivos recém-nascidos), Obstetrícia 2 e Ginecologia, Sala de Partos e Urgência Obstétrica/ Ginecológica.

O Hospital de São Teotónio, em Viseu, actualmente intitulado Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, inaugurou as novas instalações a 14 de Julho de 1997. O seu raio 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 sectores, designadamente, 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.

A Unidade Local de Saúde da Guarda, antigo Hospital Sousa Martins, tem como área de abrangência o distrito 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. Deste hospital faz parte o serviço de Obstetrícia que é composto pelo serviço de Patologia da Gravidez, Bloco de Partos, Urgência Obstétrica e Puerpério.

4.2.2. Caracterização sócio-demográfica da amostra

A caracterização sócio demográfica reflecte os dados obtidos através do questionário utilizado. Dele fazem parte aspectos como a idade, etnia, habilitações literárias, estado civil, e duração em anos do actual relacionamento. Esperamos que o retrato obtido da amostra utilizada, reflecta a abrangência social e demográfica da população estudada.

Idade

Reportando-nos à idade da amostra, verificamos que esta tem uma idade mínima de 19 anos, sendo o máximo de 55 anos. A média centra-se nos 31, 84 anos, com um desvio de padrão a oscilar em torno da média de 6,067 anos. Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos aludir que se está perante uma distribuição da idade simétrica e mesocúrtica (tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
<i>Idade</i>	17	55	31,84	0,33	1,04	0,321	0,245

Etnia

Relativamente à etnia da amostra estudada, verificamos uma percentagem de 96,6% de sujeitos pertencentes à etnia branca, seguida da etnia negra (1,7%). A etnia cigana aparece também com uma percentagem de 1,4%, muito próxima à etnia anteriormente mencionada, havendo ainda uma percentagem de 0,5% que se categoriza noutra etnia não especificada (tabela 2).

Correlacionando a idade com a etnia, verificamos que os sujeitos com idade superior ou igual a 31 apresentam percentagens maiores na etnia branca (93,6%), enquanto a etnia negra (4,3%) e cigana (2,1%) se encontra mais presente nos sujeitos com idade inferior ou igual a 30 anos.

Habilitações Literárias

No que concerne às habilitações literárias, optámos pelo agrupamento destas em três grupos distintos: os pais com estudos até ao 3º ciclo; os que possuem o ensino secundário; e aqueles que possuem habilitações do ensino superior (tabela 2).

Verificamos que os dados mais significativos centram-se nos sujeitos que têm habilitações até ao 3º Ciclo (37,4%) e nos que têm o Ensino Secundário (37,1%). Com menor percentagem aparecem-nos os sujeitos com Ensino Superior (25,6%).

Relativamente à idade relacionada com as habilitações literárias, podemos referir que a maioria dos sujeitos com idade inferior ou igual a 30 possui habilitações até ao 3º Ciclo (43,3%) e Ensino Secundário (44,0%) enquanto os sujeitos que possuem Ensino Superior (34,3%) são na sua maioria sujeitos com idade superior ou igual a 31 anos.

Estado Civil

Analisando a tabela 2, no que concerne ao estado civil dos pais, constatamos que a maioria dos sujeitos é casada, 66,9%, seguida da percentagem de sujeitos solteiros, 19,3% e com uma percentagem inferior (13,8%), os sujeitos em união de facto.

Correlacionado a idade com o estado civil, podemos 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 apresentam percentagens maiores no grupo com idade inferior ou igual a 30 anos, respectivamente 31,2% e 14,9%.

Duração da Relação Actual

Relativamente ao tempo de duração do relacionamento do casal, optamos também aqui, por reagrupar os dados obtidos em três grupos: os relacionamentos até aos 3 anos; os que se encontram entre os 4 e os 7 anos; e aqueles com um relacionamento superior ou igual a 8 anos. Podemos descrever, através da tabela 2, que a maioria dos sujeitos da amostra se encontra num relacionamento com uma duração entre os 4 e os 7 anos (35,8%), encontrando-se de seguida, os que têm uma relação com 8 anos ou mais (35,0%) e por fim os que possuem um relacionamento com uma duração entre 0 e os 3 anos (29,2%).

Analisando o tempo de relacionamento com a idade, verificamos que a maioria dos sujeitos com um relacionamento igual ou superior a 8 anos, possuem uma idade superior ou igual a 31 anos (49,5%), sendo que os sujeitos com um relacionamento entre os 0 e os 3 anos e os sujeitos com um relacionamento entre os 4 e os 7 anos apresentam percentagem mais significativa nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30, respectivamente 50,4% e 36,2%.

Tabela 2 – Dados sócio-demográficos da amostra

Variáveis	Idade	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		Total		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
		(141)	(40,4)	(208)	(59,6)	(349)	(100,0)		
Etnia									
	Branco	132	93,6%	204	98,6%	336	96,6%	10,489	0,015
	Cigano	3	2,1%	2	1,0%	5	1,4%		
	Negro	6	4,3%	0	0%	6	1,7%		
	Outra	0	0%	1	0,5%	1	0,3%		
Habilitações Literárias									
	Até ao 3º ciclo	61	43,3%	69	33,3%	130	37,4%	20,467	0,000
	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	19,2%	21,991	0,000
	Casado/União de facto	97	68,8%	185	88,9%	282	80,8%		
Duração da Relação Actual									
	0 - 3 anos	71	50,4%	31	14,9%	102	29,2%	67,375	0,000
	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%		

4.3. INSTRUMENTOS

Neste trabalho foi utilizado um protocolo a ser respondido individualmente pelo pai, sendo constituído por duas partes. A primeira parte é composta por um questionário (Apêndice I), onde se pretende obter dados que permitam a caracterização sócio-demográfica, do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto, e ainda a caracterização da história obstétrica. A segunda parte resulta de um conjunto de duas escalas, devidamente validadas pelos seus autores e que permitem o estudo das variáveis auto-conceito e *bonding*, respectivamente, Inventário Clínico do Auto-conceito (ICAC) (Anexo I) e Escala *Bonding* (Anexo II).

I PARTE: Questionário sócio-demográfico, de caracterização da história obstétrica e do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto

O questionário, elaborado para o efeito, é constituído por três partes, designadamente, caracterização sócio-demográfica; caracterização obstétrica; e caracterização do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto. Na primeira parte, estão incluídas cinco perguntas relativas à idade, etnia, habilitações literárias, estado civil e duração de relacionamento com a parturiente. Para a caracterização obstétrica do casal, questiona-se o número de filhos, história de aborto, gravidez planeada e desejada, complicações da gravidez, tipo de parto e horas passadas na sala de partos. A última parte, constituída por um total de quinze questões, pretende caracterizar o envolvimento do pai ao longo da gravidez, trabalho de parto e parto.

II PARTE: Inventário Clínico do Auto-Conceito e Escala *Bonding*

Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC; VAZ SERRA, 1986b).

O ICAC pretende medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito. É constituído por 20 questões, numa escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: “Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo muito” e “Concordo muitíssimo”, de forma a quanto mais alto a classificação obtida, melhor é o auto-conceito do indivíduo. Este instrumento é constituído por 6 factores: factor 1 – aceitação/rejeição social; factor 2 – auto-eficácia; factor 3 – maturidade psicológica; factor 4 – impulsividade-actividade. Os últimos dois factores não têm qualquer designação especial.

O coeficiente de Spearman-Brown obtido no estudo original foi de 0,79, indicador de boa consistência interna e o coeficiente de correlação teste-reteste foi de 0,84, o que revela boa estabilidade temporal.

Neste estudo, os valores de consistência interna obtidos, calculados através do coeficiente de *alfa* de Cronbach para cada um dos itens deste instrumento estão

apresentados na tabela 3. O *alfa* de Cronbach obtido para a escala total foi de 0,81. Para os factores foram obtidos os seguintes *alfas* de Cronbach: 0,72 para o factor aceitação/rejeição social; 0,37 para o factor auto-eficácia; 0,51 para o factor maturidade psicológica e 0,52 para o de impulsividade-atividade.

A consistência interna da escala total obtida neste estudo, comparativamente com a do estudo português de VAZ SERRA (1986b) é semelhante, uma vez que ambos os estudos obtiveram boa consistência interna.

Em relação aos *alfas* de Cronbach obtidos se o item for retirado da sub-escala, constatamos que quatro deles (“no contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador”, “tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades” e “encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades” “sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo o que lhe apetece”) apresentam valores de *alfa* superiores aos obtidos para a sub-escala a que pertencem. Desses quatro itens, três deles têm valores próximos do *alfa* de cada sub-escala pelo que não tem significância, no entanto, para o item “sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo o que lhe apetece” já reporta um valor *alfa* bastante superior, o que sugere alguma prudência.

Tabela 3 – Consistência interna do Inventário Clínico de Auto-Conceito (estudo dos itens)

Factores	Itens	M	DP	R item- total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
Aceitação/rejeição social	Sei que sou uma pessoa simpática	3,95	0,774	0,508	0,662
	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	3,35	1,044	0,304	0,762
	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	4,03	0,802	0,608	0,621
	A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	4,02	0,779	0,465	0,677
	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	4,07	0,796	0,577	0,634
Auto-eficácia	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	4,37	0,999	0,102	0,382
	Costumo ser rápido na execução das tarefas quando encontro dificuldades	3,43	0,937	0,144	0,352
	De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	4,31	0,741	0,358	0,238
	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	4,03	0,859	0,313	0,247
	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	3,77	1,165	0,238	0,291
	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	3,02	0,888	-0,029	0,450
Maturidade psicológica	Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	4,02	0,908	0,256	0,477
	Considero-me tolerante para com as outras pessoas	3,79	0,906	0,234	0,496
	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	4,21	0,838	0,369	0,379
	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre verdade	4,05	0,926	0,350	0,390
Impulsividade - actividade	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	4,08	0,839	0,428	0,265
	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo o que lhe apetece	3,55	1,061	0,183	0,719
	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	4,39	0,755	0,443	0,273

Escala *Bonding* (Mother-Baby *Bonding* Questionnaire; TAYLOR et al., 2001; validação portuguesa: FIGUEIREDO et al., 2005).

Esta escala avalia a qualidade do envolvimento emocional do pai com o bebé. Na versão portuguesa, a escala é constituída por 12 itens, classificados numa escala tipo Likert de 0 a 3. Cada item pode variar entre “de modo nenhum”, “um pouco”, “bastante” e “muito” e são pontuados no sentido em que, quanto mais presente a emoção em causa, mais elevado é o resultado. Este instrumento divide-se em três sub-escalas: *bonding* positivo (corresponde a três itens: afectuoso, protector e alegre, que parametriza o envolvimento emocional positivo); *bonding* negativo (refere-se a seis itens: zangado, agressivo, triste, ressentido, desgostoso e desiludido, que avaliam o envolvimento emocional negativo); *bonding not clear* (constituída por três itens: receoso, possessivo, neutro ou sem sentimentos, que identificam a presença de emoções não directamente relacionadas com o envolvimento emocional do pai com o bebé). O resultado total da escala (que é obtido pela subtracção do resultado das sub-escalas *bonding* negativo e *bonding not clear* ao resultado da sub-escala *bonding* positivo) é tanto mais elevado quanto melhor o *bonding* do pai.

Os valores de consistência interna ($\alpha=0.45$) obtidos para a escala total na validação portuguesa da escala são razoáveis. Relativamente às sub-escalas, no *bonding* positivo valor do *alfa* de Cronbach foi de 0,70, o que indica boa consistência interna, no *bonding* negativo obtiveram uma consistência interna razoável ($\alpha=0.57$), já para a sub-escala *bonding not clear* os índices de consistência interna foram inadmissíveis ($\alpha=0.24$).

No nosso estudo, apresentamos na tabela 4, a relação entre os itens e a nota total da escala e o *alfa* do item se for retirado. Os valores de consistência interna obtidos pelas sub-escalas *bonding* positivo foi de 0,58, para a de *bonding* negativo foi de 0,55 e 0,31 para a de *bonding not clear*.

Comparando os resultados de consistência interna deste estudo com os obtidos na validação portuguesa da escala (FIGUEIREDO et al. 2005) observamos que todos os *alfas* de Cronbach calculados, exceptuando para o *bonding not clear* foram mais baixos. No entanto, todos os valores de *alfa* são inadmissíveis ($\alpha<0,60$), o que sugere alguma cautela na confiança dos dados.

Analisando os *alfas* de Cronbach obtidos se o item for retirado da sub-escala, verificamos que quatro itens (“desiludido”, “agressivo”, “triste” e “neutro, sem sentimentos”) ao serem retirados, aumentaria ligeiramente a consistência da escala. Contudo, o valor da consistência interna da escala continuaria a ser inadmissível.

Tabela 4 – Consistência interna da Escala *Bonding* (estudo dos itens)

Sub-escalas	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
<i>Bonding</i> Positivo	Afectuoso	2,78	0,473	0,359	0,514
	Protector	2,63	0,628	0,452	0,378
	Alegre	2,84	0,454	0,373	0,499
<i>Bonding</i> Negativo	Desiludido	0,04	0,270	0,290	0,580
	Ressentido	0,07	0,319	0,452	0,418
	Desgostoso	0,08	0,393	0,488	0,387
	Agressivo	0,05	0,264	0,091	0,592
	Zangado	0,03	0,176	0,390	0,489
	Triste	0,02	0,130	0,110	0,566
<i>Bonding</i> not clear	Neutro, sem sentimentos	0,05	0,269	0,044	0,404
	Possessivo	0,62	0,834	0,261	0,002
	Receoso	0,81	0,760	0,238	0,073

4.4. PROCEDIMENTOS

Para a aprovação do estudo e da recolha de dados, foi emitido e enviado um ofício para todos os hospitais selecionados. As Comissões de Ética das respectivas instituições consentiram a realização do estudo e autorizaram a aplicação dos questionários (Apêndice 2).

A recolha de dados foi realizada no período compreendido entre Julho e Outubro de 2011, nos serviços de Puerpério dos seguintes Hospitais: Hospital Infante D. Pedro - Aveiro; Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. A definição destes locais de recolha de dados prende-se com a celeridade de resposta aos pedidos de autorização efectuados.

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela utilização de questionários auto-aplicados, garantindo desta forma, o respeito pelo anonimato e privacidade dos sujeitos. A

amostra foi reunida nas primeiras 48 horas após o parto do seu filho. Os questionários foram entregues após pedido de colaboração voluntária, explicação sobre o interesse do estudo, e garantia da estrita confidencialidade das respostas (Apêndice III). Presumiu-se o consentimento informado do utente para a participação no estudo, pelo preenchimento livre e esclarecido do questionário.

O protocolo de colheita de dados foi constituído por escalas já estudadas em Portugal. Deste modo, foi realizado e enviado um pedido formal aos autores das escalas, que obteve um parecer favorável para a utilização das mesmas (Apêndice IV).

4.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* – SPSS versão 19.0, com que se efectuou os cálculos necessários para estatísticas descritivas e inferenciais. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva, as medidas estatísticas utilizadas para a descrição dos dados foram:

- Frequências: Absolutas (n); Percentuais (%).
- Medidas de tendência central: Média (x).
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (DP).
- Medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (K – Kurtosis). Segundo PESTANA e GAGEIRO (2005) para $p = 0,005$ uma distribuição é:

Simétrica – quando “ $| \text{skewness} / \text{std}_{\text{error}} | < 1,96$ e $> -1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.

Assimétrica – quando “ $| \text{Skewness} / \text{std}_{\text{error}} | > 1,96$ ou $< -1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do valor máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

Mesocúrtica quando $| \text{Kurtosis} / \text{std}_{\text{error}} | < 1,96$;

Platicúrtica quando $| \text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}} | < -1,96$;

Leptocúrtica quando $| \text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}} | > 1,96$.

- Matrizes de correlação de Pearson: avaliam o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maiores serão a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, considerámos os propostos por PESTANA e GAGEIRO (2005) que são os seguintes:

$R < 0.2$ – associação linear muito baixa;

$0.2 < R < 0.39$ – associação linear baixa;

$0.4 < R < 0.69$ – associação linear moderada;

$0.7 < R < 0.89$ – associação linear alta;

$0.9 < R < 1$ – associação linear muito alta.

