

Diana Mafalda Tavares e Pinho

Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Diana Mafalda Tavares e Pinho

Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Diana Mafalda Tavares e Pinho

Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido

_____ (Assinatura)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada
em Enfermagem”.

SUMÁRIO

Este trabalho enquadra-se num estudo de investigação com o objectivo de avaliar os conhecimentos dos Pais (pai e mãe) acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido (RN) e teve como população alvo todos os Pais de RNs de termo nascidos durante o primeiro trimestre de 2009, inscritos no Centro de Saúde de Campanhã, Porto.

O presente trabalho pretende ser um contributo para o conhecimento envolvente à temática das capacidades sensoriais do RN e o contributo da Enfermagem para a promoção da relação afectiva entre Pais e RN.

Podemos dizer que, na generalidade, os Pais sabem ou já ouviram falar das capacidades sensoriais do RN, atribuindo importância moderada ao conhecimento para o desenvolvimento e fortalecimento da sua relação com o RN.

Dedico esta monografia aos meus Pais e irmãos
Com amor, respeito e gratidão.

Aos meus Avós, quem recordo todos os dias...

E que iluminam o meu caminho no silêncio das suas palavras.

Agradecimentos

Aos meus Pais, que sempre estiveram presentes, de forma pronta e amiga, permitiram-me enfrentar todas as dificuldades humanas e científicas que, por si só, e noutras circunstâncias, me teriam feito hesitar, quem sabe mesmo desistir.

Aos meus irmãos, pela força e presença que sempre manifestaram nos momentos mais difíceis do meu percurso académico.

Agradeço à minha orientadora, professora Luísa Matos, pelo desafio que me ajudou a empreender.

Quero expressar o meu reconhecimento a todas as pessoas e instituições que, pelo seu empenho e colaboração, permitiram que a realização deste trabalho fosse possível.

A todos os meus colegas e amigos.

Agradeço com amizade.

ÍNDICE DE SIGLAS

NBAS – Escala de Avaliação Comportamental Neonatal

RN – Recém – Nascido

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade da mãe e a idade do pai	53
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade dos Pais	53
Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo as habilitações literárias	54
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a situação profissional	55
Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o número de filhos	56
Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o tempo de gestação	57
Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o peso ao nascer	58
Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a estatura ao nascer	58
Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o perímetro cefálico ao Nascer	59
Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o Apgar ao primeiro Minuto	59
Tabela 11 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o Apgar ao quinto minuto	60
Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN para uma melhor percepção e satisfação das necessidades do seu filho”	63

Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Sabe como estimular o seu filho de forma a promover o desenvolvimento das suas capacidades?”	64
Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Habitualmente aproveita os momentos em que o seu filho se encontra acordado para comunicar e brincar com ele?”	65
Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Habitualmente acorda o bebé para o estimular?”	65
Tabela 16 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Para o desenvolvimento das capacidades sensoriais do RN, considera:”	66
Tabela 17 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Considera os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN para o fortalecimento da relação afectiva Pais – filho?”	67
Tabela 18 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, os Enfermeiros mostram-se disponíveis para fornecer o apoio necessário aos Pais durante a hospitalização?”	67
Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, os Enfermeiros transmitem-lhe as informações adequadas às suas necessidades relativamente às capacidades sensoriais do bebé?”	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o sexo	52
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o estado civil	55
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o número de filhos	56
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o sexo do RN	57
Gráfico 5 – Distribuições dos sujeitos da amostra segundo o tipo de alimentação	60
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a patologia ao nascer	61
Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Tem conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN?”	61
Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Sabe quais são os sentidos do RN que estão presentes ao nascer?”	62
Gráfico 9 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “De que forma adquiriu os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN?”	63

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	134
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. Conhecimento	17
2. O recém-nascido	17
2.1. Características do recém-nascido	18
3. Capacidades sensoriais do recém-nascido.....	19
3.1. Os sentidos do recém-nascido.....	20
4. A importância das estimulações precoces	26
5. A relação afectiva.....	29
6. Relação Pais/ recém-nascido.....	31
7. O cuidar em Enfermagem.....	37
8. A importância dos cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais - recém-nascido	40
II. FASE CONCEPTUAL.....	44
1. Objectivos do estudo.....	44
2. Questões de investigação.....	45
III. METODOLOGIA	46
1. Princípios éticos da investigação	46
2. Tema	47
2.1. Justificação do tema	47
3. Tipo de estudo	48
4. População em estudo	48
5. Amostra	48
6. Processo de amostragem	49
7. Variáveis em estudo.....	49

7.1. Variável dependente e independente	49
8. Instrumento de colheita de dados.....	50
9. Pré-teste	50
10. Tratamento de dados e análise de resultados.....	51
IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	52
1. Caracterização da amostra	52
2. Conhecimento dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN	61
V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
VI. CONCLUSÃO	73
VII. BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS.....	81
Anexo I - Questionário	

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão essencialmente prática, que desde os anos sessenta vê crescer o interesse pela investigação. A procura de uma identidade profissional e de um posicionamento no sistema de saúde têm conduzido ao aumento da autonomia e ao desenvolvimento de teorias e de uma linguagem própria. Do ponto de vista do desenvolvimento conceptual da Enfermagem, é inevitável a introdução de novos conceitos e o aprofundamento dos tradicionais. A investigação é essencial para um cuidar fundamentado (Fritz, 2002). O alvo da pesquisa em Enfermagem é o conhecimento e a teoria para fundamentar e ampliar a base científica e melhorar a prática da profissão (Salgueiro, 1991).

A investigação e tecnologia têm evidenciado que o bebé quando nasce já apresenta alguma aprendizagem, adquirida dentro do útero materno. Deste modo, o RN possui capacidades e competências de interacção com o mundo. Este reconhecimento por parte dos Pais, acerca das capacidades sensoriais do RN, levá-los-á a estabelecer interacções com o seu filho, desenvolvendo as suas competências, do mesmo modo que favorecerá a vinculação Pais – RN. Este é o ponto de partida da problemática em estudo, nesta monografia, a qual se intitula “Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN”, no contexto da disciplina de investigação do quarto ano curricular da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Na escolha deste tema foi considerado o grande desenvolvimento e impacto dos cuidados na área da Saúde Materna e Obstetrícia, assim como da área de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente a intervenção cada vez mais precoce do Enfermeiro de Família, no âmbito dos cuidados de Saúde Primários.

Assim, definiu-se como objectivos de estudo:

- Identificar os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN;
- Identificar a importância que os Pais atribuem aos conhecimentos das capacidades sensoriais do RN para o fortalecimento da relação afectiva Pais – RN;
- Identificar o contributo dos cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais – RN.

As questões de investigação são:

- Quais os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN?
- Qual a importância que os Pais atribuem aos conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN para o fortalecimento da relação afectiva Pais – RN?
- Qual o contributo dos cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais – RN?

Aquando do início de uma investigação é necessário traçar objectivos (pessoais e académicos), no sentido de uma melhor condução da mesma. Com este estudo pretende-se adquirir novos conhecimentos, dar cumprimento a uma etapa de avaliação da Licenciatura de Enfermagem e desenvolver competências na área da investigação científica.

Com este estudo iniciamo-nos na pesquisa e investigação em Enfermagem utilizando a metodologia científica. De natureza essencialmente descritiva, este estudo recorre a dados secundários e a dados primários. Na recolha de dados secundários utilizámos a pesquisa bibliográfica e para a colheita de dados primários elaborámos um questionário (Anexo I). A recolha de dados foi limitada a um Centro de Saúde da cidade do Porto, durante o primeiro trimestre de 2009.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos, tendo iniciado com o primeiro capítulo a abordagem relativa aos aspectos teóricos referentes ao cuidar em Enfermagem, relação afectiva Pais - RN e capacidades sensoriais do RN. O segundo capítulo é constituído pela fase conceptual. No terceiro capítulo descrevemos e justificamos os procedimentos metodológicos seleccionados. O quarto capítulo é constituído pela apresentação e análise dos resultados. No quinto capítulo fazemos a discussão dos resultados. Por fim, apresentamos as principais conclusões e formulamos algumas sugestões.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão bibliográfica permite ao investigador verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação a estudar, alargar o campo de informação acerca do mesmo e estruturar o problema de investigação (Fortin, 2003). Neste capítulo, desenvolvemos um trabalho expositivo em que explicitamos a problemática do estudo em questão, abordando os diversos sub - temas.

1. Conhecimento

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2008), o conhecimento é caracterizado pela capacidade de conhecer, a noção, a informação, o domínio teórico e/ ou prático de determinada área. É uma forma de entendimento que representa o acto de conhecer em relação a um objecto ou sujeito.

Tomey e Alligood (1999), definem conhecimento como a consciência ou percepção da realidade adquirida através da aprendizagem ou da investigação. Os conhecimentos sobre os factos e de tudo o que integra os temas científicos adquirem-se através da experimentação, a qual obriga à participação de um ou vários sentidos humanos.

Os RNs adquirem o conhecimento do mundo através dos sentidos, ou seja, através do tacto, paladar, visão, olfacto e audição (Brazelton e Cramer, 2002). O conhecimento, por parte dos Pais, destas capacidades sensoriais do RN vai, segundo Faustino e Coelho (2005), permitir-lhes compreender melhor o seu filho, satisfazer adequadamente as suas necessidades, promovendo assim um melhor desenvolvimento das suas potencialidades.

2. O recém-nascido

Segundo Bobak (1999), RN é a designação dada a toda a criança desde que nasce até atingir os vinte e oito dias de vida, correspondendo ao período neonatal. Durante este período o RN adapta-se à vida extra-uterina, tendo os vários sistemas anatómicos e fisiológicos do bebé alcançado um

nível de maturação conciliável com a vida fora do útero materno, no final da gestação (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Sabe-se hoje que, apesar de ser fisicamente dependente dos pais quando nasce, o RN possui uma série de capacidades inatas que lhe permitem ser activo no relacionamento humano, uma actividade reflexa e instintiva e um equipamento sensorial e motor que lhe possibilita uma adaptação ao mundo envolvente (Stoppard, 2005).

2.1.Características do recém-nascido

O RN que nasce de termo (40 semanas de gestação) não representa uma miniatura do adulto. Como em todos os mamíferos, o seu organismo não está acabado e será objecto de numerosas modificações antes de atingir a maturidade (Bloch, Lequien e Provasi, 2006).

Importa, pois, descrever o estado do bebé saudável, nascido a termo, nas primeiras horas e nos primeiros dias que se seguem ao nascimento. Os RNs são observados logo após o parto para que sejam identificadas, precocemente, anomalias e problemas graves. Desta forma, o exame ao RN deve ser completo, para diminuir a probabilidade de algo de anómalo não ser detectado e corrigido adequadamente (Cordeiro, 2008).