Procedemos à estatística inferencial para estudar resultados que não são passíveis de inferir apenas pela observação dos dados. Para esse efeito, foram utilizados os seguintes testes (paramétricos e não paramétricos):

- O Teste t ou Teste U de Mann-Whitney (U de M-W) para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias ou de O.M. de dois grupos diferentes de sujeitos.
- Análise de variância a um factor (One-Way ANOVA) ou Teste de Kruskal-Wallis: para comparação de médias entre uma variável independente com três ou mais níveis com uma variável dependente contínua.
- Regressões múltiplas: para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente numa variável dependente. O método utilizado de inclusão das variáveis foi o *Stepwise* (passo a passo) que origina os modelos necessários até conseguir determinar as variáveis que predizem a variável dependente.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

- $p > 0.05$ – não significativo
- $p < 0.05$ – significativo
- $p < 0.01$ – bastante significativo
- $p < 0.001$ – altamente significativo

5. RESULTADOS

Pretendemos com este capítulo apresentar os resultados obtidos em função de toda a informação colhida. Recorreremos sempre que se justifique, ao uso de tabelas com os respectivos dados estatísticos obtidos, os quais serão precedidos da respectiva análise. Por forma a sistematizar os conteúdos, optou-se por organizar este capítulo em duas partes fundamentais: a primeira consiste na análise descritiva dos dados, sendo que na segunda apresentaremos a análise inferencial dos resultados.

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Apresentaremos em seguida os dados que permitem a caracterização da amostra estudada, numa perspectiva que engloba as variáveis obstétricas e de envolvimento na gravidez, trabalho de parto e parto. Todas as análises realizadas são apresentadas tendo em conta dois patamares de idade: pais com idade inferior ou igual a 30 anos e pais com idade superior ou igual a 31 anos. Esta idade foi a selecionada devido ao facto de a média de idades da amostra deste estudo ser de 31,84 anos.

Ainda neste sub-capítulo descrevemos a relação entre as variáveis sócio-demográficas, obstétricas e do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto com o auto conceito paterno.

5.1.1. Caracterização da história obstétrica

Relativamente à caracterização da história obstétrica, obtiveram-se dados respeitantes ao facto de este ser o primeiro filho, ao número de filhos existentes, nos casos em que não se trata de um primeiro filho, história de abortos, a gravidez ser planeada, e/ ou desejada, bem como a existência de complicações na gravidez, e o tipo de parto ocorrido.

Primeiro Filho

Na maioria dos casos (63,2%) este é o primeiro filho, enquanto para 36,8% isso já não se verifica (tabela 5). Relacionando o primeiro filho com os patamares de idade verificamos que para a maioria dos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 estão a ser pais pela primeira vez (85,8%) e uma percentagem significativa de indivíduos com idade superior ou igual a 30 já têm filhos (52,2%). Estas diferenças mostraram-se significativas ($p < 0,050$).

Número de Filhos

Verificamos que 39,2% dos participantes tem apenas um filho, 51,5%, ou seja, mais de metade dos participantes possui dois filhos e uma pequena percentagem (9,2%) tem 3 ou mais filhos (tabela 5). Sendo que no que toca à idade os indivíduos com idade inferior ou igual a 30 possuem, na sua maioria dois filhos (70,0%), assim como os indivíduos com idade superior ou igual a 30 com uma percentagem de 48,2%. Não existiu significância estatística nestas diferenças, uma vez que o valor de p foi superior a 0,050.

Abortamento

A maioria das companheiras dos participantes não tem história de nenhum aborto (83,5%), enquanto que 16,5% das esposas possuem antecedentes de aborto (tabela 5). Verificamos que as percentagens de abortamento são semelhantes nas duas categorias de idades apresentadas. Como o valor de p foi superior a 0,050, as diferenças não se mostraram significativas.

Gravidez planeada

Verificamos que 76,8% das gravidezes foram planeadas e apenas 35,8% não foram (tabela 5). No que concerne à gravidez planeada em relação aos patamares de idade, encontram-se valores semelhantes para pais com idades inferiores e superiores a 30. Estas diferenças foram significativas, pelo que o valor de p foi inferior a 0,050.

Gravidez desejada

Observamos que 96,6% dos sujeitos refere que a gravidez actual foi desejada, enquanto uma pequena percentagem de 3,4% dos sujeitos menciona uma gravidez indesejada (tabela 5). Não houve significância estatística, uma vez que o valor de p foi superior a 0,050.

Complicações na gravidez

Constatamos que 82,9% das companheiras dos participantes apresentaram alguma complicação, enquanto 17,2% das companheiras não apresentaram qualquer tipo de complicação na gravidez (tabela 5). Relativo aos patamares de idade, as companheiras dos pais com idade inferior ou igual a 30 anos apresentaram mais complicações na gravidez (87,9%) comparativamente com as companheiras dos pais com idade igual ou superior a 31 anos. Estas diferenças revelaram-se significativas, pois o valor de p foi inferior a 0,050.

Complicações na gravidez, quais:

Observamos maiores percentagens na diabetes (38,3%), na perda de sangue com uma percentagem de 16,7% e na hipertensão com uma percentagem de 15,0% (tabela 5). Quanto aos patamares de idade verificamos que na diabetes e na perda de sangue a maioria dos sujeitos possui uma idade igual ou inferior a 30 anos (41,2%; 17,6%), na hipertensão a maioria dos sujeitos tem uma idade igual ou superior a 31 anos (20,9%). Porém, o valor de p foi superior a 0,050, o que indica que não houve significância estatística.

Tipo de parto

Verificamos que 46,1% dos partos foram normais e 53,9% foram partos distócicos (tabela 5). Os partos distócicos foram mais frequentes nas companheiras dos indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos (54,8%). Não existiu significância estatística visto que o valor de p foi superior a 0,050.

Nº de horas na sala de partos

Observamos que 46,5% dos partos decorreu em menos de 6 horas, que 35,7% dos partos demorou entre 6 e 12 horas, e que com menor percentagem (17,6%) estão os partos com mais de 12 horas (tabela 5). O valor de p obtido foi superior a 0,050, logo, as diferenças não foram significativas.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas em função da idade

Variáveis	Idade		Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		Total		χ^2	P
	N (141)	% (40,4)	N (208)	% (59,6)	N (349)	% (100,0)				
1º Filho										
Sim	121	85,8	99	47,8	220	63,2	52,055	0,000		
Não	20	14,2	108	52,2	128	36,8				
Número de Filhos							3,242	0,198		
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							0,705	0,401		
Sim	33	14,3	36	17,8	54	16,5				
Não	108	85,7	166	82,2	274	83,5				
Gravidez planeada							5,744	0,017		
Sim	99	70,2	169	81,3	268	76,8				
Não	51	36,2	74	35,6	125	35,8				
Gravidez desejada							0,476	0,490		
Sim	135	95,7	202	97,1	337	96,6				
Não	6	4,3	6	4,3	12	3,4				
Complicações na gravidez							4,382	0,036		
Sim	124	87,9	165	79,3	289	82,8				
Não	17	12,1	43	20,7	60	17,2				
<i>Complicações na gravidez, quais:</i>							13,857	0,180		
Hipertensão	-	0,0	9	20,9	9	15,0				
Diabetes	7	41,2	16	37,2	23	38,3				
Citomegalovirus e diabetes gestacional	1	5,9	0	0,0	1	1,7				
No decorrer do parto	-	0,0	2	4,7	2	3,3				
Perda de sangue	3	17,6	7	16,3	10	16,7				
Deslocamento da placenta	3	17,6	2	4,7	5	8,3				
Gravidez de risco	3	17,6	2	4,7	5	8,3				
Mioma	-	0,0	1	2,3	1	1,7				
Tromboflebitis na mãe	-	0,0	1	2,3	1	1,7				
Toxoplasmose	-	0,0	1	2,3	1	1,7				
Anemia	-	0,0	2	4,7	2	3,3				
Tipo de parto							0,183	0,669		
Normal	67	47,5	94	45,2	161	46,1				
Distócico	74	52,5	114	54,8	188	53,9				
Nº de horas na sala de parto							3,295	0,192		
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	28	20,3	33	16,2	61	17,6				

5.1.2. Caracterização do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto

Presença em consultas de vigilância pré-natal

Após observação da tabela 6, 80,8% dos participantes esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal enquanto que 19,2% não esteve. A maior percentagem de sujeitos que esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal tinham idade superior ou igual a 31 anos (81,3%) e dos que não tiveram presentes verificamos maior percentagem (19,9%), nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Estas diferenças não se mostraram significativas ($p < 0,050$).

Presença na 1ª ecografia

Relativamente à presença na primeira ecografia, 80,8% dos participantes esteve presente na primeira ecografia e 19,2% não esteve (tabela 6). A maior percentagem (82,3%) de pais presentes proveio dos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos e a maior percentagem (20,2%) dos que não estiveram presentes resultou dos indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos. Tendo o valor de p sido superior a 0,050 não existiu significância estatística nestas diferenças.

Sensação dos movimentos fetais

No que concerne à sensação dos movimentos fetais pelos sujeitos da amostra verificámos que estes o fizeram numa percentagem de 96,3% e apenas 3,7% não o fez (tabela 6). Perante o valor de $p=0,885$, podemos referir que não existiram diferenças estatisticamente significativas.

Falar com o bebé

A maioria dos sujeitos da amostra falou com o bebé durante a gravidez (83,4%) e 16,6% não fez (tabela 6). Em relação com a idade verificámos uma maior percentagem de sujeitos que falaram com o bebé durante a gravidez com idade inferior ou igual a 30 anos

(86,5%). O valor de p obtido foi superior a 0.050, logo, estas diferenças não são significativas.

Presença nas aulas de preparação para o parto

Verificamos que 77,4% dos sujeitos não participou nas aulas de preparação para o parto, enquanto 22,6% participaram (tabela 6). Dos indivíduos que não participaram nas aulas de parto a maior percentagem (77,9%) tinham idade superior ou igual a 31 anos. A maior percentagem (23,4%) de pais que participaram nessas aulas proveio dos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Como $p=0,778$, estas diferenças não têm significância estatística.

Nº de aulas de parto

Em relação ao número de aulas de preparação do parto, 29,1% dos pais esteve presente em menos de duas sessões, 36,7% esteve presente entre três a seis sessões e 34,2% presenciou sete ou mais sessões (tabela 6). Dos indivíduos que estiveram presentes em pelo menos duas sessões e os que tiveram presentes em 7 ou mais sessões, a maior percentagem (32,6% e 41,3%, respectivamente) verificou-se nos que tinham idade superior ou igual a 31 anos. Os participantes com idade inferior ou igual a 30 anos foram aqueles que maior percentagem (51,5%) tiveram, na presença de três a seis sessões. O valor de $p=0,064$, logo, estas diferenças não se revelaram significativas.

Presença no trabalho de parto

Atendendo à presença do pai no trabalho de parto, 78,2% destes presenciaram e apenas 21,8% não estiveram presentes no trabalho de parto. A maior percentagem (84,4%) de indivíduos que estiveram presentes no trabalho de parto observou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não tiveram presentes a maior percentagem foi de 26,0% sendo a sua idade superior ou igual a 31 anos. Existiu significância estatística nestas diferenças ($p=0,021$).

Conhecimento do trabalho de parto

No que se refere ao conhecimento do trabalho de parto, 73,1% dos indivíduos teve conhecimento do mesmo e 26,9% já não (tabela 6). A maior percentagem (75,2%) de pais que tiveram conhecimento do trabalho de parto foi observada nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não tiveram conhecimento a maior percentagem foi de 28,4% sendo a sua idade superior ou igual a 31 anos. Estas diferenças não foram significativas ($p=0,464$).

Participação activa no trabalho de parto

Dos sujeitos da amostra, 59,6% referiram ter tido uma participação activa no trabalho de parto, enquanto 40,4% referiram não a ter tido (tabela 6). A participação destes foi feita da seguinte forma (com as respectivas percentagens): “Apoio psicológico” (33,3%), “Assistência à mãe” (64,9%), “Ajuda no controlo da respiração” (1,1%) e “Mantendo a companhia hidratada” (0,6%). Existiu significância estatística nestes resultados, visto que o valor de p foi inferior a 0,050.

Esclarecidas dúvidas durante o trabalho de parto

Referente às dúvidas dos pais, verificamos que em 91,7% dos casos, as suas dúvidas durante o trabalho de parto foram esclarecidas e em apenas 8,3% estas não o foram (tabela 6). A maior percentagem (94,0%) de indivíduos que viram as suas dúvidas esclarecidas observou-se nos que tinham idade inferior ou igual a 30 anos. As diferenças não foram significativas ($p=0,239$).

Presença durante o parto

Alusivo à presença dos pais durante o trabalho de parto, 61,3% estiveram presentes e 38,7% não estiveram (tabela 6). Dos indivíduos que estiveram presentes durante o parto verificamos que a maior percentagem (72,3%) pertence aos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não estiveram presentes têm na sua maioria idade superior ou igual a 31 anos com uma percentagem de 46,2%. O valor de p foi de 0,000, o que indica significância estatística.

Corte do cordão umbilical

A percentagem de pais que cortaram o cordão umbilical do bebé foi apenas de 5,1% enquanto a percentagem dos que não cortaram foi de 94,9% (tabela 6). Dos que não cortaram o cordão umbilical a maior percentagem (98,0%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Estes resultados são significativos, visto que $p=0.044$.

Da amostra em estudo, a maioria dos pais (52,2%) considerou que não era importante o corte o cordão umbilical para o estabelecimento da ligação com o bebé, em oposição a uma percentagem de 47,8% que achou o contrário (tabela 6). Dos que deram importância ao corte do cordão umbilical a maior percentagem (50,5%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não deram importância estes eram na sua maioria indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos com uma percentagem de 54,5%. Estas diferenças na se mostraram significativas ($p=0,466$)

Dos pais que não cortaram o cordão umbilical 59,6% referiram que gostariam de o ter feito, enquanto 40,4% disseram que não (tabela 6). Dos que dos que não cortaram o cordão umbilical e gostariam de o ter feito, a maior percentagem (68,0%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. O valor $p=0,016$ mostra a existência de significância estatística.

Cuidados com o recém-nascido

Relativamente ao pai ter pegado no bebé ao colo, verificamos que 86,9% dos participantes o fizeram e 13,1% não (tabela 6). A maior percentagem (90,2%) dos indivíduos que pegaram no bebé ao colo possuem uma idade superior ou igual a 31 anos, enquanto a maior percentagem (16,7%) dos indivíduos que não pegaram no bebé ao colo possuem uma idade inferior ou igual a 30. Estas diferenças não têm significância estatística ($p=0,138$).

A maioria dos participantes não vestiu o bebé (82,2%) e apenas 17,8% dos sujeitos o fez (tabela 6). Relativamente à idade observamos uma maior percentagem (21,4%) de indivíduos que vestiram o bebé, nos pais com idade superior ou igual a 31 anos e os que não vestiram o bebé a maior percentagem (86,3%) observa-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Como $p=0,141$, estas diferenças não se mostraram significativas.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as variáveis de envolvimento do pai em função da idade

Idade	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		Total		χ^2	p
	N (141)	% (40,4)	N (208)	% (59,6)	N (349)	% (100,0)		
Presença em consultas de vigilância								
Sim	113	80,1	169	81,3	282	80,8	0,631	0,253
Não	28	19,9	39	18,8	67	19,2		
Presença na 1ª ecografia								
Sim	116	82,3	166	79,8	282	80,8	0,328	0,567
Não	25	17,7	42	20,2	67	19,2		
Sensação movimentos fetais								
Sim	136	96,5	200	96,2	336	96,3	0,021	0,885
Não	5	3,5	8	3,8	13	3,7		
Falar com o bebé durante a gravidez								
Sim	122	86,5	169	81,3	291	83,4	1,687	0,194
Não	19	13,5	39	18,8	58	16,6		
Aulas de preparação para o parto								
Sim	33	23,4	46	22,1	79	22,6	0,080	0,778
Não	108	76,6	162	77,9	270	77,4		
Nº de aulas de preparação para o parto								
Menos de 2 sessões	8	24,2	15	32,6	23	29,1	5,483	0,064
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	5,293	0,021
Não	22	15,6	54	26,0	76	21,8		
Conhecimento do trabalho de parto								
Sim	106	75,2	149	71,6	255	73,1	0,536	0,464
Não	35	24,8	59	28,4	94	26,9		
Participação activa no trabalho de parto								
Sim	95	67,4	113	54,3	208	59,6	5,943	0,015
Não	46	32,6	95	45,7	141	40,4		
<i>De que forma</i>								
Apoio psicológico	30	40,0	28	28,3	58	33,3	4,292	0,232
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 TP								
Sim	109	94,0	144	90,0	253	91,7	1,384	0,239
Não	7	6,0	16	10,0	23	8,3		
Presença durante o parto								
Sim	102	72,3	112	53,8	214	61,3	12,118	0,000
Não	39	27,7	96	46,2	135	38,7		
Corte do cordão umbilical								
Sim	2	2,0	9	8,0	11	5,1	4,040	0,044
Não	100	98,0	103	92,0	203	94,9		
Importância do pai cortar o cordão umbilical								
Sim	50	50,5	50	45,5	100	47,8	0,533	0,466
Não	49	49,5	60	54,5	109	52,2		
Gostaria de cortar o cordão umbilical								
Sim	68	68,0	53	51,5	121	59,6	5,768	0,016
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	2,200	0,138
Não	17	16,7	11	9,8	28	13,1		
Vestir o bebé								
Sim	14	13,7	24	21,4	38	17,8	2,169	0,141
Não	88	86,3	88	78,6	176	82,2		

5.1.3. Caracterização do auto-conceito paterno

Este sub-capítulo contempla os resultados referentes ao auto-conceito do pai (obtidos pelo Inventário Clínico do Auto-Conceito, mais especificamente, pelos factores aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-actividade), relacionado com as variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação), variáveis obstétricas (primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada e gravidez desejada) e variáveis do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, sensação dos movimentos fetais, falar com o bebé durante a gravidez, presença durante o trabalho de parto, presença durante o parto).

Relação entre a idade e o auto-conceito paterno

Para comparar os resultados do auto-conceito dos pais com a idade, utilizámos o teste t (tabela 7). Verificamos valores mais elevados nas sub-escalas e na nota total do auto-conceito nos indivíduos com idade igual ou inferior a 30 anos. Porém, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das sub-escalas.

Tabela 7 – Teste t entre a idade e o auto-conceito paterno

Idade	Inferior ou igual a 30 anos		Superior ou igual a 31 anos		t	P
	Média	DP	Média	DP		
Aceitação/Rejeição Social	19,59	2,92	19,32	2,89	0,823	0,411
Auto-eficácia	23,08	2,85	22,83	2,73	0,807	0,420
Maturidade Psicológica	16,07	2,32	16,06	2,25	0,029	0,977
Impulsividade-Actividade	12,16	1,77	11,91	2,00	1,198	0,232
Auto-conceito Total	79,18	8,22	78,61	8,53	0,605	0,545

Relação entre as habilitações literárias e o auto-conceito paterno

Para analisar a influência das habilitações literárias no auto-conceito, efectuámos o teste One-Way ANOVA. Analisando a tabela 8, verificamos que os sujeitos que possuem o ensino superior têm níveis mais elevados de auto-conceito em todas as sub-escalas. Contudo, estas diferenças nas sub-escalas não são estatisticamente significativas.

Tabela 8 – Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o auto-conceito paterno

Sub-escalas	Habilitações Literárias	N	Média	DP	F	p	R ² (%)
Aceitação/ Rejeição Social	Até ao 3º Ciclo	129	19,64	3,05	1,593	0,205	0,920
	Ensino Secundário	129	19,07	3,07			
	Ensino Superior	88	19,65	2,37			
Auto-eficácia	Até ao 3º Ciclo	128	22,74	3,08	1,849	0,159	1,070
	Ensino Secundário	128	22,76	2,85			
	Ensino Superior	89	23,40	2,07			
Maturidade Psicológica	Até ao 3º Ciclo	127	16,07	2,33	0,256	0,774	0,150
	Ensino Secundário	128	15,98	2,42			
	Ensino Superior	89	16,20	1,98			
Impulsividade- Actividade	Até ao 3º Ciclo	127	11,95	2,24	0,925	0,397	0,540
	Ensino Secundário	128	11,91	1,84			
	Ensino Superior	89	12,25	1,47			
Auto-conceito Total	Até ao 3º Ciclo	120	78,63	9,35	1,648	0,194	0,986
	Ensino Secundário	126	78,09	8,72			
	Ensino Superior	88	80,17	6,26			

Relação entre o estado civil e o auto-conceito paterno

Para se compreender a influência do estado civil no auto-conceito utilizámos o teste Kruskal-Wallis. Através dos resultados obtidos (tabela 9), pode ser referido que os homens que vivem em união de facto apresentam maiores níveis de auto-conceito em todas as sub-escalas em questão. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das sub-escalas, ou seja, o estado civil não interfere nas distintas sub-escalas do auto-conceito.

Tabela 9 – Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o auto-conceito paterno

Estado Civil	Solteiro	Casado	União de Facto	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	179,25	166,78	194,07	3,339	0,188
Auto-eficácia	165,89	169,39	196,41	3,332	0,189
Maturidade Psicológica	157,56	172,45	189,69	2,989	0,224
Impulsividade-Actividade	171,44	166,28	200,06	4,742	0,093
Auto-conceito Total	162,84	162,75	192,14	3,830	0,147

Relação entre a duração da relação actual e o auto-conceito paterno

O teste One-Way ANOVA foi realizado para compreender a influência entre a duração da relação e o auto-conceito, Analisando a tabela 10, verificamos que os sujeitos que possuem uma relação entre os 0 e os 3 anos obtiveram níveis mais elevados na sub-escala aceitação/rejeição social; sujeitos que se encontram numa relação entre 4 a 7 anos tiveram níveis mais elevados de auto-conceito na sub-escala impulsividade-actividade; por último, os homens que estão numa relação há mais de 8 anos possuem níveis mais elevados nas sub-escalas auto-eficácia, maturidade psicológica e no auto-conceito total. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas do auto-conceito e na nota total.

Tabela 10 – Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação actual e o auto-conceito paterno

Duração da relação	Entre 0 a 3 anos		Entre 4 a 7 anos		8 ou mais anos		F	P	R ² (%)
	actual	M	DP	M	DP	M			
Aceitação/Rejeição Social	19,68	3,16	19,14	2,76	19,52	2,81	1,071	0,344	0,619
Auto-eficácia	22,79	3,00	23,06	2,79	22,92	2,58	0,256	0,775	0,149
Maturidade Psicológica	16,10	2,56	15,98	2,24	16,13	2,07	0,159	0,853	0,093
Impulsividade-Actividade	11,98	2,23	12,14	1,82	11,91	7,86	0,455	0,635	0,265
Auto-conceito Total	78,41	9,75	79,02	1,72	79,02	7,76	0,178	0,837	0,107

Relação entre o primeiro filho e o auto-conceito paterno

Para se perceber a influência entre o facto de ser ou não o primeiro filho e o auto-conceito, utilizámos o teste t. Ao analisar a tabela 11, constatamos que os pais que reportam ser este o primeiro filho apresentam valores mais elevados nas sub-escalas aceitação/rejeição social, auto-eficácia, impulsividade-actividade e na nota total do auto-conceito. Por sua vez, nos casos em que este não é o primeiro filho, verificam-se níveis mais elevados na sub-escala maturidade psicológica. Contudo, não se encontraram diferenças significativas para nenhuma sub-escala, o que sugere que o número de filhos do casal não tem impacto no auto-conceito do pai.

Tabela 11 – Teste t entre o primeiro filho e o auto-conceito paterno

Primeiro Filho	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	19,62	2,85	19,07	2,95	1,690	0,092
Auto-eficácia	22,93	2,85	22,92	2,67	0,045	0,964
Maturidade Psicológica	15,97	2,34	16,20	2,16	-0,933	0,352
Impulsividade-Actividade	12,09	1,85	11,86	2,02	1,091	0,277
Auto-conceito Total	78,99	8,55	78,52	8,17	0,504	0,615

Relação entre o tipo de parto e o auto-conceito paterno

Para se compreender a influência entre o tipo de parto e o auto-conceito, utilizámos o teste t. Através da tabela 12, observamos que quando o filho nasceu de parto normal, os pais pontuaram mais na auto-eficácia e na impulsividade-actividade do que os pais com filhos que tiveram um parto distócico. De todas as diferenças, a única que se revelou estatisticamente significativa foi a da sub-escala maturidade psicológica, o que indica que os pais com filhos nascidos de parto distócico tendem a pontuar mais neste factor do auto-conceito.

Tabela 12 – Teste t entre o tipo de parto e o auto-conceito paterno

Tipo de Parto	Normal		Distócico		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	19,39	2,99	19,46	2,82	-0,247	0,805
Auto-eficácia	23,03	2,67	22,84	2,87	0,667	0,505
Maturidade Psicológica	15,77	2,41	16,32	2,13	-2,254	0,025
Impulsividade-Actividade	12,01	1,98	12,00	1,87	0,066	0,947
Auto-conceito Total	78,46	8,42	79,16	8,39	-0,754	0,451

Relação entre a gravidez planeada e o auto-conceito paterno

O Teste U de Mann-Whitney foi realizado para analisar a influência de uma gravidez planeada no auto-conceito (tabela 13). Verificamos pontuações mais elevadas na maturidade psicológica e no auto-conceito total nos pais que planearam ter um filho. Pelo contrário, nos casos em que a gravidez não foi planeada, apresentaram valores mais elevados na aceitação/rejeição social, auto-eficácia e impulsividade-actividade. Contudo, estas diferenças não mostraram ter significância estatística.

Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planejada e o auto-conceito paterno

Gravidez Planeada	Sim	Não	MW	P
	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	170,76	184,64	9911,00	0,273
Auto-eficácia	171,88	178,97	10114,00	0,577
Maturidade Psicológica	177,15	159,49	9597,50	0,159
Impulsividade-Actividade	172,30	175,33	10414,00	0,809
Auto-conceito Total	168,81	165,29	9724,00	0,779

Relação entre a gravidez desejada e o auto-conceito paterno

Para se perceber qual a influência entre a gravidez desejada e o auto-conceito, foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney. Pela análise da tabela 14, constatamos que quando a gravidez não foi desejada, os pais reportam níveis mais elevados de auto-conceito, inclusive para todos os seus factores. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o auto-conceito paterno

Gravidez Desejada	Sim	Não	MW	P
	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	172,80	207,54	1607,50	0,236
Auto-eficácia	172,49	201,54	1667,50	0,320
Maturidade Psicológica	172,13	197,17	1708,00	0,388
Impulsividade-Actividade	172,02	200,17	1672,00	0,330
Auto-conceito Total	166,62	205,17	1492,00	0,175

Relação entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o auto-conceito paterno

De forma a analisar a influência entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o auto-conceito utilizámos o Teste U de Mann-Whitney (tabela 15). Observamos que os pais presentes nas consultas de vigilância pré-natal pontuaram mais no auto-conceito total e em todos os seus factores. Como todas estas diferenças são significativas, constatamos que os pais que acompanham as suas companheiras às consultas de vigilância pré-natal tendem a ter um auto-conceito mais elevado do que os pais que não presenciam essas consultas.

Tabela 15 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o auto-conceito paterno

Presença nas consultas	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	181,58	142,34	7258,50	0,004
Auto-eficácia	179,50	148,53	7673,50	0,022
Maturidade Psicológica	178,28	150,25	7621,50	0,039
Impulsividade-Actividade	179,70	144,68	7338,00	0,009
Auto-conceito Total	175,81	134,94	6556,00	0,002

Relação entre a sensação dos movimentos fetais e o auto-conceito paterno

Para se compreender influência a relação entre os movimentos fetais e o auto-conceito, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney (tabela 16). Constatamos que os pais que sentiram os movimentos fetais possuem níveis mais elevados de auto-conceito nas sub-escalas aceitação/rejeição social; auto-eficácia; maturidade psicológica e auto-conceito total. Contudo, as diferenças não são significativas para o auto-conceito total e para os seus factores.

Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre a sensação dos movimentos fetais e o auto-conceito paterno

Movimentos Fetais	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	175,75	129,15	1588,000	0,098
Auto-eficácia	175,34	126,27	1550,500	0,081
Maturidade Psicológica	175,05	120,65	1477,500	0,051
Impulsividade-Actividade	172,92	175,12	2130,500	0,937
Auto-conceito Total	169,80	123,50	1514,500	0,091

Relação entre falar com o bebé durante a gravidez e o auto-conceito paterno

No que se refere à relação entre falar com o bebé e o auto-conceito, foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney. Analisando a tabela 17, os pais que falaram com o bebé durante a gravidez apresentam pontuações mais elevadas no auto-conceito total e em todos os seus factores. Existem diferenças significativas na sub-escala aceitação/rejeição social, na de impulsividade-actividade e no auto-conceito total, o que sugere que os pais que falam com o bebé tendem a ter um auto-conceito mais elevado nestas dimensões que os pais que não falam com o bebé durante a gravidez.

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre falar com o bebê durante a gravidez e o auto-conceito paterno

Falar com o bebê	Sim	Não	MW	P
	M	M		
Aceitação/Rejeição Social	178,86	149,77	6975,50	0,043
Auto-eficácia	178,18	150,28	7005,00	0,051
Maturidade Psicológica	174,28	166,68	7956,50	0,593
Impulsividade-Actividade	179,95	137,86	6205,00	0,003
Auto-conceito Total	173,78	139,79	6315,00	0,016

Relação entre a presença durante o trabalho de parto e o auto-conceito paterno

Utilizámos o Teste U de Mann-Whitney para analisar a relação entre a presença durante o trabalho de parto e o auto-conceito. Decorrente da observação da tabela 18, constatamos que os níveis de auto-conceito são superiores nas sub-escalas aceitação/rejeição social; auto-eficácia e impulsividade-actividade para os pais que estiveram presentes durante o trabalho de parto. Contudo, não se verificou existência estatística nestas diferenças.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença durante o trabalho de parto e o auto-conceito paterno

Presença durante o trabalho de parto	Sim	Não	t	P
	OM	OM		
Aceitação/Rejeição Social	175,68	167,99	9841,50	0,552
Auto-eficácia	176,54	162,72	9440,50	0,284
Maturidade Psicológica	171,00	180,21	9584,00	0,475
Impulsividade-Actividade	174,11	169,07	9923,50	0,693
Auto-conceito Total	167,94	168,19	9735,50	0,984

Relação entre a presença durante o parto e o auto-conceito paterno

No que se refere à relação entre a presença durante o parto e o auto-conceito, utilizámos o teste t. Pela análise da tabela 19, constatamos que os pais que não presenciaram o parto apresentam níveis de auto-conceito são superiores nas sub-escalas aceitação/rejeição social; maturidade psicológica e auto-conceito total em comparação com aqueles que estiveram presentes. Contudo, as diferenças não foram significativas.

Tabela 19 – Teste t entre a presença durante o parto e o auto-conceito paterno

Presença durante o parto	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
Aceitação/Rejeição Social	19,40	2,79	19,47	3,08	-0,187	0,852
Auto-eficácia	22,98	2,72	22,84	2,87	0,462	0,644
Maturidade Psicológica	15,90	2,23	16,33	2,33	-1,701	0,090
Impulsividade-Actividade	12,05	1,72	11,95	2,19	0,493	0,622
Auto-conceito Total	78,77	7,72	78,96	9,42	-0,206	0,837

5.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados, reportar-nos-emos de seguida aos resultados obtidos para as questões de investigação formuladas, bem como os testes utilizados por forma a dar resposta aos enunciadas. Pretende-se estudar a relação entre as variáveis sócio-demográficas, obstétricas, de envolvimento do pai, e do autoconceito com o *bonding*.

Questão 1 – Qual é a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação) sobre o estabelecimento do *bonding* entre pai e o bebé?

Relação entre a idade e o *bonding* paterno

Para se compreender a influência entre a idade e o *bonding*, utilizou-se o teste t (tabela 20). Ao realizarmos o cruzamento entre a idade e as diversas sub-escalas do *bonding*, constatamos 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. Para o *bonding* negativo as médias são mais elevadas nos participantes com 31 ou mais anos. Verificamos que as diferenças são significativas apenas para o *bonding* positivo, o que indica que os pais com idades inferiores ou iguais a 30 anos têm mais *bonding* positivo do que os indivíduos com idades superiores ou iguais a 31 anos.

Tabela 20 – Teste t entre a idade e o *bonding* paterno

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* paterno

Realizamos o teste One-Way ANOVA entre grupos para explorar o impacto das habilitações literárias do pai no *bonding* (tabela 21). No que se refere aos valores médios, observamos que para o *bonding* negativo, *bonding* positivo e *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.

Obtivemos significância estatística apenas no *bonding* positivo para os três grupos das habilitações literárias. Para analisar os grupos onde existem essas diferenças, procedemos à realização de testes post-hoc (tabela 22). Desta forma, o teste Tukey indicou que a média do grupo “até ao 3º ciclo” (M=0,38, DP=1,16) foi significativamente diferente da do grupo “ensino superior” (M=0,17, DP=0,66). O grupo “ensino secundário” (M=0,23, DP=0,72) não diferiu significativamente dos grupos “até ao 3º ciclo” e “ensino superior”. Estes resultados indicam que os indivíduos que estudaram até ao 3º ciclo apresentam níveis mais elevados e significativos de *bonding* positivo do que os pais que têm um curso superior.