O teste de Apgar é um método simples de avaliação das condições cardiopulmonares e neurológicas do RN, sendo realizado no primeiro e no quinto minuto após o nascimento e repetido a cada 5 minutos, até que a condição do RN estabilize. Não pode ser usado para uma previsão do futuro bem-estar do bebé. É frequente um Apgar inferior a 10 ao primeiro minuto e aos cinco minutos considera-se normal um Apgar superior a 7, sobretudo se aos 10 minutos for de 10 (Cordeiro, 2008, p.21).

As curvas dos percentis são médias com o objectivo de avaliar se uma criança tem uma curva equilibrada, quer entre as do peso, estatura e perímetro cefálico, quer na evolução com o tempo (Cordeiro, 2008,p.119). Sendo assim e segundo Gomella *et al.* (2007, p.56), o percentil do

perímetro cefálico varia entre os 32 e 37cm no RN de termo, o percentil de peso entre 2500 a 4000g e a estatura em média é de 45 a 50 cm ao nascer.

Em relação aos sinais do RN normal, segundo Gomella *et. al.* (2007,p.56), considera-se normal a temperatura corporal entre 36,5° e 37° (axilar) ou entre 35,5 e 37, 5 (rectal). Quanto à respiração, a frequência respiratória varia entre os 40 e os 60 ciclos por minuto e a frequência cardíaca entre os 100 e os 180 batimentos por minuto. A pressão arterial está dependente da idade gestacional, idade pós-natal e do peso.

3. Capacidades sensoriais do recém-nascido

O bebê, ao nascer, acarreta uma vasta gama de capacidades que lhe possibilitam estabelecer uma relação humana e interagir com o mundo exterior. Desta forma, nos momentos iniciais da sua vida extra-uterina, o RN demonstra, desde logo, uma extraordinária capacidade de interagir com o mundo, principalmente com os seus Pais (Klaus e Klaus, 1989). De acordo com Medeiros (2007), sabe-se hoje, que o início do desenvolvimento destas capacidades do RN e as primeiras experiências sensoriais ocorreram ainda na vida intra-uterina.

O feto não só reage à luz, ao som ou ao toque, como também pode responder diferencialmente. Através de algumas experiências, pode-se constatar que o feto já faz escolhas entre estímulos e lhes responde de maneira apropriada (Brazelton, 1992).

O mundo do feto humano é portanto, tal como descrevem Faure *et al.* (2004), vivo e extremamente rico em estímulos, no qual o bebê capta a maior parte da informação através dos seus cinco sentidos - tacto, audição, visão, paladar e olfacto. No último trimestre de gestação, grande parte do sistema sensorial do RN encontra-se bastante desenvolvido, preparando-se para enfrentar o mundo exterior, conforme Bloch, Lequien e Provasi (2006, p.41), argumentam, “A formação das sensibilidades prepara o recém-nascido para a descoberta e depois para o conhecimento do mundo”.

Deste modo e, de acordo com Stoppard (2005), a melhor forma de ajudar e encorajar o desenvolvimento do RN é através das suas capacidades sensoriais – tacto, audição, visão, olfacto, e paladar – uma vez que são estes os meios que ele utilizará para explorar o mundo antes de se poder movimentar nele sozinho.

3.1. Os sentidos do recém-nascido

O tacto - Segundo Brazelton e Cramer (2002), o tacto é o primeiro e mais importante sentido que promove a comunicação e a vinculação Pais - RN, sendo através dele que os Pais acalmam, alertam e despertam o bebé, citando Guerra (cit. in Sousa 2008,p.10), “O toque é a primeira fonte de comunicação entre a mãe e o RN, é através deste que a criança tem as primeiras experiências do amor e afecto humano”.

Klaus e Klaus (1989), referem que o tacto é um sentido precocemente accionado, uma vez que o feto se encontra no meio intra-uterino onde é rodeado e acariciado pelo líquido amniótico desde o início da vida fetal. Conforme nos dizem Bloch, Lequien e Provasi (2006), a pele representa um rico intercâmbio entre o organismo e o seu meio, graças aos inúmeros receptores tácteis especializados que se concentram, na sua maioria, nas mãos, na boca e na face, o que pode explicar o aparecimento, por exemplo, da sucção dos dedos ainda no período intra-uterino. Também Mazet e Stoleru (2003), fazem referência aos movimentos fetais. As mães a partir de determinado período de gestação começam a sentir pontapés ou golpes dos braços do seu bebé.

Segundo os autores supracitados, estes conhecimentos contribuirão para o aparecimento da haptonomia, ou seja, uma técnica que consiste em tocar o feto através da parede abdominal e uterina da mulher grávida, dando o privilégio aos Pais de aprenderem a acariciar o seu feto e a tomar contacto com este através da barriga materna.

Por outro lado, Cordeiro (2008), afirma que, depois de nascer, o bebé beneficia de ser acariciado ou de se sentir em contacto com o corpo e a pele dos Pais, dado que o toque e o contacto, quando meigos, afectivos e tranquilos, conferem calma e prazer ao bebé ao passo que, estímulos

desagradáveis como, por exemplo, calor, frio, toques rápidos e bruscos fazem-no sentir infeliz e inseguro. O estímulo táctil é essencial durante toda a vida, estando intimamente relacionado com o afecto e a segurança, o que vai de encontro com o que nos diz Faure (2004, p.24), quando afirma que o desenvolvimento emocional está intimamente ligado ao sentido do tacto.

Figueiredo (2007, pp.29-30), sublinha o impacto positivo da massagem, do ser tocado extensivamente, sobre a criança, a diversos níveis. A massagem, segundo a autora, quando praticada quer pela mãe quer pelo pai, traduz-se na melhoria da qualidade da interacção e dos cuidados providenciados pelos Pais ao bebé, revelando-se ainda como adjuvante no implemento das competências de desenvolvimento e de bem-estar físico, assim como na redução dos níveis de stress do bebé, demonstrando-se mais efectiva, por exemplo, que o embalar para induzir o sono. Também Faure *et al.* (2004) explicitam, com base em outras demonstrações, que os bebés massajados diariamente obtêm melhores resultados em testes de inteligência, assim como estabelecem uma vinculação com os Pais que estimula o seu desenvolvimento emocional.

A audição - Este sentido desempenha indiscutivelmente um papel essencial no que diz respeito ao início da interacção entre o feto e o meio extra-uterino, uma vez que é pela audição que se estabelece o maior número de relações entre o feto e o exterior (Mazet e Stoleru, 2003).

Cordeiro (2008), explica que a partir da vigésima - sexta semana de gestação, o feto é capaz de reconhecer e diferenciar diversas frequências sonoras como também manifestar o seu agrado ou descontentamento relativamente a um som, o que é mensurável através da variação da frequência cardíaca e também pelos movimentos fetais em resposta aos estímulos auditivos. Após o nascimento, todos os sons que o RN ouve parecem mais altos e dissonantes, acalmando-se quando ouve um som que evoque o barulho intra-uterino, nomeadamente os sons rítmicos, constantes e suaves e assusta-se ao ouvir sons altos e irregulares (Faure *et al.*, 2004).

Os RNs, segundo Brazelton e Cramer (2002), em consonância com vários estudos, podem discriminar diferentes tipos de som, vozes diferentes, sons familiares e estranhos e até descobrir de onde um som é proveniente quando viram a cabeça e o olhar na sua direcção. Esta capacidade

de resposta visual - auditiva pode representar, na perspectiva de Klaus e Klaus (1989), uma resposta adaptativa que possibilita vivenciar o maior número possível de experiências no meio.

Os RNs são especialmente sensíveis à voz humana, preferindo a voz feminina à masculina, assim como a da mãe à de outras mulheres, uma vez que, a voz da mãe representa o som que o bebê ouvia com mais nitidez *in útero*, devido às características prosódicas da voz (ritmo, entoação), (Mazet e Stoleru, 2003).

É importante que os Pais interajam com o feto, dando-lhe a descobrir a sua voz, durante a gestação, tal como sugere Cordeiro (2008).

Desta forma, o recém-nascido parece captar e responder de forma selectiva a determinados estímulos auditivos que se produzem no meio, como resultado da sua experiência desses mesmos sons durante a vida fetal (Berryman, 2002).

Klaus e Kennel (2000), referem que a percepção e memorização dos sons por parte dos bebés pode ser demonstrada através de vários estudos, como é o caso do bebé reconhecer, após o nascimento, uma frase musical ou até mesmo uma história que se lhe dá a ouvir durante o período fetal. Também parece haver uma provável memorização dos ruídos maternos, tendo sido demonstrado o reconhecimento pós-natal de sons ouvidos *in útero* (Mazet e Stoleru, 2003).

Brazelton e Cramer (2002, pp. 75-76), descrevem à luz de vários estudos e de observações realizadas, que os bebés, após o nascimento, são capazes de sincronizar os movimentos com o ritmo da voz da mãe, demonstrando o grande poder de adaptação mútuo existente na primeira infância. Desta forma, os Pais conseguem entender a altura e o ritmo dos sons que prendem a atenção do seu filho, reforçando as tentativas de comunicação entre eles e o bebé.

A audição do bebé é muito importante para o desenvolvimento da linguagem. Cordeiro (2008), defende que falar com o RN, principalmente quando este se encontra desperto para interagir, é um momento essencial na relação Pais – filho, uma vez que ouvir a voz dos seus progenitores

torna-se tranquilizante. Silberg (2005), acrescenta que ao falarem num tom apropriado com o bebé, os Pais estão a promover a comunicação e a incentivar respostas vocais o que, por sua vez, desenvolve as capacidades linguísticas da criança.

A visão - De acordo com Brazelton e Cramer (2002), esta capacidade possui uma forte componente de adaptação, no que diz respeito à ligação Pais - filho uma vez que, desde o nascimento, o RN parece estar programado para reconhecer o rosto humano, sabendo distinguir o rosto da mãe e do pai do das outras pessoas.

Segundo a perspectiva de Faure *et al.* (2004), o sentido da visão encontra-se pouco desenvolvida à nascença, devido em parte, à pouca estimulação *in útero*, onde a luz é ténue e quase inexistente.

Os RNs conseguem ver melhor a uma distância de vinte a vinte e cinco centímetros, nem mais nem menos que a distância entre a face da mãe e da sua, quando está ao colo ou a ser amamentado. A evolução da visão é gradual, devendo-se investir na interacção precoce entre Pais - filho uma vez que, os actos de pegar ao colo e de embalar o bebé acalmam-no e despertam-no, provocando reacções reflexas como abrir os olhos e prestar atenção a um estímulo visual (Brazelton e Cramer, 2002; Cordeiro, 2008).