Tabela 21 – Teste One-Way ANOVA entre as habilitações literárias e o *bonding* paterno

Bonding	Habilitações Literárias	N	Média	DP	F	p	R² (%)
<i>Bonding</i> Negativo	Até ao 3º Ciclo	130	0,38	1,16	1,603	0,203	0,920
	Ensino Secundário	129	0,23	0,72			
	Ensino Superior	89	0,17	0,66			
<i>Bonding</i> Positivo	Até ao 3º Ciclo	130	8,43	1,06	3,133	0,045	1,784
	Ensino Secundário	129	8,20	1,19			
	Ensino Superior	89	8,04	1,22			
<i>Bonding</i> <i>Not Clear</i>	Até ao 3º Ciclo	130	1,34	1,43	1,528	0,218	0,878
	Ensino Secundário	129	1,47	1,26			
	Ensino Superior	89	1,65	1,15			
<i>Bonding</i> Total	Até ao 3º Ciclo	130	6,71	1,43	1,436	0,239	0,825
	Ensino Secundário	129	6,50	1,27			
	Ensino Superior	89	6,22	1,15			

Tabela 22 – Teste Tukey entre os diferentes grupos de habilitações literárias e o *bonding* positivo

Bonding	Grupos	Diferença Média	EP	p	
<i>Bonding</i> Positivo	Até ao 3º Ciclo	Ensino Secundário	0,230	0,143	0,245
		Ensino Superior	0,386	0,158	0,040
	Ensino Secundário	Até ao 3º Ciclo	-0,230	0,143	0,245
		Ensino Superior	0,157	0,158	0,585
	Ensino Superior	Até ao 3º Ciclo	-0,386	0,158	0,040
		Ensino Secundário	-0,157	0,158	0,585

Relação entre o estado civil e o *bonding* paterno

Para se entender a relação entre o estado civil e o *bonding* utilizámos o teste Kruskal-Wallis (tabela 23). Os sujeitos casados apresentam níveis mais elevados de *bonding* negativo e positivo, comparativamente com os participantes solteiros e que vivem em união de facto. Os pais que vivem em união de facto apresentam níveis mais elevados de *bonding not clear* comparativamente com os pais solteiros e casados. No *bonding* total, observa-se que são os sujeitos solteiros que apresentam médias mais elevadas, comparativamente com os sujeitos casados e que vivem em união de facto. Contudo, estas diferenças não são significativas para os diferentes tipos de *bonding*, indicando que o estado civil não influencia o estabelecimento do *bonding*.

Tabela 23 – Teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e o *bonding* paterno

Estado Civil	Solteiro	Casado	União de Facto	χ^2	p
	OM	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	175,30	175,44	165,25	1,179	0,555
<i>Bonding</i> Positivo	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</i> Total	182,48	175,02	157,26	1,896	0,388

Relação entre a duração da relação actual e o *bonding* paterno

Efectuámos o teste One-Way ANOVA, para se estudar a influência da duração da relação no *bonding* (tabela 24). Analisando os valores médios, verificamos que os pais que estão na relação há 8 ou mais anos possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo e de *bonding not clear*. Os participantes que estão na relação actual há menos tempo (0-3 anos) possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo comparativamente com os pais que estão à mais tempo na relação (≥ 8 anos). Contudo, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas do *bonding*.

Tabela 24 – Teste One-Way ANOVA entre a duração da relação actual e o *bonding* paterno

Duração da relação actual	Entre 0 a 3 anos		Entre 4 a 7 anos		8 ou mais anos		F	P	R ² (%)
	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	0,996
<i>Bonding</i> Positivo	8,32	1,09	8,24	1,18	8,20	1,19	0,339	0,713	0,196
<i>Bonding Not Clear</i>	1,36	1,29	1,47	1,33	1,56	1,28	0,619	0,539	0,356
<i>Bonding</i> Total	6,82	1,71	6,44	2,34	6,29	2,16	1,831	0,162	1,047

Questão 2 – Qual é a influência das variáveis obstétricas (primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada e gravidez desejada) sobre o estabelecimento do *bonding* entre pai e o bebé?

Relação entre o primeiro filho e o *bonding* paterno

Com o intuito de se perceber a influência entre o facto de ser ou não o primeiro filho e o *bonding*, utilizámos o teste t. Ao analisar a tabela 25, constatamos 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. Existem diferenças significativas para o *bonding* positivo e *bonding not clear*, pelo que podemos referir que para os pais em que este é o nascimento do primeiro filho apresentam mais *bonding* positivo e *bonding not clear* do que aqueles que já têm mais filhos.

Tabela 25 – Teste t entre o primeiro filho e o *bonding* paterno

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 Not Clear</i>	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* paterno

Para de perceber a influência entre o tipo de parto e o *bonding*, utilizámos o teste t. Ao observarmos a tabela 26, verificamos que os níveis do *bonding* negativo, positivo e *not clear* são superiores quando o parto é normal. Contudo, no *bonding* total as médias mais elevadas centram-se nos pais com filhos que nasceram de parto distócico. Porém, podemos referir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o *bonding* e o tipo de parto, portanto, o tipo de parto não tem influência no estabelecimento do *bonding*.

Tabela 26 – Teste t entre o tipo de parto e o *bonding* paterno

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 Not Clear</i>	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* paterno

Com o intuito de perceber a influência de uma gravidez planeada e o *bonding*, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney. Na tabela 27, constatamos que os níveis mais elevados do *bonding* negativo, do *bonding* positivo e do *bonding* total encontram-se nos pais que afirmaram ser uma gravidez planeada. No entanto, não existem diferenças significativas para estas diferenças, o que indica que o planeamento da gravidez não tem impacto no *bonding* pai-filho.

Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez planeada e o *bonding* paterno

Gravidez Planeada	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	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* paterno

Para se perceber qual a influência entre a gravidez desejada e o *bonding*, optámos por utilizar o Teste U de Mann-Whitney. Ao observarmos a tabela 28, verificamos que os níveis do *bonding* negativo, do *bonding* positivo e do *bonding not clear* são mais elevados nos participantes que desejaram a gravidez. No *bonding* total as médias são mais elevadas nos pais que referiram não ter sido uma gravidez desejada. As diferenças não são significativas pois o $p > 0,05$.

Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney entre a gravidez desejada e o *bonding* paterno

Gravidez Desejada	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	176,19	141,54	1620,500	0,226
<i>Bonding</i> Total	174,12	199,67	1726,00	0,381

Questão 3 – Qual é a influência das variáveis do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, sensação dos movimentos fetais, falar com o bebê durante a gravidez, presença durante o trabalho de parto, presença durante o parto) no estabelecimento do *bonding* entre o pai e o bebê?

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

Para saber qual a influência entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o *bonding*, foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney (tabela 29). Verificamos que os sujeitos que estiveram presente nas consultas de vigilância pré-natal possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, de *bonding not clear* e de *bonding* total. Pelo contrário, os pais que não presenciaram as consultas apresentam maiores níveis de *bonding* negativo. Contudo, não existe significância estatística, uma vez que os valores de p são superiores a 0,05.

Tabela 29 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença nas consultas de vigilância pré-natal e o *bonding* paterno

Presença nas consultas	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	178,75	159,21	8389,000	0,140
<i>Bonding</i> Total	176,00	170,78	9164,50	0,699

Relação entre a presença na primeira ecografia e o *bonding* paterno

Para a compreensão da influência entre a primeira ecografia e o *bonding*, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney. Através da análise da tabela 30, os sujeitos que estiveram presente na primeira ecografia possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, de *bonding not clear* e de *bonding* total. De todas estas diferenças, aquela que apresenta significância estatística é para o *bonding* positivo, o que indica que os pais que presenciaram a primeira ecografia do seu filho têm níveis mais elevados de *bonding* positivo do que aqueles que não estiveram presentes.

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença na primeira ecografia e o *bonding* paterno

Primeira ecografia	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	177,01	166,53	8879,50	0,205
<i>Bonding</i> Positivo	181,44	147,91	7632,00	0,005
<i>Bonding Not Clear</i>	178,80	158,99	8374,50	0,135
<i>Bonding Total</i>	176,12	170,29	9131,50	0,666

Relação entre a sensação dos movimentos fetais e o *bonding* paterno

O Teste U de Mann-Whitney foi usado para se perceber a influência entre os movimentos fetais e o *bonding* (tabela 31). Verificamos que os pais que não sentiram os movimentos fetais possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo, *bonding* positivo, *bonding not clear*. Em relação ao *bonding* total, são os pais que sentiram os movimentos fetais que mais pontuam. Contudo, estas diferenças não são significativas, uma vez que os valores de p obtidos foram superiores a 0,05.

Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney entre a sensação dos movimentos fetais e o *bonding* paterno

Movimentos Fetais	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	173,79	206,35	1776,500	0,237
<i>Bonding Total</i>	175,66	157,92	1962,00	0,528

Relação entre falar com o bebê durante a gravidez e o *bonding* paterno

No que concerne à relação entre falar com o bebê e o *bonding*, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney, onde observamos que os pais que falaram com os bebês durante a gravidez possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo, *bonding* positivo, *bonding not clear* e *bonding* total (tabela 32). Há diferenças significativas no *bonding* positivo, o que sugere que o falar com o bebê durante a gravidez influencia o estabelecimento do *bonding* positivo.

Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre falar com o bebê durante a gravidez e o *bonding* paterno

	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	176,83	165,81	7906,000	0,432
<i>Bonding</i> Total	177,17	164,13	7808,50	0,361

Relação entre as aulas de preparação para o parto e o *bonding* paterno

Para compreender qual a influência entre a presença nas aulas de preparação para o parto e o *bonding*, foi usado o Teste U de Mann-Whitney. Pela observação da tabela 33, verificamos que os pais que assistiram às aulas de preparação para o parto têm níveis mais elevados de *bonding* positivo e de *bonding not clear*. Contudo, estas diferenças não são significativas na medida em que os valores de significância obtidos foram superiores a 0,05.

Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre as aulas de preparação para o parto e o *bonding* paterno

Aulas de preparação para o parto	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	173,13	175,55	10517,50	0,757
<i>Bonding</i> Positivo	183,61	172,48	9985,00	0,321
<i>Bonding Not Clear</i>	191,72	170,11	9344,00	0,083
<i>Bonding</i> Total	167,13	177,30	10043,50	0,424

Relação entre a presença durante o trabalho de parto e o *bonding* paterno

Relativo à relação entre a presença durante o trabalho de parto e o *bonding*, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney (tabela 34). Observamos que os pais que estiveram presentes durante o trabalho de parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo e *bonding not clear*. Existe significância estatística no *bonding not clear*, indicativo que os pais estarem presentes durante o trabalho de parto influencia o estabelecimento do *bonding not clear* entre pai e filho.

Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney entre a presença durante o trabalho de parto e o *bonding* paterno

Presença durante o trabalho de parto	Sim	Não	MW	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 Not Clear</i>	180,51	155,20	8869,00	0,045
<i>Bonding</i> Total	172,34	184,56	9647,50	0,343

Relação entre o conhecimento de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto e o *bonding* paterno

Para verificar a relação entre o conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto e o *bonding*, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney. Com a análise da tabela 35, observamos que os pais que tiveram conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo e *bonding not clear*. Existiram diferenças significativas para o *bonding not clear*, o que sugere que o conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto influencia o estabelecimento do *bonding not clear*.

Tabela 35 – Teste U de Mann-Whitney entre o conhecimento de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto e o *bonding* paterno

Conhecimento de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	173,20	179,88	11526,00	0,363
<i>Bonding</i> Positivo	177,97	166,94	11227,00	0,296
<i>Bonding Not Clear</i>	182,57	154,47	10055,00	0,017
<i>Bonding</i> Total	172,70	181,24	11398,50	0,476

Relação entre a participação activa no trabalho de parto e o *bonding* paterno

Utilizámos o teste t para avaliar a relação entre a participação activa no trabalho de parto e o *bonding* (tabela 36), onde verificamos que os pais que tiveram uma participação activa no trabalho de parto possuem níveis mais elevados de *bonding* negativo; de *bonding* positivo e de *bonding not clear*. Contudo, não existe significância estatística para nenhum tipo de *bonding*.

Tabela 36 – Teste t entre a participação activa no trabalho de parto e o *bonding* paterno

Participação activa no trabalho de parto	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Bonding</i> Negativo	0,30	1,01	0,24	0,75	0,658	0,511
<i>Bonding</i> Positivo	8,33	1,10	8,13	1,23	1,622	0,106
<i>Bonding Not Clear</i>	1,55	1,28	1,35	1,33	1,436	0,152
<i>Bonding</i> Total	6,48	2,15	6,54	2,05	-0,276	0,783

Relação entre a presença durante o parto e o *bonding* paterno

Referente à relação entre a presença durante o parto e o *bonding*, utilizámos o teste t (tabela 37). Verificamos que os pais que estiveram presentes durante o parto possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, de *bonding not clear* e de *bonding* total. Porém, nenhuma das diferenças se revelou significativa.

Tabela 37 – Teste t entre a presença durante o parto e o *bonding* paterno

Presença durante o parto	Sim		Não		t	p
	M	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

Relação entre o corte do cordão umbilical e o *bonding* paterno

O Teste U de Mann-Whitney foi usado para avaliar a relação entre o pai ter cortado o cordão umbilical e o *bonding*. Da análise da tabela 38, constatamos que os pais que cortaram o cordão umbilical possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo, de *bonding not clear* e de *bonding* total. No entanto, não se verificou significância estatística entre o corte do cordão umbilical e o *tipo de bonding*.

Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney entre o corte do cordão umbilical e o *bonding* paterno

Corte do cordão umbilical	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	102,77	107,76	1064,50	0,657
<i>Bonding</i> Positivo	120,86	106,78	969,50	0,386
<i>Bonding Not Clear</i>	112,86	107,21	1057,50	0,761
<i>Bonding</i> Total	115,27	107,08	1031,00	0,664

Relação entre a importância do pai cortar o cordão umbilical para o estabelecimento da ligação com o filho e o *bonding* paterno

Referente à relação entre a possibilidade de o pai poder cortar o cordão umbilical ser importante para o estabelecimento da ligação com o filho e o *bonding*, utilizamos o teste t (tabela 39). Verificamos que os pais que consideraram importante cortar o cordão umbilical possuem níveis mais elevados de *bonding* positivo e de *bonding* total. Contudo, não se verificou significância estatística para nenhuma destas diferenças.

Tabela 39 – Teste t entre a importância do pai cortar o cordão umbilical para o estabelecimento da ligação com o filho e o *bonding* paterno

Importância do pai cortar o cordão umbilical	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Bonding</i> Negativo	0,21	0,73	0,34	1,16	-0,953	0,342
<i>Bonding</i> Positivo	8,46	0,91	8,24	1,16	1,481	0,140
<i>Bonding Not Clear</i>	1,58	1,28	1,61	1,39	-0,137	0,891
<i>Bonding</i> Total	6,67	1,97	6,29	2,26	1,278	0,203

Relação entre pegar no bebê e o *bonding* paterno

Para compreender se existe, ou não, uma relação entre pegar no bebê e o *bonding*, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney. Pela observação da tabela 40, verificamos que os pais que pegam no bebê têm resultados médios de vinculação mais elevados de *bonding* negativo e de *bonding* total. Pelo contrário, apresentam níveis mais baixos de *bonding* positivo e de *bonding not clear*. De todas estas diferenças, aquela que apresenta significância estatística é a do *bonding not clear*, pelo que podemos referir que os pais que pegam no bebê têm níveis mais baixos de *bonding not clear* que os pais que não pegam no bebê.

Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney entre pegar no bebé e o *bonding* paterno

Pegar no Bebé	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	107,83	105,30	2542,50	0,731
<i>Bonding</i> Positivo	106,76	112,39	2467,00	0,597
<i>Bonding Not Clear</i>	104,37	128,30	2021,50	0,049
<i>Bonding</i> Total	109,35	95,23	2260,50	0,252

Relação entre vestir o bebé e o *bonding* paterno

Para verificar a existência de uma relação entre vestir ou não o bebé e o *bonding*, utilizámos o Teste U de Mann-Whitney. Analisando a tabela 41, observamos que os pais que vestem o bebé, comparativamente com aqueles que não vestem, apresentam níveis mais elevados de *bonding* positivo e *bonding* total, e possuem níveis mais baixos de *bonding* negativo e *bonding not clear*. Contudo, estas diferenças não revelam significância estatística, uma vez que o valor de p para cada sub-escala é superior a 0,05.

Tabela 41 – Teste U de Mann-Whitney entre vestir o bebé e o *bonding* paterno

Vestir o Bebé	Sim	Não	MW	p
	OM	OM		
<i>Bonding</i> Negativo	105,29	107,98	3260,00	0,679
<i>Bonding</i> Positivo	109,64	107,04	3262,50	0,781
<i>Bonding Not Clear</i>	96,62	109,85	2930,50	0,218
<i>Bonding</i> Total	117,41	105,36	2967,50	0,268

Questão 4 – Qual a influência do auto-conceito paterno no estabelecimento do *bonding* entre o pai e o bebé?

Decorrente da presente relação, pretendemos mostrar se o auto-conceito influencia o laço afectivo que é estabelecido entre o pai e o bebé (*bonding* positivo, negativo e *not clear* e *bonding* total). Face ao exposto, efectuámos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes (auto-conceito total e as suas sub-escalas: aceitação/rejeição social; auto-eficácia; maturidade psicológica; impulsividade-actividade) em relação à variável dependente – *bonding* – e todas as suas dimensões: *bonding* positivo, *bonding* negativo, *bonding not clear*, *bonding* total.

As regressões múltiplas foram usadas para o estudo desta relação, uma vez que queremos estudar a relação entre uma variável dependente contínua e várias variáveis independentes/preditivas contínuas. Esta técnica estatística possibilita investigar o quanto um conjunto de variáveis conseguem prever um determinado resultado, qual variável, num conjunto de variáveis, é a melhor preditora de um resultado, e; se uma determinada variável preditiva é também capaz de prever um resultado quando os efeitos de uma outra variável são controlados.

Existem diferentes métodos para avaliar a contribuição relativa de cada variável preditiva, nomeadamente, *standard*, hierárquico e *stepwise*. No presente estudo apenas efectuámos regressões múltiplas com recurso à análise *stepwise*. Com este método, a ordem pelas quais as variáveis preditivas entram no modelo são decididas meramente por critérios matemáticos. Cada vez que um preditor é adicionado à equação, um teste de remoção é realizado para os restantes preditores úteis. Se não contribuírem significativamente para o modelo, serão removidos. Este método assegura que o investigador termine com o menor conjunto de variáveis preditivas no modelo.

Relação entre o auto-conceito paterno e o *bonding* positivo

No que concerne ao *bonding* positivo, observando a tabela 42, verificamos a existência de correlações positivas oscilando entre ($r=0,193$) na auto-eficácia e ($r=0,296$) no auto-conceito total. Todas as associações são de magnitude linear baixa. Observamos que todas as correlações entre a variável dependente com as variáveis independentes são significativas ou seja, quanto maior forem os valores das variáveis independentes, maior será o valor da variável dependente.

Tabela 42 – Correlação de Pearson entre o auto-conceito paterno e o *bonding* positivo

Variáveis independentes	R	p
Aceitação/Rejeição Social	0,216	0,000
Auto-eficácia	0,193	0,000
Maturidade Psicológica	0,217	0,000
Impulsividade-Actividade	0,210	0,000
Auto-conceito Total	0,296	0,000

A primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é o auto-conceito total por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,296$), estabelecendo uma associação baixa e explicando por si só 8,8% da variância do *bonding* positivo, com um erro padrão de 1,081.

Os resultados deste modelo são apresentados no quadro 1 que evidencia como o auto-conceito total é preditor do *bonding* positivo. Por sua vez, o teste F [$F(1;333)= 31,989$; $p<0,05$] tem significância estatística, o que indica que o modelo é capaz de prever a variável dependente.

Analisando os valores dos coeficientes padronizados e a significância de cada variável, verificamos que a variável auto-conceito total ($\beta=0,296$) é a que tem uma contribuição única significativa para explicar o *bonding* positivo, quando se controlam todas as restantes variáveis do modelo.

Ao observarmos os coeficientes não padronizados, constatamos que a variável conforto com a proximidade ($B=0,040$) apresenta uma relação positiva com o *bonding* positivo. Assim, quanto mais o indivíduo tiver uma boa percepção global de si, maiores serão os seus níveis de *bonding* positivo.

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

$$\text{Bonding positivo} = 5,121 + 0,040 \text{ Auto-conceito Total}$$

Quadro 1 – Regressão múltipla entre o o auto-conceito paterno e o *bonding* positivo

Variável dependente: Bonding Positivo					
R = 0,296					
$R^2 = 0,088$					
R^2 Ajustado = 0,085					
Erro padrão de estimativa = 1,081					
Incremento de $R^2 = 0,088$					
F = 31,989					
p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	5,121				
Auto-conceito Total	0,040	0,296	5,656	0,000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	37,414	1	37,414	31,989	0,000
Residual	389,469	333	1,170		
Total	426,884	334			

Relação entre o auto-conceito paterno e o *bonding* negativo

Relativamente ao *bonding* negativo, verificamos a existência de correlações negativas oscilando entre ($r=-0,062$) na maturidade psicológica e ($r=-0,167$) na auto-eficácia (tabela 43). Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Pela análise dos valores de significância, existem correlações significativas nas variáveis independentes auto-eficácia e auto-conceito total com a variável dependente, ou seja, à medida que aumentam os índices de cada variável independente, o *bonding* negativo diminui.

Tabela 43 – Correlação de Pearson entre o auto-conceito paterno e o *bonding* negativo

Variáveis independentes	R	p
Aceitação/Rejeição Social	-0,073	0,092
Auto-eficácia	-0,167	0,001
Maturidade Psicológica	-0,062	0,131
Impulsividade-Actividade	0,000	0,500
Auto-conceito Total	-0,134	0,007

Verificamos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a auto-eficácia por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,167$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 2,8% da variância do *bonding* negativo, com um erro padrão de 0,910.

Os resultados deste modelo são apresentados no quadro 2 que evidencia como a auto-eficácia é preditora do *bonding* negativo. O teste F [$F(1;333)=9,556$; $p<0,05$] apresenta significância estatística indicando que o modelo tem a capacidade de predizer a variável dependente.

Analisando os valores dos coeficientes padronizados e a significância da variável, verificamos que a auto-eficácia ($\beta=-0,167$) é a que tem uma contribuição única significativa ($p<0,05$) para explicar o *bonding* negativo, ou seja, a auto-eficácia tem um impacto significativo a predizer o *bonding* negativo.

Ao observarmos os coeficientes não padronizados, constatamos que a variável ansiedade ($B=-0,055$) apresenta uma relação negativa com o *bonding* negativo. Deste modo, deduzimos que à medida que a auto-eficácia aumenta, o *bonding* negativo diminui.

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

$$\text{Bonding negativo} = 1,549 + (- 0,055 \text{ Auto-eficácia})$$

Quadro 2 – Regressão múltipla entre o auto-conceito paterno e o *bonding* negativo

Variável dependente: Bonding Negativo					
R = 0,167					
R ² = 0,028					
R ² Ajustado = 0,025					
Erro padrão de estimativa = 0,910					
Incremento de R ² = 0,028					
F = 9,556					
p = 0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	1,549				
Auto-eficácia	-0,055	-0,167	-3,091	0,002	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	7,912	1	7,912	9,556	0,002
Residual	275,712	333	0,828		
Total	283,624	334			

Relação entre o auto-conceito paterno e o *bonding not clear*

Respeitante ao *bonding not clear*, verificamos a existência de correlações positivas oscilando entre (r=0,016) na maturidade psicológica e (r=0,175) na impulsividade-atividade (tabela 41). Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Observamos que a correlação existente entre a variável independente impulsividade-atividade com a variável dependente é significativa, ou seja, à medida que aumenta a impulsividade-atividade, o *bonding not clear* também aumenta.

Tabela 44 – Correlação de Pearson entre auto-conceito paterno e o *bonding not clear*

Variáveis independentes	R	p
Aceitação/Rejeição Social	0,037	0,247
Auto-eficácia	0,049	0,185
Maturidade Psicológica	0,016	0,387
Impulsividade-Actividade	0,175	0,001
Auto-conceito Total	0,066	0,113

Constatamos que a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão é a impulsividade-atividade por se apresentar com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,175$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 3,1% do *bonding not clear*, com um erro padrão de 1,290.

Os resultados deste modelo são apresentados no quadro 3 que evidencia como a impulsividade-atividade é preditora do *bonding not clear*. O teste F [$F(1;333)=10,540$; $p<0,05$] é estatisticamente significativo, indicando que o modelo é capaz de prever a variável dependente.

Analisando os valores dos coeficientes padronizados e a significância da variável, verificamos que a impulsividade-atividade ($\beta=0,175$) é a que tem uma contribuição única significativa para explicar o *bonding not clear*, ou seja, a impulsividade-atividade tem um impacto significativo a prever o *bonding not clear*.

Ao observarmos os coeficientes não padronizados, constatamos que a variável impulsividade-atividade ($B=0,119$) apresenta uma relação positiva com o *bonding not clear*. Portanto, quanto maior é o grau de impulsividade-atividade do indivíduo, maior será o *bonding not clear*.

O modelo final ajustado para o *bonding not clear* é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Bonding not clear} = 0,058 + 0,119 \text{ Impulsividade-Atividade}$$

Quadro 3 – Regressão múltipla entre o auto-conceito paterno e o *bonding not clear*

Variável dependente: <i>Bonding not clear</i>					
R = 0,175					
R ² = 0,031					
R ² Ajustado = 0,028					
Erro padrão de estimativa = 1,290					
Incremento de R ² = 0,031					
F = 10,540					
p = 0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	0,058				
Impulsividade-atividade	0,119	0,175	3,246	0,001	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	17,540	1	17,540	10,540	0,001
Residual	554,174	333	1,664		
Total	571,713	334			

Relação entre o auto-conceito paterno e o *bonding* total

Relativamente ao *bonding* total, verificamos a existência de correlações positivas oscilando entre ($r=0,004$) na impulsividade-atividade e ($r=0,175$) no auto-conceito total (tabela 45). Todas as associações são de magnitude linear muito baixa. Existem correlações significativas nas variáveis independentes aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e auto-conceito total com a variável dependente, ou seja, à medida que aumentam os índices das variáveis independentes referidas, o *bonding* total também aumenta.

Tabela 45 – Correlação de Pearson entre o auto-conceito paterno e o *bonding* total

Variáveis independentes	R	p
Aceitação/Rejeição Social	0,124	0,012
Auto-eficácia	0,146	0,004
Maturidade Psicológica	0,133	0,007
Impulsividade-Actividade	0,004	0,473
Auto-conceito Total	0,175	0,001

A primeira variável a entrar no modelo da regressão é o auto-conceito total por apresentar maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,175$), estabelecendo uma associação muito baixa e explicando por si só 3,1% do *bonding* total, com um erro padrão de 2,087.

No segundo modelo de regressão, para além do auto-conceito total, entrou a variável impulsividade-atividade, que no seu conjunto passaram a explicar 6,5% da variância do *bonding* total, tendo o erro padrão estimado diminuído para 2,052.

Os resultados deste último modelo estão apresentados no quadro 3, que mostra como as variáveis auto-conceito total e impulsividade-atividade são preditores do *bonding* total. O teste F [$F(2;332)=11,524$; $p<0,05$] é estatisticamente significativo, o que denota a capacidade do modelo em prever a variável dependente.

Analisando os valores dos coeficientes padronizados das variáveis preditivas, constatamos que o auto-conceito total apresenta um valor ($\beta =0,376$) superior ao da variável impulsividade-atividade ($\beta =-0,273$), o que indica que o auto-conceito total tem mais importância no modelo do que a variável impulsividade-atividade. Desta forma, a variável com maior peso preditivo é o auto-conceito total.

Ao observarmos os coeficientes não padronizados, constatamos que a variável auto-conceito total ($B=-0,095$) apresenta uma relação positiva com o *bonding* total. Por sua vez, a variável impulsividade-actividade ($B=-0,301$) tem uma relação negativa com o *bonding* total. Assim, quanto maior for o auto-conceito total do indivíduo, maior será o *bonding* total; pelo contrário, quanto menos impulsivo e activo o individuo for, maior será o *bonding* total.

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

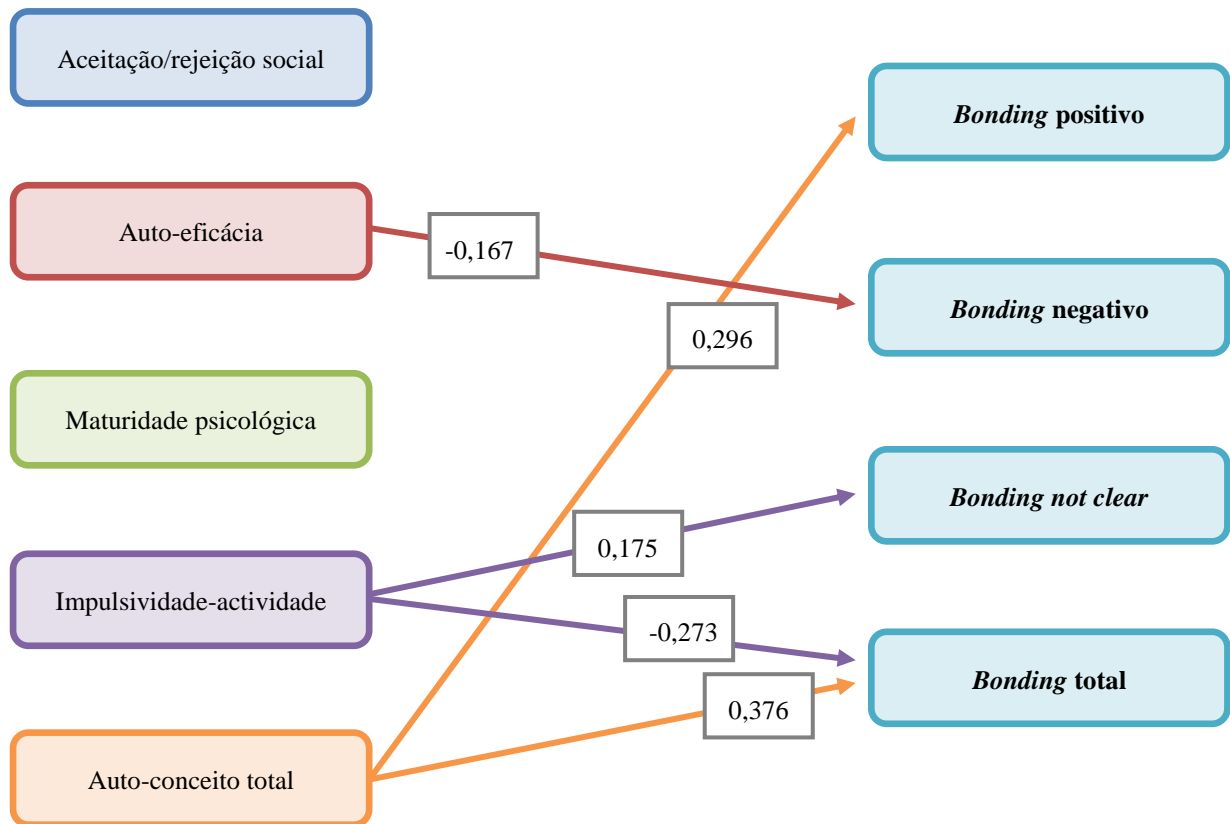
$$\text{Bonding total} = 2,631 + 0,095 \text{ Auto-conceito total} + (-0,301 \text{ Impulsividade-Actividade})$$

Quadro 4 – Regressão múltipla entre o auto-conceito paterno e o *bonding* total

Variável dependente: Bonding total					
R = 0,255					
R ² = 0,065					
R ² Ajustado = 0,059					
Erro padrão de estimativa = 2,052					
Incremento de R ² = 0,034					
F = 11,524					
p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	2,631				
Auto-conceito total	0,095	0,376	4,800	0,000	
Impulsividade-actividade	-0,301	-0,273	-3,486	0,001	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	97,096	2	48,548	11,524	0,000
Residual	1398,635	332	4,213		
Total	1495,731	334			

De seguida (figura 4), apresentamos um esquema que relaciona as variáveis independentes que fizeram parte do estudo das regressões múltiplas – aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica, impulsividade-actividade e auto-conceito total – com a variável dependente, o *bonding*, atendendo às suas sub-escalas (*bonding* positivo, *bonding* negativo, *bonding not clear*) e à nota total.

São apresentados os valores de β padronizados entre a variável dependente e as variáveis independentes para que possam ser directamente comparados entre eles.

FIGURA 4 – Síntese das relações entre o auto-conceito paterno e o *bonding*

6. DISCUSSÃO

Para que os conteúdos a serem tratados neste capítulo sejam devidamente organizados, dividimos a discussão em duas partes fundamentais: discussão metodológica e discussão dos resultados. A primeira parte da discussão faz referência às limitações do estudo e indica alguns pontos importantes a serem estudados futuramente. Na segunda, procede-se à discussão dos resultados obtidos, fazendo o paralelismo com a literatura existente e consultada. Esta segunda parte é analisada tendo em conta as questões de investigação determinadas por nós.