Também Stern (1992), reconhece que é durante a amamentação que o RN tem maiores probabilidades de ver o rosto da mãe, especialmente os seus olhos. O modo como a mãe manifesta as expressões faciais, requisitadas pelo RN, contribui para a capacidade do bebé em formar representações sensoriais destas expressões. O rosto materno é um ponto focal inicial, importante para a primeira construção visual do bebé, o qual estabelece um ponto de partida para a formação da primeira ligação humana.

Brazelton e Cramer (2002, p.71), sugerem que a preferência pelo rosto de um adulto expressivo traduz-se pela excitação crescente do RN ao segui-lo com o olhar. Quando uma pessoa fica séria e o seu rosto torna-se inexpressivo, o RN fica aborrecido, deixando de fixar o seu olhar no rosto dessa pessoa.

Os estímulos visuais que mais captam a atenção do RN são, segundo os autores supramencionados (2002), o brilho dos olhos, a boca e os contornos do rosto humano. Os autores realçam a importância destes aspectos para o conhecimento muito precoce, por parte do bebé, das pessoas que cuidam dele e do universo humano que o rodeia.

O RN interessa-se, em primeiro lugar, pelos contornos e fronteiras entre as cores. Cores contrastantes (vermelho, preto e branco), superfícies quadradas e objectos de médio tamanho em que a luz se reflecte e de preferência, de forma ovóide, atraem mais a atenção dos bebés que apenas vêm a preto e branco, em tons de cinzento (Cordeiro, 2008). Outros autores, como Mazet e Stoleru (2003), defendem ainda que o RN consegue discernir as cores principais como o verde, o vermelho, o amarelo e o azul.

Klaus e Klaus (1989), proclamam que os bebés são selectivos em relação ao que vêm, preferindo complexidade, diversidade e movimento. Têm uma maior predilecção por contornos pontiagudos, bem como pelo contraste claro-escuro. O RN prefere padrões complexos e com mais elementos, a padrões mais simples e menos detalhados, assim como, padrões curvos a rectos. Também podem reconhecer a profundidade e responder com uma reacção defensiva a objectos que se aproximam. Diversos estudos sugerem que os RNs são capazes de processar informação visual, demonstrando capacidade precoce de lembrar uma figura já vista.

Um RN consegue seguir um objecto num ângulo de doze graus para a direita ou para a esquerda e consegue fazer movimentos com os olhos e com a cabeça num ângulo de trinta graus, para cima e para baixo (Brazelton e Cramer, 2002). O RN parece não estar ainda bem adaptado a um objecto em movimento, contudo tenta manter a atenção num objecto atractivo que esteja a ser deslocado lentamente a dezanove centímetros de distância.

O olfacto - O RN possui, desde os primeiros dias, um olfacto suficientemente apurado para reconhecer o cheiro da mãe e do pai. Alguns autores acreditam que o olfacto nos RNs poderá estar mais desenvolvido do que nas crianças ou nos adultos, o que poderá estar intimamente relacionado com a necessidade de procurar, por todas as formas, a mama da mãe (Cordeiro, 2008).

Brazelton (2000), clarifica que o bebé é capaz de distinguir os cheiros agradáveis dos desagradáveis como forma de adaptar-se ao novo meio. Os RNs são atraídos pelos odores doces como o do leite e o das soluções açucaradas. De acordo com Klaus e Kennel (2000), após contactarem inicialmente com novos odores, os bebés rapidamente se adaptam e param de responder, dado que o odor se torna familiar. O sentido do olfacto possui conexões directas ao centro das emoções do cérebro pelo que o odor despertará emoções com maior rapidez que qualquer outro sentido. Faure *et al.* (2004), defende ser fundamental manter a suavidade no universo olfactivo do bebé, devido ao poder reconfortante deste sentido.

O paladar - Cordeiro (2008), explicita que, ainda *in útero*, o feto aprecia o gosto do líquido amniótico, o qual contém substâncias e sabores que têm origem nos alimentos que a mãe ingere. Os gostos alimentares têm, portanto, uma origem muito precoce na vida do RN, o que pode explicar certas preferências de sabores. Os RNs são ainda sensíveis a pequenas alterações químicas nos alimentos, sendo o paladar o sentido mais desenvolvido ao nascer (Sprinthall, 1993; Klaus e Klaus, 1989).

Para Brazelton e Cramer (2002), este sentido está intimamente ligado ao olfacto. O RN demonstra sensibilidade para sabores salgados, amargos, ácidos e doces, havendo preferência pelos últimos. Este último aspecto é referido também por Faure *et al.* (2004), que salientam que os sabores doces, como o do leite materno, por serem os favoritos dos RNs, ajudam os bebés a permanecerem no estado ideal para a interação e estimulam a levar as mãos à boca, uma estratégia auto-calmante muito importante.

Bloch, Lequien e Provasi (2006), acrescentam que será por volta da vigésima quinta semana de gestação que os sistemas olfactivos e gustativos se encontram funcionais.

4. A importância das estimulações precoces

O RN, para além de possuir capacidades para assimilação de informação, também nasce dotado de capacidades que lhe permitem transmitir informação e assim, expressar os seus sentimentos (Borges, Gouveia, 2001).

Brazelton considera a existência de seis estados de consciência. Cada estado representa um modelo dinâmico que exprime todo o comportamento do bebé. Desta forma, a disponibilidade do RN para receber estímulos externos vai depender dos seus estados de consciência ao longo do dia, num ciclo regular e previsível que variam desde o sono profundo, sono leve, estado de sonolência ou intermédio, estado de alerta tranquilo, alerta activo e choro (Brazelton e Cramer, 2002, pp. 79-82).

Conforme o bebé vai passando ao estado de alerta e perante estímulos sensoriais atractivos, o bebé entra num estado alegre e muito participativo, ou seja, o estado de alerta tranquilo. Neste patamar, o bebé encontra-se concentrado e realmente disposto a interagir. As suas expressões são atentas assim como o seu olhar vivo e brilhante, exibindo poucos movimentos e imerso numa estimulação específica (Mazet e Stoleru, 2003). É portanto, no estado de alerta tranquilo que o RN reage melhor ao que o rodeia e quando é mais provável que aprenda e beneficie com a interacção (Barnard *cit. in* Pedro 1995, pp. 214-225).

Mazet e Stoleru (2003), acrescentam ainda que cada bebé reage de maneira diferente aos vários estímulos, podendo os Pais influenciar profundamente a regulação dos estados de consciência ao descobrirem esta sensibilidade individual do seu bebé. Assim, através de uma estimulação apropriada vão permitir que o bebé se vá progressivamente, mantendo calmo e alerta durante mais tempo, beneficiando de mais interacção e aprendizagem.

Tanto Faure *et al.* (2004), como Lipsitt (*cit. in* Pedro 1995, pp. 203-204), sugerem que o bebé apresenta uma linguagem própria, retratada por comportamentos de aproximação ou de afastamento, para informar de como está a lidar com a informação sensorial que o abrange. O

bebé quando exposto a estímulos sensoriais excessivos e desajustados, reage através de respostas de afastamento, mediadas pela sensação desagradável ou pela dor, tornando-se num bebé irritável, podendo mesmo passar para estados de alerta agitado e choro.

O RN demonstra ainda capacidade para se defender dos estímulos. A habituação é, assim, uma capacidade que funciona como uma fonte de protecção, sendo essencial para a sobrevivência do bebé. Devido a esta capacidade de excluir aquilo a que não quer dar atenção, o bebé é livre de escolher aquilo a que quer responder (Brazelton, 2000).

A explicação deste fenómeno, sendo esta uma forma de memória, reside, de acordo com Lequien e Provasi (2006), na actividade comparativa a que se dedica um grupo de neurónios, entre as características da sua activação em momentos consecutivos. Desta forma, o reconhecimento do estímulo conduz a atenuar, senão a extinguir, a resposta e a detecção de um carácter novo implica a restauração da resposta inicial. Segundo Faure *et al.* (2004), este processo não se encontra completamente desenvolvido no bebé. É importante que os Pais aprendam a filtrar a informação sensorial excessiva para evitar que o bebé entre em sobrecarga sensorial. Tem de se regular não só a quantidade de estimulação recebida pelo bebé, mas também o tipo de informação sensorial que ele recebe. A este respeito, Brunshwig (2008), defende que os primeiros dias após o nascimento devem ser calmos e felizes para o bebé porém, muito mais do que os factores exteriores, é o sentimento de segurança transmitido pelos Pais que condiciona o seu bem-estar.

Estudos feitos por Piaget (Monteiro e Santos, 2003), demonstram que o conhecimento e a aprendizagem resultam da interacção entre o sujeito e o meio. Bloch, Lequien e Provasi (2006), referem que “(...) a criança não se desenvolve independentemente do seu meio envolvente(...) as trocas do bebé com as pessoas (...) vão permitir-lhe aprender: a língua materna é disso o melhor exemplo”. Quanto mais rico for o ambiente em interacções e mais adaptado se encontrar às necessidades da criança, mais esta se desenvolve de forma harmoniosa, não apenas física, mas também intelectualmente. Todos os estudos revelam os efeitos positivos de um ambiente desafiador e estimulante. Uma estimulação intensa e positiva determina um aumento das conexões entre as células nervosas e um desenvolvimento maior das áreas estimuladas. Citando Silberg (2005, p.9): “O cérebro de uma criança desenvolve-se com o *feedback* que recebe do

ambiente circundante”. Também Neves (2008), evoca a importância das experiências sensoriais positivas precoces na estabilidade emocional do bebé.

Na opinião de Faure *et al.* (2004), um dos marcos importantes no desenvolvimento emocional do bebé é a capacidade para se acalmar a si próprio. Quando os bebés são, por um lado, excessivamente estimulados ou por outro, privados de vários estímulos sensoriais, o seu desenvolvimento pode ser afectado, correndo o risco de não terem capacidade para brincarem autonomamente ou de explorarem o ambiente por si e no seu próprio ritmo. Ao estarem sintonizados com o bebé, os Pais aprendem aquilo que lhe interessa e apoquentam, sendo capazes de descobrir formas agradáveis de interagir e de proporcionar ao bebé, um ambiente estimulante e vantajoso (Klaus e Klaus, 1989).