6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A presente investigação procurou avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas, obstétricas, do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto e psicológicas, o auto-conceito, no estabelecimento do *bonding* entre pai e filho. De uma forma geral, os resultados evidenciam que o *bonding* paterno é influenciado por todas estas variáveis.

Para a escolha e elaboração do instrumento de colheita de dados, pensámos em primeiro lugar, nas características da população que pretendíamos estudar, e após isso, investigar as escalas existentes para aplicar, tendo em conta os objectivos do estudo, e seleccionar aquelas que mais se adequavam à investigação. A escolha do instrumento de recolha de dados foi também influenciada pela facilidade de administração e pelo pouco tempo que demora a ser respondido. Para além disso, procurámos flexibilizar o momento de aplicação do instrumento, para alturas mais calmas durante o horário das visitas, onde os progenitores masculinos estariam mais tranquilos e não se sentissem na obrigação de o preencher. Tivemos esses factores em consideração, uma vez que os pais tinham de responder ao instrumento nas 48 horas após o nascimento do seu filho, e como tal, não seria adequado prendê-los demasiado tempo com o preenchimento do instrumento, quando, o que mais queriam era estar com a família. Relativamente à pesquisa dos dados sócio-demográficos,

obstétricos e do envolvimento paterno, optámos por, sermos nós a elaborar um questionário que contemplasse todas essas variáveis, para garantir que a pesquisa de informação fosse devidamente inquirida. Assim, o instrumento de avaliação ficou constituído, para além do dito questionário, por duas escalas: o Inventário Clínico do Auto-Conceito (VAZ SERRA, 1986b) e a Escala *Bonding* (FIGUEIREDO et al., 2005a) que pretendiam avaliar, respectivamente, o auto-conceito do pai e o *bonding* que este estabelece com o bebé até às 48 horas após o parto.

No que concerne aos procedimentos formais e éticos, todos estes foram cumpridos com rigor, de forma a garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato.

Posto isto, consideramos que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo, uma vez que isso permitiu atingir os objetivos inicialmente estabelecidos e responder às questões de investigação.

Importa referir que este estudo, por contemplar uma amostra pouco investigada (os progenitores masculinos), revela-se como uma ferramenta bastante útil e importante para a compreensão do estabelecimento do laço afectivo entre pais e filhos. Contudo, devido a esta dificuldade, a confrontação dos resultados obtidos com outras investigações tornou-se limitada.

Em termos de limitações do estudo, referimos as restrições inerentes à escala utilizada para avaliar o envolvimento emocional do pai com o bebé. É um questionário de auto-resposta que pesquisa 12 emoções que podem estar presentes durante o estabelecimento do *bonding* pai-filho. Contudo, por ser um instrumento de auto-relato, está sensível ao factor da desejabilidade social, o que nos sugere alguma cautela na sua interpretação.

Para estudos futuros, indicamos vários caminhos possíveis para enriquecer o estudo presentemente efectuado. Em primeiro lugar, achamos que seria interessante administrar a escala *bonding* em momentos diferentes do estudo para analisarmos se as emoções predominantes se mantêm ou se alteram ao longo do tempo. Além disso, a amostra poderia ser alargada às mães dos bebés, para se comparar os resultados entre os progenitores e averiguar se de facto existe ou não diferenças nas variáveis que influenciam o *bonding*.

Existem outros factores que se crêem influenciar o envolvimento emocional parental que não foram abordados nesta investigação, mas que, em próximas investigações, poderiam ser contemplados, tais como, a dor no parto, determinados comportamentos do bebé (sorrir, vocalizar, seguir visualmente os pais) e a qualidade das relações do casal. Para este último estudo, poderíamos aplicar a Escala de Ajustamento Diádico-Revista (DAS-R) que avalia a

qualidade da relação conjugal. Para além disto, seria interessante estudar a vinculação pré-natal (que poderia ser avaliada através da Escala de Vinculação Pré-Natal) e se esta iria influenciar o estabelecimento do *bonding* pai-filho até às 48 horas após o parto.

6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados obtidos, será realizada através da apresentação das questões de investigação deste estudo. Assim, apresentamos as variáveis que constituem cada uma delas, nomeadamente, sócio-demográficas, obstétricas, do envolvimento do pai na gravidez, trabalho de parto e parto, e psicológicas, que neste trabalho se trata da variável auto-conceito. Para cada uma das variáveis expomos e discutimos os dados relativamente ao *bonding*. Dado que o auto-conceito tem um lugar de destaque neste trabalho, por último, discutimos os resultados significativos que obtivemos com o estudo da relação entre o auto-conceito e as variáveis sócio-demográficas, obstétricas e do envolvimento do pai.

Para a análise do estudo das variáveis com o *bonding*, importa referir que alguns dados serão examinados de acordo com as investigações realizadas sobre o estabelecimento do laço afectivo entre a mãe-bebé. Como os estudos que analisam o *bonding* paterno com o bebé são raros, e como alguns autores (SNOW & MCGAHA, 2002 cit. por FIGUEIREDO et al., 2007) têm referido que o *bonding* paterno se desenvolve de igual forma que o *bonding* materno, vamos partir do pressuposto que os factores que influenciam o *bonding* materno e paterno são os mesmos. Pela revisão da literatura (FIGUEIREDO et al., 2005a; FIGUEIREDO et al., 2007), encontramos estudos que afirmam não existirem diferenças entre o envolvimento emocional da mãe e do pai, o que comprova a ideia acima descrita. Assim, supõe-se que os pais têm tanta capacidade como as mães em estabelecer o *bonding* com o bebé.

Analisando os resultados obtidos, verificamos que é estabelecido entre a maioria dos pais e o recém-nascido um forte laço emocional, momentos após o parto do bebé. Os pais com idade inferior ou igual a 30 anos ($x=8,44$; $DP=1,08$), comparativamente com os pais mais velhos ($x=8,12$; $DP=1,19$), mostraram ter mais *bonding* positivo. Estes dados apontam que, embora se verifique uma predominância de emoções positivas no momento após o parto, os pais apresentam algumas emoções não directamente relacionadas com o *bonding* (pais com idade inferior ou igual a 30 anos: $x=1,50$; $DP=1,38$; pais com idade superior ou igual a 31 anos: $x=1,45$; $DP=1,25$). Também noutros estudos (MOURA-RAMOS; CANAVARRO,

2007; PICCININI et al.; 2004), a média de idade dos pais é semelhante à obtida neste estudo, $M=30,4$ anos ($DP=4,71$) para o primeiro e $M=30,3$ anos ($DP=5,4$).

Além disso, verificamos que, na quase generalidade dos casos, o *bonding* negativo nos pais é muito baixo (com idade igual ou inferior a 30 anos: $x=0,23$; $DP=0,96$; pais com idade igual ou superior a 31 anos: $x=0,31$; $DP=0,87$) o que revela que os pais no momento do nascimento do seu filho não apresentam um envolvimento emocional negativo com este. Este estudo veio consolidar a ideia da ausência de *bonding* negativo no pai, 48 horas após o nascimento do bebé, que já se tem constatado noutras investigações (FIGUEIREDO et al., 2005b).

Assim, estes resultados mostram igualmente que a vinculação parental se fortalece de forma relativamente fácil e imediata nos primeiros contactos com o bebé, corroborando a literatura (CHALMERS et al., 1998 cit in FIGUEIREDO et al., 2007). No entanto, tais resultados vêm confirmar também uma outra hipótese, a de que existe um contínuo de variabilidade relativamente à forma de como e quando os pais se envolvem emocionalmente com o bebé, uma vez que para uma percentagem relevante de pais, o *bonding* com o bebé não é tao claro, nem tão positivo, como estudos acima têm enfatizado (MACFARLANE et al., 1978; FLEMING et al., 1997 cit. por FIGUEIREDO, 2003). Numa outra investigação, verificaram que o *bonding* parental é mais elevado nos meses que se seguem ao parto, comparativamente com os valores de *bonding* obtidos no pós-parto imediato (TAYLOR et al. en prensa cit. por FIGUEIREDO, 2003).

Tendo em conta a **primeira questão**, pretendemos averiguar quais as variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil e duração da relação) que influenciam o *bonding* pai-bebé.

Em relação à idade, verificamos que os participantes têm uma média de idades de 31,84 anos, oscilando entre os 17 e os 55 anos ($DP=0,33$). Relativamente ao *bonding* pai-bebé, verificaram-se que são os pais mais novos (com idades superior ou igual a 30 anos) que apresentam valores de *bonding* positivo superiores. Estes resultados são corroborados por um estudo de Monteiro et al. (2008) que sugere que as representações do papel do pai têm vindo a mudar, constatando que os pais mais velhos têm uma imagem do pai como sendo uma figura de autoridade e de pouco envolvimento emocional na vida da criança. Já os mais novos, que são maior abertura à mudança, dão mais importância ao facto de serem sensíveis, compreensivos e dialogarem, de estarem presente na vida da criança e de partilhar a autoridade.

Relativamente às habilitações literárias, os sujeitos foram agrupados em três grupos (pais com estudos até ao 3º ciclo, pais que possuem o ensino secundário, pais com curso superior) para facilitar a análise dos dados. Assim, constatamos que os pais têm percentagens semelhantes de habilitações até ao 3º ciclo (37,4%) e do ensino secundário (37,1%), mas menores de curso superior (34,3%). Verificamos ainda que a maioria dos participantes com idade inferior ou igual a 30 possui habilitações até ao 3º ciclo (43,3%) e ensino secundário (44,0%) enquanto os indivíduos que possuem ensino superior (34,3%) são na sua maioria pais com idade superior ou igual a 31 anos. Quando relacionámos esta variável com o *bonding* constatamos que as habilitações literárias têm impacto no estabelecimento do laço afectivo. Verificamos que os pais que frequentaram até ao 3º ciclo têm níveis mais elevados de *bonding* positivo. No estudo de Ramos et al. (2005, cit. por SOARES, 2008), constataram igualmente que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma adaptação mais desajustada e mais negativa quando comparados com níveis de escolaridade mais baixos, sendo que, os pais cujo nível de escolaridade era mais elevado mostraram-se menos felizes, mais tristes e ansiosos do que os pais com níveis mais baixos de escolaridade. Pensamos que isto aconteça porque os pais com mais habilitações literárias, têm geralmente, um emprego com mais responsabilidade e possuidor de mais tempo, o que leva a que não tenham tanta disponibilidade e tempo para se envolverem emocionalmente com o bebé como os pais com menos habilitações literárias.

No que concerne ao estado civil, constatamos que a maioria dos pais é casada (66,9%) e em menor percentagem temos participantes solteiros (19,3%) e que vivem em união de facto (13,8%). Podemos referir ainda 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 no grupo com idade inferior ou igual a 30 anos, respectivamente 31,2% e 14,9%. Ao relacionarmos esta variável com o *bonding* paterno, verificamos que o estado civil não o influencia.

Em termos da duração do relacionamento actual, optámos igualmente por reagrupar esta variável em três grupos: relacionamentos até aos três anos, relacionamentos entre os quatro e os sete anos e relacionamentos superiores ou iguais a oito anos. Verificamos que os pais com um relacionamento entre os quatro e os sete anos (35,8%) e com mais de oito anos (35,0%) têm percentagens semelhantes, sendo que, são menos os pais com um relacionamento até três anos (29,2). Apuramos também que a maioria dos participantes com um relacionamento igual ou superior a 8 anos, possui uma idade superior ou igual a 31 anos

(49,5%), sendo que os pais com um relacionamento entre os 0 e os 3 anos e os pais com um relacionamento entre os 4 e os 7 anos apresentam percentagem mais significativa nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30, respectivamente 50,4% e 36,2%. No estudo da relação entre a duração do relacionamento actual com o *bonding* paterno, constatamos que esta variável não o influencia.

No que diz respeito à etnia, a grande maioria dos sujeitos deste estudo é de etnia branca (96,6%), seguidos de etnia negra (1,7%), da etnia cigana (1,4%). Verificamos que os sujeitos com idade superior ou igual a 31 apresentam percentagens maiores na etnia branca (93,6%), enquanto a etnia negra (4,3%) e cigana (2,1%) se encontram mais presentes nos sujeitos com idade inferior ou igual a 30 anos. Optámos por não relacionar a etnia com o *bonding*, porque não nos pareceu ser uma variável com impacto nesta última.

A **questão dois** deste estudo prende-se com a influência das variáveis obstétricas (primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada e gravidez desejada) sobre o estabelecimento do *bonding* pai-bebé.

Relativamente a ser o primeiro filho, apuramos que na maioria dos casos (63,2%) este é o primeiro filho, enquanto que para 36,8% isso já não se verifica. Para a maioria dos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 estão a ser pais pela primeira vez (85,8%) e uma percentagem significativa de indivíduos com idade superior ou igual a 30 já têm filhos (52,2%). Relacionando esta variável com o *bonding*, verificamos que quando era o seu primeiro filho, os pais apresentavam mais *bonding* positivo. Cremos que este envolvimento emocional mais favorável ao estabelecimento do vínculo seja causado pela excitação e novidade sentida pelo pai, inerentes ao facto de ser o seu primeiro filho.

Acerca do tipo de parto (normal ou distóxico), verificamos que 46,1% dos partos foram normais e 53,9% foram partos distóxicos. Os partos distóxicos foram mais frequentes nas companheiras dos indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos (54,8%). Quando esta variável é relacionada com o *bonding*, constatamos que o tipo de parto não influencia o *bonding* paterno. No entanto, Figueiredo (2003) postula que o envolvimento emocional com o bebé é maior em partos normais do que em outros tipos de partos. Pensamos não ter encontrado significância estatística no *bonding*, por estarmos a avaliar os pais, que, ao contrário das mães, não estão envolvidos directamente no trabalho de parto e parto, tendo apenas a função de ajudar a companheira neste processo, o que pode fazer com que o envolvimento seja semelhante em tipo de partos diferentes. Para além disso, os pais não passam pelas mesmas alterações hormonais que as mães reportam na altura do parto, nem tão

pouco apresentam as consequências próprias dessas alterações, tais como mudanças no estado de humor, emoções mais negativas para com o bebé e maior grau de *stress*, logo, faz sentido que apresentem um envolvimento inicial semelhante com o bebé, quando é um parto distócico ou um parto normal.

No que se reporta à gravidez ser planeada, constatamos que 76,8% das gravidezes foram planeadas e 35,8% não foram. Para pais com idades inferiores (70,2%) e superiores a 30 anos (81,3%) os valores não são muito díspares. Em relação à gravidez ser desejada, observamos que 96,6% dos participantes refere que a gravidez actual foi desejada, enquanto uma pequena percentagem de 3,4% dos indivíduos menciona uma gravidez indesejada. Para os pais com idades inferiores e superiores a 30 anos a percentagem de partos não desejados foi a mesma (4,3%). Ao relacionarmos estas duas variáveis (gravidez planeada e desejada) com o *bonding*, apuramos que não têm impacto no envolvimento emocional paterno. Os estudos já realizados (FIGUEIREDO et al. 2005b), mostram que o facto de os progenitores não desejarem nem planearem o bebé, tem consequências adversas no estabelecimento do laço afectivo entre o pai e o bebé. No entanto, num estudo mais recente (FERREIRA; LAIA; NÉNÉ, 2010) obtiveram os mesmos resultados apresentados nesta investigação. Os resultados por nós obtidos, podem resultar de existirem situações, sobretudo no início da gravidez, em que a gravidez não é planeada nem desejada, mas que, com o decorrer da gestação, acaba por ser aceite e desejada, o que pode ter como consequência, o aumento do envolvimento emocional do pai. Assim, as diferenças do *bonding* em pais que inicialmente não planejaram nem desejaram a gravidez, comparativamente com pais que planejaram e desejaram a gravidez não sejam significativas.

Relativamente à **terceira questão** do estudo, queríamos estudar qual a influência das variáveis do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância pré-natal, presença na primeira ecografia, sensação dos movimentos fetais, o ter falado com o bebé durante a gravidez, presença nas aulas de preparação para o parto, a presença durante o trabalho de parto, ter tido conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto, participação activa no trabalho de parto, presença no parto, corte do cordão umbilical, a importância de cortar o cordão umbilical para o estabelecimento do laço emocional, pegar no bebé ao colo e vestir o bebé) no estabelecimento do *bonding* entre o pai e o bebé.

Em relação à presença nas consultas de vigilância pré-natal, constatamos que, 80,8% dos participantes esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal enquanto que 19,2% não esteve. A maior percentagem de pais que esteve presente nas consultas de vigilância pré-natal tinham idade superior ou igual a 31 anos (81,3%) e dos que não tiveram presentes verificou-se maior percentagem (19,9%), nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Relativamente ao estabelecimento do vínculo entre o pai e o bebé, esta variável não tem impacto. Contudo, diversos estudos (PICCININI et al. 2004; SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009) têm mostrado que o acompanhamento nas consultas pré-natais tem impacto no envolvimento emocional parental. Achamos que os resultados que obtivemos podem ser explicados pela tónica que os pais colocam sobre as consultas de vigilância pré-natal. Nas consultas de vigilância, o médico e o enfermeiro estão com o casal e é-lhes explicado quais os procedimentos efectuados ao longo de todo o processo, sublinham quais os sinais de alerta a ter em conta, referem os cuidados que devem ter durante a gravidez e adequam os ensinamentos à idade gestacional da grávida. Desta forma, o pai ao frequentar as consultas de vigilância, mostra-se alegre, protector e afectuoso pela evidência de que vai ter um filho e por tudo o que isso acarreta, mas por outro lado, interpreta estas consultas de forma expectante e revela-se receoso por todos os procedimentos a realizar e pela adaptação de novos comportamentos mais congruentes com a nova realidade que está a viver. Seguindo esta linha de ideias, o pai pode, simultaneamente, apresentar valores elevados de envolvimento emocional positivo com o bebé, e emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional com o bebé.

No que se refere à presença na primeira ecografia, 80,8% dos participantes esteve presente e 19,2% não esteve. A maior percentagem (82,3%) de pais presentes proveio dos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos e a maior percentagem (20,2%) dos que não estiveram presentes resultou dos indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos. Ao relacionarmos a variável em questão com o *bonding*, apuramos que a presença na primeira ecografia influencia o estabelecimento do laço emocional ($p=0,005$). Verificamos que os pais presentes na primeira ecografia, apresentam níveis mais elevados de *bonding* positivo. Este resultado vai de encontro ao esperado, uma vez que as investigações (PICCININI et al. 2004; SAMORINHA; FIGUEIREDO; CRUZ, 2009) têm mostrado que a visualização do bebé, através da ecografia, desencadeia nos pais emoções bastante positivas, o que leva a um maior interesse e envolvimento paterno com o bebé.

Relativamente à sensação dos movimentos fetais, verificamos que 96,3% pais o fizeram e apenas 3,7% não o fez. Quando analisamos a relação entre esta variável e o

bonding, concluímos que não influencia o estabelecimento do laço afectivo. Contudo, estes resultados não são corroborados pela literatura, que refere que o sentir os movimentos fetais, o conversar com o bebé são etapas importantes para o desenvolvimento da vinculação (PEREIRA, 2009).

No que concerne ao ter falado com o bebé durante a gravidez, a maioria dos participantes fê-lo (83,4%), ao passo que 16,6% não o fez. Verificamos uma maior percentagem de pais que falaram com o bebé durante a gravidez com idade inferior ou igual a 30 anos (86,5%). Ao relacionarmos esta variável com o *bonding*, concluímos que tem impacto no envolvimento emocional paterno. Os pais que falaram com o bebé durante a gravidez têm mais *bonding* positivo. Isto pode acontecer porque os pais, ao falarem com o bebé, sentem-se mais próximos deste, pelo que vão criando uma representação mental do filho mais real, logo, reportam emoções mais positivas (PEREIRA, 2009).

No que diz respeito à presença nas aulas de preparação para o parto, 29,1% dos pais esteve presente em menos de duas sessões, 36,7% esteve presente entre três a seis sessões e 34,2% presenciou sete ou mais sessões. Dos indivíduos que estiveram presentes em pelo menos duas sessões e os que tiveram presentes em 7 ou mais sessões, a maior percentagem (32,6% e 41,3%, respectivamente) verificou-se nos que tinham idade superior ou igual a 31 anos. Os participantes com idade inferior ou igual a 30 anos foram aqueles que maior percentagem (51,5%) tiveram, na presença de três a seis sessões. Esta variável relacionada com o *bonding*, mostrou não ter impacto. Contudo, Piccinini et al. (2004), que conduziram uma investigação sobre o envolvimento paterno no terceiro trimestre de gestação, concluíram que a maioria dos pais estavam muito envolvidos na gravidez, querendo participar em todas as fases desta, mostrando grande disponibilidade emocional para este processo.

Atendendo à participação activa no trabalho de parto, verificamos que 59,6% referiram ter tido uma participação activa no trabalho de parto, enquanto 40,4% referiram não a ter tido. A participação destes foi feita da seguinte forma: “assistência à mãe” (64,9%), “apoio psicológico” (33,3%), “ajuda no controlo da respiração” (1,1%) e “mantendo a companheira hidratada” (0,6%). Ao relacionarmos esta variável com o *bonding* paterno, concluímos que participar activamente no trabalho de parto não influencia o estabelecimento do laço afectivo. Segundo Carvalho (2003), estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os pais se sentirem excluídos no processo do parto, restando-lhe apenas dar apoio moral e conforto à companheira.

Alusivo à presença dos pais durante o parto, 61,3% estiveram presentes e 38,7% não estiveram. Dos indivíduos que estiveram presentes durante o parto verificamos que a maior percentagem (72,3%) pertence aos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não estiveram presentes têm na sua maioria idade superior ou igual a 31 anos com uma percentagem de 46,2%. Quando esta variável é relacionada com o *bonding*, constatamos que a presença dos pais durante o parto não influencia o *bonding* paterno. Contudo, há estudos (GENESONI; TALLANDINI, 2009) que mostram que os pais relatam uma grande vontade de participar no parto, mas ao mesmo tempo de saírem daquela situação. Referem ainda que os pais que participam activamente no parto se sentem mais felizes com a experiência e manifestam menos sintomas depressivos.

Relativamente ao corte do cordão umbilical e à importância do corte do cordão umbilical para o estabelecimento do laço afectivo, verificamos que a percentagem de pais que cortaram o cordão umbilical do bebé foi apenas de 5,1% enquanto a percentagem dos que não cortaram foi de 94,9%. Dos que não cortaram o cordão umbilical a maior percentagem (98,0%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. A maioria dos pais (52,2%) consideraram que não era importante o corte o cordão umbilical para o estabelecimento da ligação com o bebé, em oposição a uma percentagem de 47,8% que achou o contrário. Dos que deram importância ao corte do cordão umbilical a maior percentagem (50,5%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não deram importância, eram na sua maioria indivíduos com idade superior ou igual a 31 anos com uma percentagem de 54,5%. Dos pais que não cortaram o cordão umbilical 59,6% referiram que gostariam de o ter feito, enquanto 40,4% disseram que não. Dos que dos que não cortaram o cordão umbilical e gostariam de o ter feito, a maior percentagem (68,0%) verificou-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Ao relacionarmos estas duas variáveis com o *bonding* paterno, concluímos que cortarem o cordão umbilical e a importância dada ao corte deste para o estabelecimento do laço afectivo não tem impacto no *bonding*. Contudo, Mendes (2007) refere que o corte do cordão umbilical é sinónimo da contribuição que os pais querem dar numa nova etapa na vida da tríade. No estudo de Brandão (2009), os resultados mostram que o corte do cordão umbilical feito pelo pai no nascimento sugere ser um factor de impacto para o envolvimento emocional entre o pai e o bebé.

No que concerne aos pais terem vestido o bebé, a maioria dos participantes não o fez (82,2%) e apenas 17,8% dos pais vestiram o recém-nascido. Observamos uma maior percentagem (21,4%) de indivíduos que vestiram o bebé, nos pais com idade superior ou igual

a 31 anos e os que não vestiram o bebé a maior percentagem (86,3%) observa-se nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos. Esta variável, quando relacionada com o *bonding*, mostrou não ter impacto nesta. No entanto, estes resultados vão contra o sugerido pela literatura (KLAUS; KENNEL; 1993 cit. por PEREIRA, 2009), pois referem a existência de um período sensitivo depois do parto, no qual, a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e verificam-se interacções complexas entre os pais e o recém-nascido, tais como pegar no bebé ao colo e vesti-lo, que fortalece o estabelecimento do laço afectivo.

Atendendo à presença do pai no trabalho de parto, 78,2% destes presenciaram e apenas 21,8% não estiveram presentes no trabalho de parto. A maior percentagem (84,4%) de indivíduos que estiveram presentes no trabalho de parto observou-se nos pais com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não tiveram presentes a maior percentagem foi de 26,0% sendo a sua idade superior ou igual a 31 anos.

No que se refere ao conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto, 73,1% dos indivíduos teve conhecimento do mesmo e 26,9% já não. A maioria (75,2%) dos pais que tiveram conhecimento dos acontecimentos do trabalho de parto foi observada nos indivíduos com idade inferior ou igual a 30 anos, enquanto os que não tiveram conhecimento a maior percentagem foi de 28,4% sendo a sua idade superior ou igual a 31 anos.

Relativamente ao pai ter pegado no bebé ao colo, verificamos que 86,9% dos participantes o fizeram e 13,1% não. A maior percentagem (90,2%) dos indivíduos que pegaram no bebé ao colo possuem uma idade superior ou igual a 31 anos, enquanto a maior percentagem (16,7%) dos indivíduos que não pegaram no bebé ao colo possuem uma idade inferior ou igual a 30.

Em relação a estas três últimas variáveis (presença durante o trabalho de parto, o conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto e pegar no bebé ao colo), quando relacionadas com o *bonding* paterno, mostraram que influenciam ($p < 0,05$) o estabelecimento do laço emocional. Assim, obtivemos que os pais presentes no trabalho de parto, que conhecem os acontecimentos do trabalho de parto e que pegam os seus bebés ao colo, revelam níveis mais elevados de emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional com o bebé, portanto, de *bonding not clear*. Estes factos podem ser explicados pela emoção predominante que achamos que sentem nestas situações, o receio. Quando um pai está informado de todos os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto, poderá estar mais atento a todos os procedimentos obstétricos realizados para que possa apurar se tudo está a correr como planeado, e mostrando-se receoso de que algo inesperado

possa surgir e que poderá perturbar a normalidade do processo. No mesmo sentido, um pai que está presente no trabalho de parto poderá recear que algo corra mal, fazendo com que o parto se possa tornar perigoso para o filho e para a companheira. No estudo de Piccinini et al. (2004), aplicaram uma entrevista aos pais que presenciaram o trabalho de parto, e estes afirmaram que se preocupam bastante com o trabalho de parto, na possibilidade de as companheiras sentirem muitas dores e se tudo decorreria sem complicações. No mesmo sentido, quando um pai pega no bebé ao colo, pois é possível que sinta receio de que possa fazer algo que magoe o bebé, apresentando ao mesmo tempo duas emoções proeminentes: alegria e receio.

Sinteticamente, através dos resultados obtidos nas variáveis do envolvimento do pai, podemos verificar que a maioria dos pais está presente em consultas de vigilância pré-natal (80,8%) e na primeira ecografia (80,2%), interage com o bebé, sentindo os movimentos fetais (96,3%) e falando com ele durante a gravidez (83,4%), está presente no trabalho de parto (78,2%) e durante o parto (61,3%), tem conhecimento do trabalho de parto (73,1%), participa activamente neste (59,6%), essencialmente dando assistência à mãe (64,9%) e pega no bebé ao colo (86,9%), o que mostra nitidamente a presença e o envolvimento emocional e comportamental do pai na gestação, trabalho de parto e parto. Estes resultados vão ao encontro do novo papel de pai a que se tem assistido na nossa sociedade. Outras investigações têm mostrado, de forma semelhante, o envolvimento activo dos pais no acompanhamento de todo o processo gravídico e do nascimento. Contudo, Ferreira; Laia; Néné (2010) referem que o grau de envolvimento do pai com o bebé pode depender de vários factores, tais como a sua personalidade, expectativas do papel sexual, experiências prévias com serviços hospitalares, bem como de a gravidez ter sido planeada e desejada.

No que concerne à **quarta questão**, isto é, se o auto-conceito paterno tem influência no *bonding* entre pai e filho, obtivemos factores que predizem o tipo de *bonding* do pai.

Para o *bonding* positivo o modelo de regressão encontrado ($F=31,989$; $p=0.000$) contém o auto-conceito total ($B=0,040$) e este explica 8,8% da variância do *bonding* positivo. Isto sugere-nos que os pais que têm uma percepção positiva de si mesmo, se sentem bem consigo próprios e com os outros, têm estratégias de *coping* mais adequadas e percebem o mundo de forma menos ameaçadora, tendem a envolvem-se emocionalmente e de forma mais positiva com o bebé. Este resultado vai ao encontro do que Cowan e Cowan (1998 cit. por OLIVEIRA; PEDROSA; CANAVARRO, 2005) preconizam, ou seja, quanto mais positiva é a percepção do progenitor sobre si e sobre as alterações experienciadas, mais positivo é o

bonding desenvolvido pela tríade e maior a satisfação sentida pelos pais relativamente aos seus novos papéis.

Relativamente ao *bonding* negativo, o factor auto-eficácia ($B=-0,055$) foi aquele que entrou no modelo de regressão ($F=9,556$; $p=0,002$), explicando 2,8% do *bonding* negativo paterno. Perante isto, podemos hipotetizar que os pais com menores expectativas e crenças acerca da realização de tarefas e de resolução de problemas, são mais propensos a ter emoções de carácter mais negativo, em relação ao bebé.

No que concerne ao *bonding not clear*, o factor impulsividade-actividade ($\beta=0,119$) foi o único a entrar no modelo de regressão ($F=10,540$; $p=0,001$), explicando 3,1% do *bonding not clear*. Estes resultados, sugerem que os pais com características impulsivas, tendem a mostrar emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional ao bebé.

No que toca ao *bonding* total, o auto-conceito total ($\beta=0,095$), bem como o seu factor impulsividade-actividade ($\beta=-0,301$), entraram no modelo de regressão ($F=11,524$; $p=0,000$), ambos explicando 6,5% da variância do *bonding* total. A partir destes resultados, podemos inferir que pais com um bom auto-conceito (pais que têm uma percepção positiva de si mesmo, se sentem bem consigo próprios e com os outros, têm estratégias de *coping* mais adequadas e percebem o mundo de forma menos ameaçadora) e que, adicionalmente, são menos impulsivos, tendem a ter um *bonding* total mais elevado. Como o *bonding* total é calculado pela subtracção do resultado das sub-escalas *bonding* negativo e *bonding not clear* ao resultado da sub-escala *bonding* positivo, significa que o pai tem de apresentar mais *bonding* positivo e menos *bonding* negativo e *not clear*.

Estes resultados são corroborados por alguns estudos, onde é referido que o envolvimento com o bebé pode estar relacionado com alterações na auto-percepção, sentimentos de identidade, psicopatologia e no desempenho de tarefas dos pais (MOURA-RAMOS, 2006 cit. por GAMEIRO; MOURA-RAMOS; CANAVARRO, 2009). Também BRANDÃO (2009) citando Levy-Shiff (1994), refere que o estabelecimento do *bonding* pode estar relacionado com as características individuais do pai, tal como as suas crenças, aptidões, ou história individual.

Importa ressaltar que algumas sub-escalas do auto-conceito, nomeadamente aceitação-rejeição social e maturidade psicológica não mostraram ser predictoras do *bonding* paterno. Desta forma, podemos concluir que o facto de os pais acreditarem ou não nas suas

capacidades e competências sociais e apresentarem mais ou menos maturidade parece não influenciar o estabelecimento do laço emocional entre o pai e o bebé.

Apesar de não ser objectivo do nosso estudo, quisemos enriquecê-lo, analisando as relações entre o auto-conceito e as variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias estado civil e duração da relação), obstétricas (ser o primeiro filho, tipo de parto, gravidez planeada, gravidez desejada) e do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto (presença nas consultas de vigilância, sensação dos movimentos fetais, falar com o bebé durante a gravidez, presença durante o trabalho de parto e durante o parto). Apenas estudámos o auto-conceito com as variáveis que consideramos poderem ter impacto com a primeira variável.

Em relação aos resultados obtidos com esta variável, e tendo em conta as variáveis com significância estatística, constatamos que os pais que estiveram presentes nas consultas de vigilância pré-natal apresentam um bom auto-conceito. Isto poderá significar que os pais que vão com as suas companheiras às consultas de vigilância, são pais com uma percepção positiva de si mesmo, sentem-se bem consigo próprios e com os outros, têm estratégias de *coping* mais adequadas, percebem o mundo de forma menos ameaçadora, o que consequentemente leva a uma melhor saúde mental. Verificamos ainda que os pais que falaram com o bebé durante a gravidez, têm um bom auto-conceito, principalmente quando se refere à aceitação social e impulsividade. Neste sentido, podemos hipotetizar que os pais que falam com os seus bebés durante a gravidez, acreditam que são sociáveis, são agradáveis no contacto com os outros, são faladores e gostam de fazer aquilo que lhes apetece.