É a interacção dos Pais com o RN que lhe permite alcançar um nível de atenção a partir do qual pode começar a explorar o que o rodeia e a familiarizar-se com o ambiente através dos seus sentidos, o que é sugerido por Stern (*cit. in* Brunshwig 2008, p. 37), ao afirmar “(...) que a interacção é o modo de estimulação do bebé”. Stoppard (2005) refere que quando os Pais não têm a disponibilidade ou a sensibilidade para ajudar o RN a atingir o estado no qual pode desfrutar ao máximo da interacção com o que o rodeia, mesmo o ambiente mais rico não será capaz de despertar o bebé para a descoberta de si e do mundo.

A Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS), da autoria de Brazelton e dos seus colaboradores, é um instrumento clínico e de investigação que permite avaliar as reacções de um bebé aos estímulos que se originam no meio ambiente, no contexto dos estados de consciência (Brazelton e Cramer, 2002). Canavarro (2006), considera a NBAS extremamente útil, cujo principal propósito não é detectar anomalias no RN, mas sim conhecer a índole comportamental de cada RN e o modo como esta contribui para o estabelecimento de relações diferenciadas com o meio. Brunshwig (2008), refere ainda que a NBAS permite que os Pais conheçam as incríveis capacidades do bebé, as quais estão presentes mesmo quando o bebé é portador de anomalias. A descoberta das capacidades sensoriais do RN despoleta nos Pais uma grande emoção e fomenta muitíssimo a sua ligação.

5. A relação afectiva

Takahashi (*cit. in* Canavarro 1999, p.35), conceptualizou a relação afectiva como uma representação de interacções que satisfazem a necessidade de formação de laços emocionais.

Para Ainsworth (*cit. in* Canavarro 1999, p.37) a ligação emocional seria como “(...) uma ligação relativamente duradoura, em que o parceiro é importante como indivíduo único, que não poderá ser substituído por nenhum outro”. Canavarro (1999), considera os conceitos de relação e ligação emocional tal como foram definidos pelos autores mencionados, sendo características das ligações afectivas o desejo de manter proximidade do parceiro, a percepção da reunião como agradável, as separações inexplicáveis serem causadoras de stress e a perda permanente ser sentida como dolorosa.

Ainsworth (*cit. in* Canavarro 1999, p.38), distingue ainda ligação afectiva e vinculação, considerando que a vinculação é um tipo específico de ligação afectiva, aludindo para o facto que o conceito de obtenção de segurança (aspecto requerido na definição de vinculação, como adiante será referido) não ter que ser obrigatoriamente preenchido por uma ligação afectiva.

Alves *et al.* (2005), afirmam que a capacidade de formar e manter relações é uma das características mais importantes do ser humano, sendo as relações humanas absolutamente necessárias para a sobrevivência.

Ao nascer, o bebé possui uma série de capacidades inatas extraordinárias que permitem a sua abertura ao mundo que o rodeia. Deste modo, o RN está preparado para perceber as informações do meio envolvente e utilizar estas suas competências para entrar no jogo das interacções com os Pais e com o mundo, suscitando assim, a vinculação a uma figura que lhe confira protecção e conforto, vitais para a sua sobrevivência (Stoppard, 2005).

O termo “ vinculação” foi utilizado pela primeira vez em 1959 por Bowlby (Guedeney e Guedeney, 2004), para caracterizar a relação entre mãe e filho. Segundo este autor (*cit. in* Soares

2007, p. 29), a vinculação do bebé à mãe é uma necessidade primária específica, que tem por base um equipamento comportamental de vinculação, constituído por um certo número de repostas ou padrões de comportamento específico da espécie, que serve a função de despertar atitudes de protecção e apoio face ao RN, por parte dos adultos, nomeadamente, da mãe. No contexto desta dependência primária e da resposta materna à mesma, desenvolve-se uma relação crucial para a sobrevivência do bebé.

Para Canavarro (2006), um dos aspectos centrais da teoria de vinculação de Bowlby é o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a sobrevivência da espécie humana, dado que o RN nasce com um sistema comportamental (por exemplo, chorar, agarrar) que assegura a proximidade com uma figura adulta mais capaz de se confrontar com as situações de perigo.

Ainsworth (*cit. in* Canavarro 1999), considera tratar-se de uma teoria de desenvolvimento sócio – emocional, uma vez que o ser humano, desde o início, é dotado de um sistema de vinculação que permite a aproximação de uma figura capaz de o proteger dos perigos, constituindo a base de segurança a partir da qual pode explorar o meio envolvente.

Mendes (2002), conclui que a vinculação pressupõe a construção de uma relação em que a segurança representa a base primordial para a interacção que se estabelece entre os intervenientes dessa relação.

A vinculação constitui um foco de atenção na prática dos cuidados de Enfermagem, sendo classificada pelo Conselho Internacional da Enfermeiras (*cit. in* Machado e Tavares 2006, p. 60), como pertencente ao foco parental, por consistir numa resposta humana a um processo de vida que visa a aproximação afectiva entre Pais e filho, promovendo, assim, uma base sólida para a sobrevivência e desenvolvimento saudável do bebé. A vinculação é assim caracterizada, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (2000, p. 70), como:

“(...) um tipo de Paternidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e o(s) pai(s); formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância”.

Canavarro (1999), salienta que as relações interpessoais que possuem características de ligações afectivas parecem ser as mais relevantes e significativas de toda a esfera social, pelo papel que desempenham no desenvolvimento humano. A esse respeito, Hartup (*cit. in* Canavarro 1999, pp.54-55), sumariou três formas básicas através das quais as relações afectivas aparecem envolvidas no processo de desenvolvimento individual, tais como, o facto de formarem o contexto no qual a maior parte da socialização ocorre, valorizando aspectos como a aquisição de aptidões de comunicação, a regulação de emoções e a construção do auto-conceito, constituírem as bases que possibilitam ao bebé funcionar de forma autónoma em contextos mais amplos e por último, as relações afectivas durante a infância são utilizadas como importantes modelos para a construção de relações afectivas futuras.

Da mesma opinião compartilham Lopes e Fernandes (2008, pp.9-13), por referirem que a cognição é influenciada pelos estados emocionais do bebé e pela interacção que este estabelece com os outros. Desta forma, o conhecimento contém uma carga afectiva e as interacções são fundamentais para o desenvolvimento emocional e cognitivo do bebé.

Desta forma, o investimento afectivo dos Pais é um elemento decisivo na qualidade dos cuidados e na interacção que providenciam e por conseguinte, um factor preponderante no desenvolvimento e bem-estar do bebé (Figueiredo *et al.*, 2005).

6. Relação Pais/ recém-nascido

A vinculação dos Pais ao futuro bebé começa a desenvolver-se durante a gravidez. Segundo Brazelton e Cramer (2002), durante este período são várias as expectativas criadas pelos futuros Pais acerca da criança que irá nascer. Constroem um bebé imaginário de acordo com as suas fantasias centradas na história pessoal e familiar de cada um.

De acordo com Ribeiro (2006), actualmente existem estudos que demonstram que a relação da mãe com o feto ao longo dos três trimestres de gravidez exerce uma influência significativa na futura relação dos Pais com o bebé.

A interacção é uma reacção interpessoal entre dois indivíduos sujeitos à influência recíproca, onde cada um modifica o seu comportamento em função das reacções do outro (Bayle, 2006). Para Burroughs (*cit. in* Pereira 2004, p.69), este processo inicia-se ao longo da gravidez, intensificando-se durante o parto e no puerpério imediato e, uma vez estabelecido, torna-se consistente.

O nascimento inaugura uma nova etapa nesta interacção, pois não é mais o filho idealizado, mas sim o bebé real que ali está presente. Esta relação vai sendo construída e fortalecida, gradualmente, a cada momento (Brazelton *cit. in* Alves *et al.* 2005, 58-59).

A imagem, agora ultrapassada, de um bebé que não vê nem ouve no período que se segue ao nascimento, impediu os Pais de vislumbrarem as reacções do RN que, rapidamente, podem reforçar a vinculação existente entre os Pais e o bebé (Brazelton e Cramer, 2002). Segundo Klaus e Klaus (1989), os bebés nascem com uma preferência por rostos humanos, constituindo o olhar face a face, uma das primeiras formas não – verbais pela qual os humanos comunicam e o fundamento para a evolução de novas etapas da comunicação. O estado de calmo - alerta, que ocorre logo após o nascimento, leva o bebé ao contacto olho a olho, um elemento vital na interacção humana. A capacidade visual precoce do RN, o desejo ávido dos Pais em admirar o seu filho, cria a oportunidade para experimentar, descobrir e interagir um com o outro.

O RN é ainda dotado de uma configuração da sua aparência que implicitamente prende a atenção das pessoas que o rodeiam. As bochechas moles, o rosto redondo e macio, as mãos pequenas, a pele delicada, o tamanho da cabeça que dá a sensação de ser maior que o resto do corpo, são tudo sinais de imaturidade que despertam atitudes de protecção e de apoio da parte dos adultos, promovendo, assim, a interacção entre Pais e filho (Pedro, 1985).

Os primeiros dias de vida após o nascimento são propícios ao estabelecimento de uma ligação afectiva mãe - filho, uma vez que são nestes momentos iniciais que mãe e bebé estão particularmente sensíveis um ao outro (Bobak, 1999, p.350). Mazet e Stoleru (2003, p.36), comungam da mesma opinião, evocando que a mãe, neste período, encontra-se especialmente receptiva para ir à descoberta do bebé.

São vários os autores a defender que os primeiros dias, talvez mesmo as primeiras horas depois do nascimento, representam um período sensível, durante o qual a mãe está especialmente apta a constituir um elo de ligação com o bebé (Klaus e Fanaroff *cit. in* Alves *et al.* 2005, p. 59). Os resultados de alguns estudos demonstraram que a ligação mãe – filho, alguns meses após o nascimento, estava melhor estabelecida nos casos que tinham beneficiado inicialmente de períodos de contactos suplementares (Mazet e Stoleru, 2003).

Para Winnicott (*cit. in* Ribeiro 2006, p.20), após o nascimento a mãe vincula-se ao seu bebé satisfazendo-o em todas as suas necessidades básicas de sobrevivência, o que constitui a «preocupação materna primária».

Na opinião de Miura *et. al.* (1997), a formação de uma ligação de vinculação adequada nos primeiros dias após o nascimento é a primeira garantia para o RN, da resolução favorável de crises futuras do seu desenvolvimento, uma vez que, citando Biscaia (2006, p.234), “É precisamente esta certeza de ser amado que torna possível, sem sofrimentos intoleráveis, as pequenas separações que preparam e possibilitam a autonomia”.

O contacto precoce é um factor apontado na bibliografia como favorecedor da relação de vinculação entre mãe e filho. De acordo com Canavarro (2001), estudos recentes demonstraram que os bebés que tiveram um contacto precoce com as suas mães encontravam-se menos agitados, choravam menos e dormiam mais. Desta forma, a mãe constitui o primeiro e o mais importante objecto de interacção dado que, como diz Biscaia (2006, p.235), “(...) o primeiro encontro do bebé com o mundo e com o outro se faz através da mãe”.

Pereira (2004), refere que praticar o alojamento conjunto significa possibilitar que as mães e os seus filhos permaneçam juntos 24 horas por dia, durante a estada no hospital. Este sistema permite à mãe assumir a maior parte dos cuidados do seu filho, de tal forma que o relacionamento entre ambos possibilite o fortalecimento dos laços afectivos.

O estudo desenvolvido por Pereira (2004), foi baseado em experiências descritas que concluíram que muitas rotinas comuns nas Maternidades podem ser aplicadas com segurança após a primeira hora de vida do bebé e depois da primeira mamada e do primeiro contacto com a mãe. A manipulação do bebé na pesagem, a administração da injeção intramuscular de vitamina K provoca desconforto e dor intensa no bebé. De igual forma a administração do antibiótico ocular, além de conduzir ao desconforto do bebé e dificultar a visão, pode manchar os tecidos da zona peri-ocular, dificultando, assim, o estabelecimento do contacto visual entre a díade mãe-filho, que é um dos principais canais de comunicação, o que se repercute no processo de vinculação, pelo que, actualmente, se valoriza proactivamente o contacto pele com pele (mãe e bebé) antes de qualquer intervenção.

Segundo Klaus e Kennell (2000), o contacto entre mãe e filho acarreta um conjunto de vantagens para ambos. A ampla gama de sentidos do bebé são combinados com a sensibilidade e alerta da mãe numa relação verdadeiramente recíproca a diversos níveis: o choro do bebé estimula a produção do leite, a distância entre a cara da mãe e a do bebé durante a amamentação é a ideal para que o RN a veja, o leite materno transmite defesas e o acto de sucção do bebé estimula a produção de ocitocina que, por sua vez, ajuda o útero a retomar a sua forma anterior. Brazelton (2000), refere que a essência da maternidade ou da paternidade não se prende no que se faz pelo bebé, mas antes na troca, na reciprocidade intensamente compensadora que é possível estabelecer com o bebé.

Harlow (*cit. in* Lopes e Fernandes 2008, p. 11), através dos seus estudos constatou que, mais do que o alimento, o contacto físico e reconfortante com a mãe constitui um reforço para a relação mãe - filho, pois assegura o bem-estar e a proximidade. Figueiredo (2007) aponta ainda para os benefícios já verificados, do contacto corpo a corpo entre mãe e RN, nos momentos seguintes ao parto, para a interacção e cuidados ao bebé.

Os resultados obtidos através da aplicação do método «Mãe - Canguru» evidenciam os benefícios do contacto físico entre a mãe e o RN baixo peso. Diversos estudos indicaram que, bebés prematuros submetidas a este método, tinham ganho peso mais rápido, saíram mais cedo do hospital e apresentaram, às 41 semanas de idade gestacional, um risco de infecção reduzido em comparação a outros bebés não submetidas ao mesmo método (Bloch, Lequien e Provasi, 2006). Este método, segundo os mesmos autores, consiste no contacto precoce pele-a-pele entre a mãe e o RN de baixo peso e começou e foi utilizado pela primeira vez na Colômbia, sendo um dos factores que favorece o afecto entre a mãe e o bebé. As mães demonstram maior confiança em si próprias, mais realizadas e menos angustiadas ao mesmo tempo que as trocas entre a mãe e o bebé tornam-se ricas, tanto no que respeita à quantidade como à qualidade dos olhares, das emoções, dos contactos tácteis e das trocas verbais.

Neste sentido e conforme Lopes e Fernandes (2008), este método não só contribui para a humanização da assistência ao RN pré-termo como incrementa o estabelecimento de laços afectivos entre os Pais e o bebé, completando o crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro e o desenvolvimento de habilidades para o cuidado com o filho.

De acordo com Canavarro (1999), os papéis atribuídos ao pai e à mãe como figuras fornecedoras de cuidados aos filhos RNs, na cultura ocidental, são distintos, ocupando a mãe o lugar central.

Até há pouco tempo o pai era uma figura que permanecia na penumbra excepto para assumir a filiação ou, mais tarde, na fase de decisão do futuro profissional. Actualmente, o pai é encorajado a participar no acolhimento imediato do RN, dando-lhe mais segurança para, posteriormente, colaborar no lavar, no vestir e no consolar o bebé. O pai deixa assim, de ser aquele que está mais distante, distinguido pelo bebé apenas pelos seus gestos mais bruscos e pela voz grave para ser alguém capaz de transformar a díade formada desde a vinculação inicial em tríade, de aumentar a segurança e melhorar, desta forma, a futura autonomia do bebé (Biscaia, 2006).

Para Brunshwig (2008), a identidade paterna constrói-se com o tempo. O pai existe para o bebé muito antes do nascimento, pois o feto ouviu a voz do pai tanto como a da mãe, formando uma tríade desde o início. A presença do pai é tão importante como a da mãe para o desenvolvimento

da personalidade do bebé, quer como suporte indispensável da mãe, quer como interlocutor directo do bebé.

Brazelton (2000) refere que é da relação afectiva que o bebé estabelece com os Pais que adquire a confiança e segurança necessárias para poder explorar o mundo. Uma vinculação verdadeiramente recíproca entre Pais e filho permite ao bebé descobrir e aprender por si próprio e, à medida que se vão desenvolvendo as suas capacidades, tornar-se mais autónomo e seguro nas suas relações com os outros e com o mundo, sendo capaz de resolver as suas frustrações futuras. Lopes e Fernandes (2008, p.11), acentuam que “As crianças com boas ligações afectivas tornam-se socialmente mais adaptadas e curiosas em relação ao meio (...)”, por se sentirem seguras próximo de alguém significativo. O mais puro sinal de vinculação será a capacidade de desprendimento nas fases apropriadas do desenvolvimento do bebé. Tudo o que o bebé aprende sozinho é naturalmente mais compensador para ele do que se lhe fosse completamente ensinado (Brazelton, 2001; Klaus e Kennel, 2000).

Fontoura (2004), sublinha o papel fundamental da amamentação na estimulação da vinculação afectiva entre mãe e RN, uma vez que proporciona uma série de estímulos ao bebé desde o rosto e o olhar da mãe voltados para ele, o odor e o calor da sua pele, o som da voz materna e o aconchego. Neste sentido e segundo a mesma autora, o desenvolvimento cognitivo é muito influenciado pela amamentação dado que constitui para o bebé uma fonte de estimulação dos órgãos sensitivos. Pereira (2004), refere ainda que a amamentação favorece esta ligação e relacionamento mãe – bebé por ser uma interacção constante e íntima.

Brazelton e Cramer (2002), proferem que a capacidade de um RN para ver e ouvir pode ser tão importante para o processo de vinculação Pais - filho como o acto da mãe colocar o bebé ao peito para mamar, onde todos os sentidos do bebé são estimulados. A interacção Pais – filho é motivada pelos cinco sentidos do bebé que, quando bem compreendidos e explorados pelos Pais promovem um relacionamento duradouro e mutuamente recompensador.

Também na opinião de Stoppard (2005), uma relação afectiva emocional e duradoura com um RN possibilita interacções que permitem aos Pais interpretar e responderem aos sinais

emitidos pelo bebé. Esta relação que se estabelece entre os Pais e o bebé facilita o desenvolvimento de todas as capacidades do bebé.

As experiências sensoriais positivas e as interacções sociais com os adultos estimulam as capacidades cognitivas dos bebés, uma vez que, citando Silberg (2005, p.13), “(...) quanto mais uma criança for abraçada, mimada e pegada ao colo, mais segura e independente se tornará quando for mais velha”.

Silva *et al.* (2006), refere que dada a natureza específica do cuidado de Enfermagem, o Enfermeiro está presente nos momentos cruciais do desenvolvimento afectivo Pais - filho, desempenhando assim, um papel fundamental no que respeita à cooperação com os Pais para que, desde o início da gestação, se estabeleça uma relação íntima entre Pais – filho. Desta forma o Enfermeiro contribui para um desenvolvimento adequado das potencialidades do bebé através do seu desempenho junto dos Pais.

7. O Cuidar em Enfermagem

O cuidar é algo inerente ao ser humano. Cuidamos e somos cuidados desde o nascimento. A expressão *cuidar* diz respeito a todas as pessoas que dedicam a sua atenção aos outros com o intuito de as ajudar nas situações de vida, próprias de cada um (Hesbeen, 2001).

Collière (2001) defende que os cuidados dirigem-se a tudo que estimula as forças da vida, as desperta, as mantém, encontrando-se em todas as etapas da vida. Primeiro, ao recorrer aos outros - o ser cuidado – os cuidados são prodigalizados em toda a primeira infância, para suprir tudo o que o bebé ainda não consegue fazer e para permitir-lhe adquirir e desenvolver as capacidades de fazer o que é indispensável para continuar a viver, crescer, despertar para o mundo.

Para Hesbeen (2001, p.16), cuidado “(...) designa a atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com o objectivo de fazer algo por esse alguém ou com ele”. Da mesma forma, Gasperi e

Radunz (2006), dizem que a palavra «cuidado» está intimamente ligada à profissão de Enfermagem, uma vez que prima pelo cuidado à pessoa em toda a sua dimensão biopsicossocial.

Os autores supracitados explicitam que o cuidar em Enfermagem diferencia-se de todos os outros, uma vez que a sua acção surge de forma estruturada, baseada em conhecimentos científicos. Sendo assim, a Enfermagem é arte no momento que cuida a pessoa sã ou doente e ciência quando se fundamenta no estudo e compreensão das leis da vida. Da arte e da ciência resultam o cuidar, educar e pesquisar, ou seja, as acções que fazem parte da dinâmica de actuação da Enfermagem.

Watson (2002, p.107), refere que “ O processo de cuidar transpessoal é amplamente arte”, ou seja, é cuidar, mas cuidar sob diversas formas. Cuidar é pois, manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida. Cuidar da pessoa enquanto ser biopsicossocial constitui um dos aspectos mais relevantes da Enfermagem.

O cuidar, sendo uma actividade partilhada com outros profissionais de saúde reveste aspectos que são únicos da Enfermagem. Como ninguém, os Enfermeiros trabalham com os doentes na sua totalidade. Segundo Meines (1999), os Enfermeiros são os que estão mais próximos dos doentes. Estão autorizados a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença, a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente serão experienciados por outros técnicos. Tudo isto intensifica as possibilidades de conhecimento, acompanhamento e partilha de valores e necessidade de ajuda.