7. CONCLUSÕES

Este trabalho surgiu devido ao facto de, na revisão da literatura sobre a temática do *bonding*, termos constatado a existência de poucas investigações levadas a cabo com progenitores masculinos e o envolvimento emocional que tinham com os seus bebés. Assim, pretendemos com este trabalho contribuir para o conhecimento e estudo sobre os factores que têm impacto no estabelecimento do *bonding* do pai com o filho nas 48 horas após o parto.

Os objectivos do presente trabalho a que nos propusemos dar resposta tiveram que ver com a influência das variáveis sócio-demográficas, obstétricas e do envolvimento do pai durante a gravidez, trabalho de parto e parto, bem como do auto-conceito paterno no estabelecimento do *bonding* pai-filho.

De acordo com a análise dos resultados, verificamos que os participantes do estudo apresentam idades compreendidas entre os 17 anos e os 55 anos, com uma média de idades de 31,84. A maioria é de etnia branca (96,6%), estudou até ao 3º ciclo (37,4%), é casada ou vive em união de facto (80,8%) e o relacionamento actual dura entre 4 a 7 anos (35,8%).

Em relação às características sócio-demográficas, as variáveis que se mostraram influentes no *bonding* positivo foram a idade ($p=0,010$) e as habilitações literárias ($p=0,045$) dos pais. Verificamos que os pais com idade inferior ou igual a 30 anos apresentam maior grau de envolvimento emocional positivo com o bebé. No que diz respeito às habilitações literárias, os pais que estudaram até ao 3º ciclo têm mais *bonding* positivo do que aqueles que frequentaram o ensino superior.

No que concerne às características obstétricas, o facto de este ser o primeiro filho foi a única variável influente no *bonding* positivo ($p=0,027$) e no *bonding not clear* ($p=0,043$).

Relativamente às variáveis do envolvimento do pai, verificamos que as variáveis significativamente relacionadas com o *bonding* positivo são a presença deste na primeira ecografia ($p=0,005$) e o ter falado com o bebé durante a gravidez ($p=0,005$). Por outro lado, as variáveis que mostraram influenciar o *bonding not clear* são, o ter estado presente durante o trabalho de parto ($p=0,045$), o ter tido conhecimento de todos os acontecimentos do trabalho de parto ($p=0,017$) e pegar no bebé ao colo ($p=0,049$).

No que diz respeito à predição do *bonding* pelo auto-conceito, verificamos que a variável auto-conceito total foi preditora do *bonding* positivo e do *bonding* total, o que significa que os sujeitos com um bom auto-conceito, têm níveis mais elevados de *bonding* positivo e de *bonding* total. A auto-eficácia é preditora do *bonding* negativo, o que mostra que os participantes que, em determinadas situações, não acreditam terem um desempenho competente e capaz, têm maiores níveis de *bonding* negativo. A impulsividade-actividade é preditora do *bonding not clear* e do *bonding* total, querendo isto dizer que os pais que agem por impulso têm valores mais elevados de *bonding not clear* e de *bonding* total.

Constatamos ainda que as variáveis influentes no auto-conceito paterno foram o tipo de parto ser distócico ($p=0,025$), o pai ter estado presente nas consultas de vigilância pré-natal ($p=0,002$) e o ter falado com o bebé durante a gravidez ($p=0,016$).

Podemos concluir com este estudo que o *bonding* é um processo complexo e importante, que é sensível às características sócio-demográficas e psicológicas do pai, do bebé, bem como do decurso gravídico e do parto.

Com os resultados obtidos pretendemos mostrar que os pais, não somente as mães, passam por uma série de transformações até à parentalidade desde a gravidez até ao nascimento e pós-parto e que ao longo de todo este processo operam diversas variáveis que influenciam o estabelecimento do laço afectivo dos progenitores ao bebé. Actualmente, os pais já são vistos a acompanharem as puérperas em várias ocasiões importantes para a parentalidade, tais como, nas consultas de vigilância, nas ecografias ou nas aulas de preparação para o parto. Para tal, os pais têm de se envolver física e emocionalmente para que estas mudanças necessárias e fundamentais possam ser instauradas correctamente e que decorram sem grandes impedimentos. Para além disso, os resultados sugerem diferentes formas de adaptação em pais perante o nascimento de um filho, por isso, afigura-se fundamental respeitar os diversos ajustamentos que os pais apresentam nesta nova situação, para que possam superar os desafios e as exigências que o nascimento de um filho acarreta. Assim, é essencial que os pais sintam, da parte dos técnicos de saúde, apoio, disponibilidade para responderem às suas dúvidas e capazes de transmitir tranquilidade e segurança.

Apesar de os pais estarem a modificar, de forma profunda mas lenta, o seu papel de pai, ainda há muitos que continuam a ter uma postura de distanciamento afectivo da família, acreditando que é a mãe quem deve exercer os cuidados ao bebé. Assim, cabe aos profissionais de saúde e às próprias instituições de saúde fornecerem informação, adequarem os seus serviços e a não excluïrem os pais de todos os procedimentos realizados no âmbito da

gravidez, trabalho de parto e parto. Desta forma, poderiam implantar-se formações e estratégias assistenciais para acompanhar o pai desde o pré-natal ao puerpério, para minimizar as inquietações sentidas por eles durante a gravidez da companheira.

Neste sentido, seria importante que nos locais de prestação de cuidados, que se pretendem holísticos, se realizasse um rastreio e uma avaliação cuidadosa aos pais no sentido de sinalizar os indivíduos com envolvimento emocional negativo ou com emoções não directamente relacionadas com o envolvimento emocional ao bebé. Essa sinalização poderia incluir um questionário cuidadoso para avaliar as variáveis que sabemos influenciar o *bonding*, tal como o autoconceito, ou outras variáveis psicológicas, através da aplicação de escalas psicológicas para avaliarmos as características de personalidade de cada progenitor e que poderão ser relevantes para o estabelecimento do *bonding* parental. Visto que, as escalas utilizadas neste estudo para avaliar o auto-conceito e o *bonding*, o Inventário Clínico do Auto-Conceito e a Escala *Bonding*, respectivamente, mostraram ser bons instrumentos na predição do *bonding*, poderiam ser incluídas no protocolo. Para além desta, poderíamos ainda avaliar outras variáveis, tais como a depressão, a ansiedade e a presença de sintomatologia psicopatológica.

A sinalização de pais com valores elevados de *bonding* negativo e *not clear*, permitiria que estes fossem encaminhados para um serviço onde os ajudassem a lidar melhor com a nova realidade que estão a experienciar. É aqui que os enfermeiros podem fazer a diferença. Estes profissionais estão, invariavelmente, em contacto permanente com todos os elementos da tríade mãe-pai-bebé, pelo que devem estar atentos a quaisquer anomalias no estabelecimento do laço afetivo entre os progenitores e o bebé, auxiliar os pais a compreenderem as consequências de tal envolvimento e a dar-lhes ajuda adequada e incentivo para o modificar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, Ana ; MARTINS, Mariana – A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. Cogitare Enferm. 14:2 (2009) 324-331.

BELSKY, J. ; KELLY, J. – **The transition to parenthood**. New York: Dell, 1994.

BRANDÃO, Sónia – **Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto**. Porto: Universidade do Porto, 2009. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

BURNS, R. – **Essential Psychology: for students and professionals in the health and social services**. 2ª ed. Lancaster: Springer, 1991.

BUSH, Y. – **Bonding and attachment**. Canada: Trafford Publishing, 2001.

CANAVARRO, M. ; DIAS, P. ; LIMA, V. – A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale (AAS-R) na população portuguesa. Psychologica, 20:1 (2006) 11-36.

CARTER, C. ; AHNERT, L. – Introduction. In CARTER, C. [et al.] – **Attachment and bonding: a new synthesis**. 92 ed. MIT Press, 2005. p. 1-8.

CARVALHO, Jovanka. [et al.] – Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. Rev. Rene. Fortaleza, 10:3 (2009) 125-131.

CARVALHO, Maria. – Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cadernos de Saúde Pública, 2:19 (2003) 389-398.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – Guia orientador de elaboração de trabalho escritos [Em linha]. Viseu: [s.n.], 2008. Disponível em WWW:<URL:http://www.essv.ipv.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=69&Itemid=167>.

FERREIRA, Liliana ; LAIA, Magda ; NÉNÉ, Manuela – Envolvimento paterno e o planeamento da gravidez. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. 2 (2010) 21-30.

FIGUEIREDO, Bárbara – Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2003. 3(3), 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara – ‘*Bonding*’ pais-bebé. In Leal, I. ed. lit. – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. p. 287-314.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] – *Bonding*: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. Psychologica. Coimbra. ISSN 0871-4657. 40 (2005a) 133-154.

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

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] – Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. Early Child Development and Care. 177:5 (2007) 521-532.

GAMEIRO, Sofia ; MOURA-RAMOS, Mariana ; CANAVARRO, Maria Cristina – Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. Journal of Reproductive and Infant Psychology. Londres. ISSN 1469-672X. 27:3 (2009) 269-286.

GENESONI, Lucia ; TALLANDINI, Maria – Men’s psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. Birth. 36:4 (2009) 305-318.

KASSIN, S. ; FEIN, S. ; MARKUS, H. – **Social Psychology**. 8a ed. Belmont: Wadsworth, 2011.

Lei n.º 14/1985 – Diário da República nº 153. Série I de 6 de Julho de 1985. Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto.

MAZZIERI, Sílvia ; HOGA, Luiza – Participação do pai no nascimento e parto: revisão da literatura. Rev. Min. Enf. 10:2 (2006) 166-170.

MENDES, Isabel – **Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto**. Porto: Universidade do Porto, 2007. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MERCER, S. – **Towards an understanding of language learner self-concept**. London: Springer, 2011.

MONTEIRO, Lúgia [et al.] – Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. Análise Psicológica. Lisboa. 26:5 (2008) 395-409.

MOURA-RAMOS, Mariana ; CANAVARRO, Maria Cristina – Adaptação parental ao nascimento de um filho. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. 25:3 (2007) 399-413.

OLIVEIRA, C. ; PEDROSA, A. ; CANAVARRO, M. – Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In Marques Pinto, A. [et al.], ed. lit. – **Stress e bem-estar**. Lisboa: Climepsi, 2005, p. 59-83.

OYSERMAN, D. – Self-Concept and Identity. In TESSER, A. ; SCHWARZ, N., ed. lit. – **Blackwell handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes**. Oxford: Blackwell Publishers, 2001.

PEREIRA, Maria – **O primeiro contacto pai-bebé: um olhar sobre a prática**. Porto: Universidade do Porto, 2009. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

PICCININI, César [et al.] – O envolvimento paterno durante a gestação. Psicologia: Reflexão e Crítica. 17:3 (2004) 303-314.

SAMORINHA, C. ; FIGUEIREDO, B. ; CRUZ, J. – Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. Psicologia, Saúde & Doenças, 10:1 (2009) 17-29.

SMITH, E. ; MACKIE, D. – **Social Psychology**. 2ª ed. Hove: Psychology Press, 2000.

SOARES, Hélia – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção em enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

SOARES, Isabel – Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In SOARES, Isabel ed. lit. – **Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida**. Coimbra: Quarteto, 2000. p. 381-435.

SUTTER, Christina ; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia – Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. Psico. Porto Alegre. ISSN 1980-8623. 39:1 (2008) 74-82.

VAZ SERRA, Adriano – A importância do auto-conceito. Psiquiatria Clínica. Coimbra. 7:2 (1986a) p. 57-66.

VAZ SERRA, Adriano – O Inventário Clínico do Auto-Conceito. Psiquiatria Clínica. Coimbra. 7:2 (1986b) 67-87.

VAZ SERRA, Adriano ; POCINHO, Fernando – Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 22:1 (2001) 9-21.

WEITEN, W.; DUNN, D.; HAMMER, E. – **Psychology applied to modern life: Adjustment in the 21st century**. 10th ed. Belmont: Wadsworth, 2012.

World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood – **Care in normal birth: a practical guide**. Geneve: [s.n.], 1996, p. 8-13.

APÊNDICE I

Questionário

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. Etnia: 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 parte IV)
- 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

APÊNDICE II

Fotocópia das autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados no Hospital Infante D. Pedro EPE, Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, Unidade Local de Saúde da Guarda

Prof. Paula Nete



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

Escola Superior de Saúde de Aveiro
28-7-2011
70 753

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° 5846
Capital Social 29.930.000 €
Pessoa Colectiva n° 506 361 543

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

S/ Ref.*

S/ Comunicação de

N/ Ref.*

Aveiro,

022786

26/07/2011

ASSUNTO: Resposta ao V/ pedido de autorização de realização de estudo no HIP

Em resposta à V/ 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 e verificado pela invest. prof.
28/07/2011
Paula Nete

A/C: Prof. Paula Nete
28.7.2011

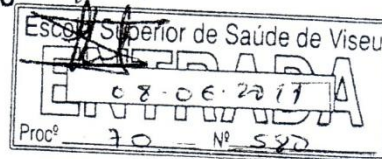
Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada officio tratar só de um assunto.

DD

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. 061 011 809
 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

Cópia ao Dr. António...
 9.6.2011

Autorização
 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 I 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 predictoras 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 Neias é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

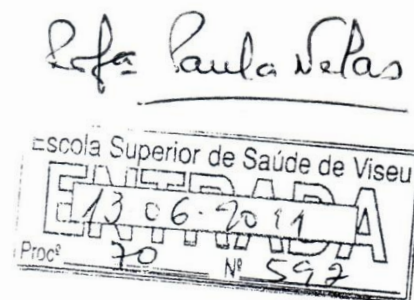
Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

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

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

Hospital de São Teotónio - Viseu
 Secretariado da Administração
 Documento nº 1098
 PN/NC
 Entregue 19/05/2011 WJ
 Saida 30/05/2011 WJ
 Site: http://www.essv.ipv.pt • E-mail Geral: essvgeral@essv.ipv.pt • E-mail Secretaria: servicocadematicos@essv.ipv.pt
 Secretaria 08/06/2011 WJ

O Vice-presidente da ESSV
 [Signature]
 Professor Doutor Daniel Silva



Cópia ao Prof. Representante
13.06.2011

Exmº. Senhor
Vice-Presidente do Conselho Directivo da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Daniel Silva
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
nr. 102

3500 – 843 Viseu

Sua referência
Ofc. 545
Processo 70

Sua comunicação de
16.05.2011

Nossa referência

4608

Data, 06
Guarda, 03/05/11

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 (Enfª. 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


(Dr. Fernando Monteiro Girão)

FG/VH



APÊNDICE III

Consentimento informado

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.

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

Gratas pela sua participação.

APÊNDICE IV

Autorizações dos autores das escalas

Verónica Rodrigues <veronicaraquel@gmail.com>

 **Pedido de autorização do Inventário Clínico de Auto-Conceito**
3 mensagens

Verónica Rodrigues <veronicaraquel@gmail.com>
Para: adriano.vazserra@gmail.com

18 de maio de 2011 21:34

Boa noite Professor Doutor Adriano Vaz Serra

O meu nome é Verónica Rodrigues. Estou a frequentar o I Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu. Encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação que pretende estudar a influência do auto-conceito do pai no seu envolvimento na gravidez, trabalho de parto e parto. Tendo conhecimento de que o Sr. Prof. Doutor é autor de uma escala que considero uma mais valia utilizar para desenvolver a minha investigação, venho por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para utilizar o Inventário Clínico de Auto-Conceito, nesta investigação.

Grata pela atenção dispensada,
Atenciosamente,
Verónica Rodrigues

Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com>
Para: Verónica Rodrigues <veronicaraquel@gmail.com>

18 de maio de 2011 23:41

Verónica,
Desde já fica autorizada a utilizar a minha escala denominada por "Inventário Clínico de Auto-Conceito".
Envio-lhe em anexo a escala, a cotação das diversas questões e dois textos explicativos.
Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de
Adriano Vaz Serra

ANEXO I

Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC)

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (ICAC)

Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere sobretudo a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma **X** no quadrado que pensa que se aplica a si da forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 – Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Costumo ser rápido na execução das tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 – Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 – Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 – Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 – Sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 – A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 – Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 – Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 – Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 – Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II

Escala Bonding

ESCALA 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
AFFECTUOSO	<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"/>