Desta forma e em conformidade com Rodrigues (2003), o cuidar orienta-se em direcção à pessoa e concretiza-se numa relação de ajuda que se alicerça na fidelidade, veracidade, privacidade, implicando a participação do outro e do profissional de saúde num processo de procura e de conquista de bem-estar, respeito e acolhimento à vida humana, emergindo numa maior harmonia das experiências vividas. A mesma autora salienta ainda que, nesta perspectiva, as várias vertentes do cuidar, ou seja, a humana, científica e técnica, afiguram-se estritamente associadas ao aspecto relacional.

Desde o tempo de Florence Nightingale, a Enfermagem tem as suas raízes na compreensão da pessoa como um todo em relação com o seu ambiente. Na abordagem holística de Nightingale, o papel do amor e da empatia era considerado essencial (Dossey *et al.*, 1998). Para Nightingale (*cit. in* Ribeiro 1995, p.28), a Enfermagem visava “(...) pôr o paciente nas melhores condições para a natureza poder actuar”. Também Henderson (*cit. in* Ribeiro 1995, p.28) afirma que ser Enfermeiro consiste em:

“(...) atender o indivíduo, são ou doente, na execução das actividades que contribuem o mais rapidamente possível para a sua saúde, restabelecimento e independência, ou para uma morte serena”.

Collière (2001) refere que os cuidados à volta do nascimento, seja à mãe ou ao bebé, são todos oriundos das práticas do corpo e das práticas alimentares, sendo à volta dessas práticas que se dinamiza uma grande diversidade de cuidados. As práticas alimentares não consistem apenas em dar de comer, pois são o suporte da comunicação, da partilha, da descoberta do desconhecido pela introdução progressiva de alimentos diversificados. As práticas do corpo têm como finalidade primordial o despertar, estimular o corpo para intrometer o RN no mundo que o acolhe, permitindo-lhe revigorar-se, defender-se, reagir, despertar os seus sentidos.

De acordo com a autora supracitada os cuidados são transmitidos e difundidos essencialmente pelas mãos, pelo toque ou pelo contacto «corpo a corpo». Desta forma, as mãos são o primeiro apetrecho dos cuidados, pois são as que apaziguam, que estimulam, que relaxam ou tonificam. Mas para encontrar o seu lugar neste mundo ainda desconhecido e nele se sentir seguro é necessário a voz, o cântico, a palavra (...) palavra que desperta ... palavra que apela à existência ... palavra que nomeia ... palavra que embala... palavra que adormece ...(Collière, 2001, p.181)”. Estas práticas expressam-se de forma lúdica, suscitando prazer, satisfação e transformam-se na reciprocidade de um enriquecimento mútuo.

Ribeiro (1995, p.28) refere que “(...) cuidar é assim, algo de universal e de todos os tempos (...) como sendo uma atitude inerente a certas relações entre indivíduos ”, como acontece entre mãe e filho.

8. A importância dos Cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais - Recém-Nascido

Os Pais são as pessoas mais capacitadas para cuidar dos seus filhos desde que, à sua volta, seja criado um ambiente de informação, ensino, confiança e de ajuda (Rebello e Ramos, 1988). O Enfermeiro deve promover nos Pais desde o início da gestação, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental uma vez que, estes conhecimentos são fundamentais para o estabelecimento de uma relação afectiva e duradoura entre Pais e filho (Faustino, Coelho, 2005). Os mesmos autores referem que o Enfermeiro deve incentivar os Pais a valorizarem os momentos de interacção e de vinculação.

Para Brazelton e Greenspan (2003), as interacções emocionais que os Pais estabelecem com os bebés baseadas no apoio, carinho e afecto contribuem para o desenvolvimento das capacidades cognitivas, emocionais assim como ensinam a comunicar e a pensar. Estas interacções entre Pais e filho são fortalecidas através do conhecimento das capacidades sensoriais do RN, bem como do modo adequado de as estimular, por parte dos Pais, permitindo, assim, que o bebé se desenvolva física e intelectualmente, tornando-se num bebé mais feliz, confiante e mais independente (Faure *et al.*, 2004; Stoppard, 2005).

A variabilidade no processo pelo qual os Pais se vinculam ao bebé e a necessidade de se respeitar os caminhos que conduzem ao envolvimento emocional dos Pais com o filho, são outros dos aspectos importantes a assinalar. Alguns Pais podem ter dificuldade de se ligarem emocionalmente ao RN, sendo tarefa dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos Enfermeiros, identificar tais situações, oferecer ajuda e garantir as diferentes e melhores condições para que os Pais tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para a relação única, específica e duradoura com o bebé (Figueiredo *et al.*, 2005).

Torre (2005) salienta o grande impacto do nascimento de um bebé, principalmente se é o primeiro filho, uma vez que o processo de transição para a parentalidade e o aumento da responsabilidade implicam muitas vezes momentos de tensão. O puerpério é um período de grande vulnerabilidade emocional para a mãe, resultante dos estados de desequilíbrio que se

apresentam, nomeadamente o desconforto físico, as alterações hormonais, a fadiga. Consequentemente e, segundo Figueiredo *et al.* (2005), logo a seguir ao parto, pode não ser tão positiva a disponibilidade da mãe para se apegar de imediato ao filho. Por outro lado, os cuidados ao RN estão geralmente a cargo da mãe, o que oferece boas oportunidades para a vinculação mãe-filho, como também um campo de possíveis dificuldades, uma vez que e, em consonância com Cabral, Marques e Nogueira (2006), a pouca ou nenhuma experiência materna no cuidar de crianças gera, muitas vezes, dúvidas relativamente ao seu cuidado e sentimentos de medo em mexer ou segurar no filho. O Enfermeiro deve, portanto, estimular a mãe a cuidar do bebé durante a permanência na maternidade, devendo aceitar os seus receios e valorizar as suas habilidades, uma vez que, apenas desta maneira, ela estará minimamente preparada para o regresso a casa.

De acordo com Lopes e Fernandes (2008), o Enfermeiro pode encorajar os Pais a permanecer junto do bebé e a participar nos cuidados, assim como, ajudá-los a adaptarem-se às características individuais do bebé, a partilhar com eles as informações que tem, diminuindo as dúvidas e a desenvolverem estratégias que lhes permitam lidar com o RN, aumentando a sua segurança, facilitando a interacção entre os três. É importante valorizar e reconhecer a importância da família e da parceria de cuidados para o bem-estar presente e futuro do bebé.

Segundo Klaus e Kennell (*cit. in* Machado e Tavares 2006, p.65), observações efectuadas comprovaram a eficácia da participação dos Pais nos cuidados ao RN, a partir das quais concluíram que existem discrepâncias entre as mães participativas e as não participativas. As mães participativas, demonstraram comprometimento para com o filho, mais confiança nas suas capacidades como mães e habilidades de estimulação e atendimento ao bebé.

Machado e Tavares (2006), chamam a atenção para a posição privilegiada do Enfermeiro, cuidador mais directo e próximo do RN, pois é o elemento da equipa que se encontra melhor preparado e posicionado para agir como promotor no processo de aproximação e interacção Pais-filho, envolvendo-os nos cuidados, para que possam continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar. Vilela (*cit. in* Machado e Tavares 2006, p.65), sugere que os

Enfermeiros se baseiem na informação como um contributo para a relação de ajuda e apoio aos Pais, contribuindo para a criação de mecanismos de adaptação.

A transmissão de carinho e amor é, pois, indispensável após o nascimento. Caso contrário, o bebé isola-se e morre para o mundo relacional. Todo o seu desenvolvimento depende de um capital de segurança estabelecido desde a vida fetal e continuado pela vinculação pós-parto a um rosto único e acolhedor (Biscaia, 2001). Faustino e Coelho (2005), partilham da mesma opinião mencionando que, o facto da mulher se sentir acolhida e apoiada durante todo este processo pode fazer com que esta seja mais acolhedora com o bebé, facilitando o estabelecimento de um vínculo precoce.

Desta forma, a atenção do Enfermeiro deve centrar-se em certos aspectos fundamentais que assegurem à criança viver em relação. Compreende-se assim, a importância da humanização dos cuidados, nomeadamente do parto, da promoção da vinculação, de garantir condições para uma presença próxima e permanente dos Pais junto do filho, a fim de evitar a institucionalização permanente ou prolongada dos bebés (Lopes e Fernandes, 2008).

Entende-se por humanizar, segundo Barbosa *et al.* (2002, p. 55):

“(...) tomar humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder numa forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para se reencontrar na plenitude da sua realização pessoal”.

Marques, Silva e Santos (2005) sugerem que é a atitude do profissional de saúde na humanização dos cuidados e numa prestação de cuidados centrada na utente/família, que permite ultrapassar as dificuldades e cuidar com gentileza, respeito e envolvimento paterno, colocando o ser humano como valor e preocupação central, reconhecendo a sua diversidade pessoal e cultural.

No equilíbrio destas forças tem existido um esforço por parte das instituições em criar condições que permitam suavizar o momento do nascimento, de forma a tornar o parto, em meio hospitalar, provido de mais afecto e cuidado. Actualmente e, de acordo com os autores supracitados,

proclama-se que, após o nascimento o RN seja colocado sobre o abdómen da mãe, num contacto pele a pele e os Pais incentivados a falarem com o bebé e a tocá-lo. Dar a oportunidade, no sentido de envolver o pai no nascimento do filho, de este cortar o cordão umbilical, no caso de ser esse o seu desejo. O ambiente da sala de partos deve ser calmo e tranquilo. Se a mãe e o bebé se encontrarem bem, seca-se a pele do bebé e aguarda-se, mantendo os dois/três juntos. Dá-se a oportunidade de os Pais olharem e serem olhados pelo seu filho, facilitando o estabelecimento precoce de vínculos. Após os cuidados imediatos ao RN este é novamente entregue aos Pais, estimulando-se, mais uma vez, o pai a ficar e a pegar no seu filho. Incentiva-se o aleitamento materno precoce, momento de intimidade entre a mãe e o filho, o que vai favorecer a vinculação precoce mãe-filho. O RN deve ser mantido junto da mãe, sendo transferido com ela para o internamento onde se pratica o alojamento conjunto.

Será relevante referir ainda o importante papel da Enfermagem no que diz respeito aos cuidados ao bebé prematuro. As situações que implicam o internamento do RN numa Unidade de Cuidados Neonatais, induzem uma separação precoce Pais-filho, submetendo a uma privação afectiva, componente indispensável para um crescimento e desenvolvimento eficaz do bebé. O Enfermeiro surge, assim, como principal elemento capaz de promover a vinculação Pais - filho, devendo possibilitar que os Pais vejam, ouçam, toquem e cuidem do bebé, ou seja, compreender que estes não são apenas visitantes mas sim parceiros no cuidar e principais transmissores de amor e afecto (Lopes e Fernandes, 2008). Alves *et al.* (2005) remetem-nos para a importância de, também neste caso, ensinar aos Pais as diversas formas de comunicação, assim como dar-lhes a conhecer os gestos e os gostos do bebé, ou algum comportamento peculiar quando dorme ou está desperto, que o diferencia dos demais, facilitando, desta forma, a interacção familiar.

Cada bebé possui a sua sensibilidade individualizada. Como é evidenciado por Brazelton e Cramer (2002), não é mais possível ignorar que a construção da felicidade de cada bebé passa pela necessidade de partilhar com os Pais a descoberta das suas diferenças individuais. Deste modo e de acordo com Faustino e Coelho (2005), um relacionamento positivo entre Pais e o filho RN é mutuamente compensador, pelo que os Enfermeiros devem fazer com que os Pais se sintam confiantes e competentes no seu papel.

II - FASE CONCEPTUAL

Faz parte da fase conceptual a elaboração de um quadro de referência que enuncie os objectivos da investigação, assim como, as questões de investigação ou hipóteses (Fortin, 2003).

1. Objectivos do estudo

Os objectivos de um estudo definem, de forma precisa, o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação, precisando as variáveis - chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2003).

Os objectivos deste estudo são:

- Identificar os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN;
- Identificar a importância que os Pais atribuem ao conhecimento das capacidades sensoriais do RN para o fortalecimento da relação afectiva Pais – RN;
- Identificar o contributo dos cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais - RN.

2. Questões de investigação

Para iniciar um estudo de investigação, é necessária a elaboração da questão de investigação, uma vez que é a partir desta que se determina toda a evolução do estudo, constituindo, portanto, as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação (Fortin, 2003). Neste estudo clarificámos as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN?
- Qual a importância que os Pais atribuem ao conhecimento das capacidades sensoriais do recém-nascido para o fortalecimento da relação afectiva Pais - RN?
- Qual o contributo dos cuidados de Enfermagem na promoção da relação afectiva Pais - RN?

III. METODOLOGIA

No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às suas questões de investigação. De acordo com Fortin (2003, pp.131-132), a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que conduzem à elaboração de uma investigação científica. O desenho de investigação é um plano coerente criado pelos investigadores que tem o objectivo de obter respostas válidas às questões de investigação (Fortin, 2003, pp.131-132).

Tendo em conta os objectivos propostos neste trabalho de investigação e a pesquisa bibliográfica realizadas, pretendemos neste capítulo descrever de forma precisa as etapas percorridas e os meios utilizados.

1. Princípios éticos da investigação

As decisões individuais, porque são autónomas, tornam-se num bem essencial, desde que não venham deteriorar o valor da dignidade humana. A ética é “(...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 2003, p.114). De acordo com o autor supracitado (2003, pp. 113-114), quando a investigação é realizada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Desta forma, a elaboração de uma investigação deve respeitar todos os princípios éticos, desde a selecção e integração da amostra até à conclusão dos resultados.

Os princípios do código de ética que, segundo Fortin (2003, pp.116-124), a investigação científica deve prezar, são os seguintes:

Direito à autodeterminação – fundamenta-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual, o ser humano é livre para decidir sobre si próprio.

Direito à intimidade – a pessoa é livre de decidir em partilhar ou não informações íntimas e privadas, da mesma forma que o é em relação à extensão de informação a revelar.

Direito ao anonimato e à confidencialidade – os resultados da investigação não devem permitir que a identidade do sujeito que participa no estudo seja associada às respostas individuais, de forma a não ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – diz respeito à protecção da pessoa contra situações susceptíveis de lhe provocarem o mal ou de a prejudicarem.

Direito ao tratamento justo e equitativo – refere-se ao direito do participante ser informado acerca da natureza, finalidade e duração da investigação assim como dos métodos utilizados no estudo.

2. Tema

O tema escolhido foi “Conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN”. O que é pretendido com este tema é identificar os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN.

2.1 Justificação do tema

Escolhemos este tema por se enquadrar numa problemática actual e pertinente. Há umas décadas atrás, considerava-se os RNs como organismos inacabados, sem capacidade para ver, ouvir, comunicar. O seu equipamento sensorial era tido como rudimentar. Actualmente e conforme Sousa (2008), graças à investigação e tecnologia, o conhecimento sobre a psicologia do bebé e sobre as suas capacidades inatas para estabelecer interacções com o mundo que o rodeia aprofundou-se, levando ao desenvolvimento de diversas teorias sobre as suas capacidades e especificidades, como também, sobre a vinculação Pais - RN. Surge assim uma vasta área de intervenção para o Enfermeiro, pois compete-lhe colaborar com os Pais para que, desde o início da gestação, se estabeleça uma relação afectiva entre Pais e filho, imprescindível para o desenvolvimento do bebé (Faustino e Coelho, 2005).

3. Tipo de estudo

O tipo de estudo traça a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever seja, variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 2003). Desta forma, o presente estudo apresenta um carácter quantitativo, tratando-se de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 2003) e, descritivo, o qual para Fortin (2003, p.163) “(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Relativamente à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, uma vez que, segundo o autor supracitado (2003), a colheita de dados é feita apenas no momento do inquérito, não havendo acompanhamento dos participantes durante um determinado período.

4. População em estudo

De acordo com Fortin (2003) uma população é um conjunto de todos os elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

Segundo o autor supracitado a população alvo é aquela que o investigador pretende estudar e fazer generalizações, sendo constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente. Deste modo, a população alvo definida para este estudo são os Pais de RNs que recorreram ao Centro de Saúde de Campanhã, Porto, durante os meses de Janeiro até Abril de 2009.

5. Amostra

Amostra é um subconjunto da população em estudo, devendo ser representativa da população, ou seja, deve conter todas as características da população (Fortin, 2003,p.202).

A amostra estudada corresponde ao número de Pais de RNs que responderam ao questionário, ou seja, quarenta Pais.

6. Processo de amostragem

A amostragem é o procedimento pelo qual uma população ou um subconjunto desta é escolhida com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno e de tal forma, que a população inteira que interessa ao estudo esteja representada (Fortin, 2003).

O processo de amostragem utilizado neste estudo consiste na selecção não aleatória do tipo accidental, uma vez que o tempo de investigação é curto. Desta forma, a colheita de dados é facilitada dado que os sujeitos são incluídos até perfazer o tamanho da amostra pretendida.

Entende-se por selecção não aleatória ou não probabilística, como um procedimento segundo o qual, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2003).

Amostragem accidental ou tipo accidental corresponde aos sujeitos que são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num determinado local, num momento preciso (Fortin, 2003).

7. Variáveis em estudo

As variáveis são “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2003, p.36).

7.1. Variável dependente e independente

De acordo com Fortin (2003, p. 37) a variável dependente é aquela que sofre o efeito da variável independente e não é manipulável pelo investigador. Sendo assim, a variável dependente definida para este estudo são os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN.

A variável independente é aquela que o investigador manipula de forma a medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2003, p.37). As variáveis independentes a considerar neste estudo são a idade, o género, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, número de filhos e a fonte de informação.

8. Instrumento de colheita de dados

Uma recolha de dados adequada é fundamental para uma investigação atingir os objectivos de estudo, devendo ser feita em função dos objectivos do estudo, do nível de conhecimentos que o investigador detém das variáveis em estudo e da possibilidade de obtenção de medidas adequadas às definições conceptuais (Fortin, 2003, pp.239-240). Desta forma, o instrumento de colheita de dados seleccionado para este estudo é o questionário (Anexo I), por se tratar de um método directo de obtenção de informação, menos dispendioso do que a entrevista, ser preenchido pelo sujeito sem assistência e poder ser aplicado simultaneamente a um número significativo de sujeitos. O questionário permite colher informação sobre crenças e opiniões, factos, assim como avaliar níveis de conhecimento (Fortin, 2003, pp.249-254).

O questionário elaborado para o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, sendo que a primeira pretende caracterizar a amostra e a segunda determinar os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN.

9. Pré-teste

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população em estudo, de forma a verificar se as questões são bem compreendidas, detectar eventuais dificuldades no seu preenchimento e recolher todos os comentários relevantes para o seu aperfeiçoamento. “(...) é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário (...) verificar a redacção e a ordem das questões”(Fortin (2003, p.253). Neste estudo, o pré-teste foi aplicado a dez Pais de RNs que recorreram ao Centro de Saúde de Paranhos. Nenhuma das questões inicialmente concebidas foi reformulada.

10. Tratamento de dados e análise de resultados

Após a recolha dos dados, os questionários foram codificados e constituído uma base de dados numérica no programa Excel 2007, com recurso à estatística descritiva. A apresentação dos resultados foi feita através de gráficos e tabelas. A apresentação dos resultados começa pela caracterização da amostra e posteriormente pela apresentação gráfica e discussão das respostas dos Pais dos RNs ao questionário sobre os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN. A amostra seleccionada é de quarenta Pais de RNs. Para o processamento de texto utilizamos o programa Word 2007.

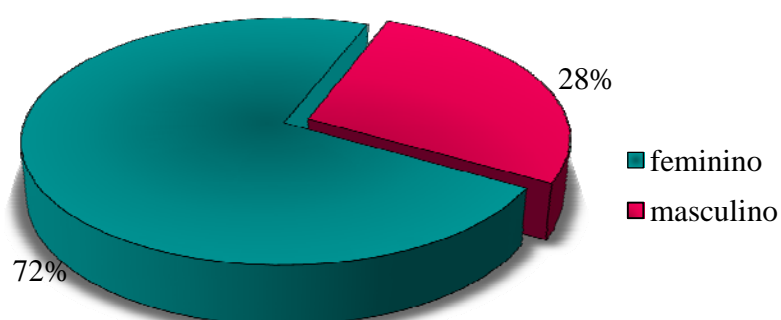
IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à apresentação e análise dos resultados obtidos na pesquisa que foi efectuada. Os valores foram apresentados em tabelas e gráficos, bem como a sua respectiva descrição narrativa, proporcionando uma visão global dos resultados de forma a conhecer os dados mais significativos e facilitar a sua leitura.

1. Caracterização da amostra

Caracterização dos Pais

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o sexo



Analisando o Gráfico 1, verifica-se que a amostra é constituída, predominantemente, por elementos do sexo feminino (mães), mais propriamente 72%. Os demais 13 questionados são do sexo masculino (pais) e representam 28% do total.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade da mãe e a idade do pai

Sexo	N	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Máximo
Masculino	11	24	31	24	31	4,817	23,2	39
Feminino	29	15	29	28	29	6,514	42,514	39
Total	40	15	29,55	28	29,50	6,101	37,228	39

Relativamente à idade, pode-se observar, através da Tabela 1, que os elementos da amostra apresentam idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos. A média de idades é de 29,55 anos, o desvio padrão de 6,10 e a moda é de 28 ano. A mediana encontra-se nos 29,50 anos de idade.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade dos Pais

		SEXO		Total
		Masculino	Feminino	
Menos de 21	N	0	3	3
	%	0	10	7
21-25 Anos	N	2	4	6
	%	18	14	15
26-30 Anos	N	3	9	12
	%	27	31	30
31-35 Anos	N	4	8	12
	%	37	28	30
36-40 Anos	N	2	5	7
	%	18	17	18

De acordo com a Tabela 2, por classes etárias, observa-se que a maior percentagem está centrada nas categorias dos 26 aos 30 anos (30% do total) e dos 31 aos 35 anos (30%), seguindo-se os sujeitos com 36 – 40 anos (18%), os que têm de 21 a 25 anos (15%) e, por último, surgem os sujeitos que têm menos de 21 anos (7%). Por género, verifica-se que os pais apresentam maior incidência de percentagens entre os 31 e os 35 anos (com 37%) e as mães possuem as maiores percentagens entre os 26 e os 30 anos (com 31%).

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo as habilitações literárias

		SEXO		Total
		Masculino	Feminino	
6º Ano	N	0	1	1
	%	0	3	2
9º Ano	N	2	10	12
	%	18	35	30
12º Ano	N	6	12	18
	%	55	41	45
Superior	N	3	6	9
	%	27	21	23

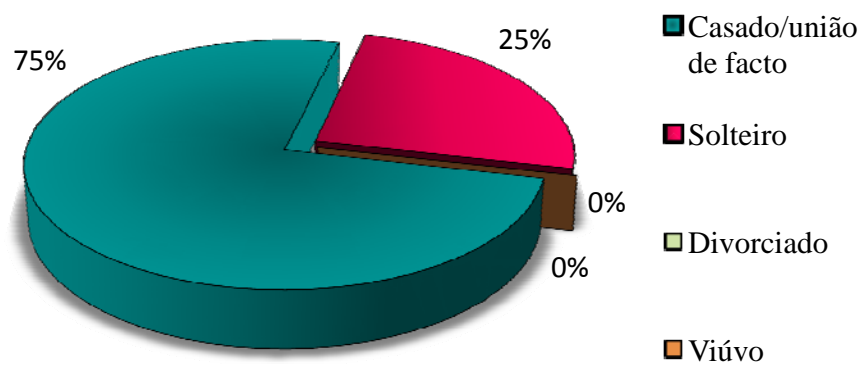
Quanto às habilitações literárias, observa-se, na Tabela 3, que a maioria dos elementos, quer do sexo masculino como feminino possui o 12º ano (com 55% e 41%, respectivamente).

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a situação profissional

		SEXO		Total
		Masculino	Feminino	
Desempregado	N	1	2	3
	%	9	7	7
Empregado	N	10	21	31
	%	91	73	77
Doméstica	N	0	3	3
	%	0	10	8
Estudante	N	0	3	3
	%	0	10	8

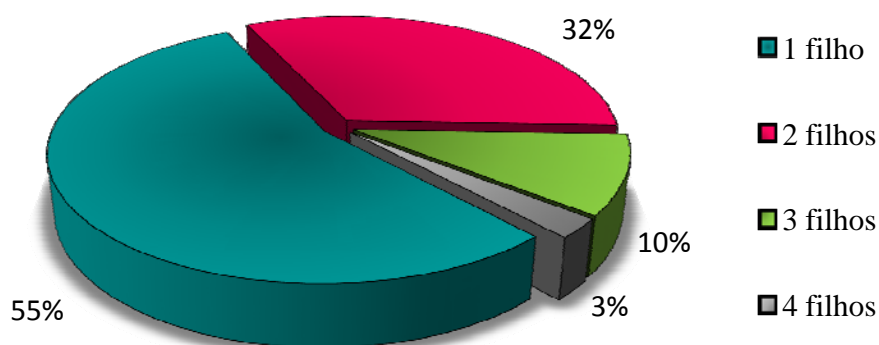
Observando a Tabela 4, verifica-se que a maior parte dos sujeitos da amostra apresenta como situação profissional a empregabilidade (77%). O correspondente a 7% encontra-se no desemprego, 8% são domésticas e 8% ocupa a categoria dos estudantes.

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o estado civil



Relativamente ao estado civil dos sujeitos da amostra, verifica-se, pela observação do Gráfico 2, que 75% são casados ou vivem em união de facto e 25% são solteiros.

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o número de filhos



Observando o Gráfico 3, verifica-se que 55% dos sujeitos têm 1 filho, 32% têm 2 filhos, 10% 3 filhos e apenas 3% têm 4 filhos.

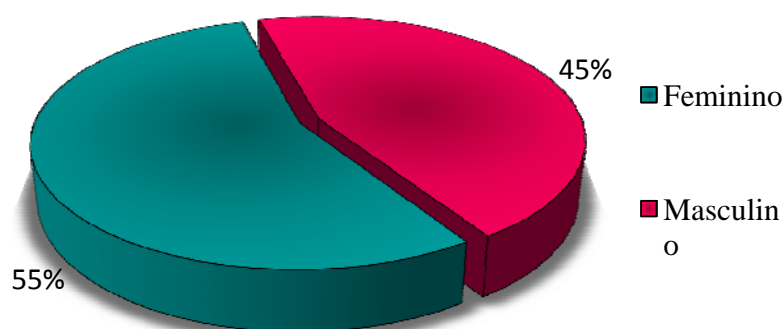
Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o número de filhos

	N	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Máximo
Número de filhos	40	1	1,60	1	1,00	0,778	0,605	4

Na tabela 5, verifica-se que a média do número de filhos dos sujeitos da amostra é de 1,60, o desvio padrão de 0,778, a mediana de 1 e a moda é de 1 filho.

Caracterização do Recém-nascido

Gráfico4 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o sexo do RN



Analisando o Gráfico 4, verifica-se que a amostra é constituída, na sua maioria, por elementos do sexo feminino, mais propriamente 55%. Os restantes 18 elementos são do sexo masculino, e representam 45% do total.

Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o tempo de gestação

	N	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio - Padrão	Máximo
Tempo de gestação (semanas)	40	38	39,63	40	40,00	0,800	41

Relativamente ao tempo de gestação, pode-se observar, através da Tabela 6, os elementos da amostra apresentam um tempo de gestação compreendido entre as 38 e as 41 semanas. A média é de 39,63 semanas, o desvio – padrão de 0,8, a mediana de 40 e a moda é de 40 semanas de gestação.

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o peso ao nascer

	N	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio - Padrão	Máximo
Peso ao nascer (gr)	40	2770	3335,20	3230	3405,00	371,627	4400

Relativamente ao peso ao nascer, pode-se verificar, através da Tabela 7, que os elementos da amostra apresentam o peso ao nascer entre as 2770 e os 4400 gramas. A média é de 3335,20 gramas e o desvio padrão é igual a 371,627, a mediana é de 3405 e a moda é de 3230 gramas ao nascer.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a estatura ao nascer

	N	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Máximo
Estatura (cm)	40	45	48,72	49	49,00	1,258	53

Na Tabela 8, pode-se observar, relativamente à estatura ao nascer, que os elementos da amostra encontram-se entre os 45 e os 53 centímetros. A média é de 48,72 centímetros e o desvio padrão é de 1,258, a mediana é de 49 centímetros e a moda é de 49 centímetros de estatura ao nascer.

Tabela 9 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o perímetro cefálico ao nascer

	N	Desconhece	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio-Padrão	Máximo
Perímetro cefálico (cm)	39	1	33	34,03	34	33,70	1,534	41

De acordo com a Tabela 9, quanto ao perímetro cefálico ao nascer, pode-se aferir que os elementos da amostra apresenta encontram-se entre os 33 e 41 centímetros. A média é de 34,03 e o desvio padrão é de 1,534, a mediana é de 33,70, a moda é de 34 centímetros. Existe ainda um Pai que desconhece o perímetro cefálico do seu filho ao nascer.

Tabela 10 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o Apgar ao primeiro minuto

	N	Desconhece	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio-Padrão	Variância	Máximo
Apgar ao primeiro minuto	39	1	8	8,90	9	9,00	0,307	0,094	9

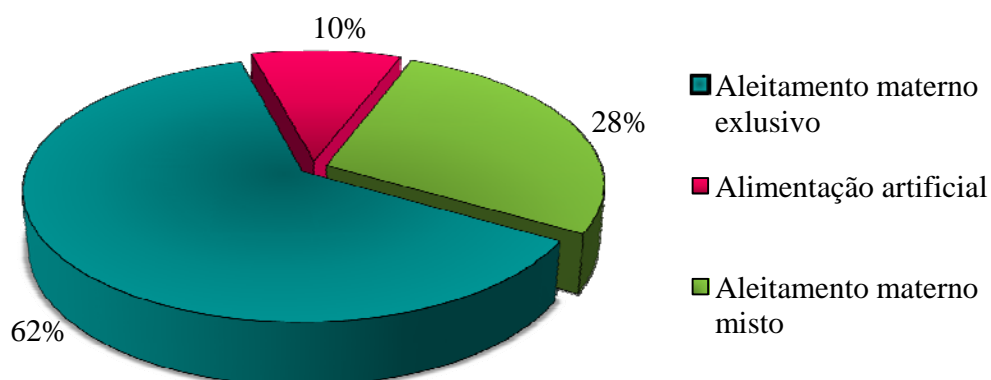
O Apgar ao primeiro minuto, de acordo com a Tabela 10, varia, entre os elementos da amostra, entre 8 (sem asfixia) e 9 (sem asfixia). A média é de 8,90 e o desvio padrão de 0,307, a mediana é de 9, a moda é de 9 e um Pai desconhece o Apgar ao primeiro minuto do seu filho.

Tabela 11 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o Apgar ao quinto minuto

	N	Desconhece	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Máximo
Apgar ao quinto minuto	39	1	10	10,00	10	10,00	0	0	10

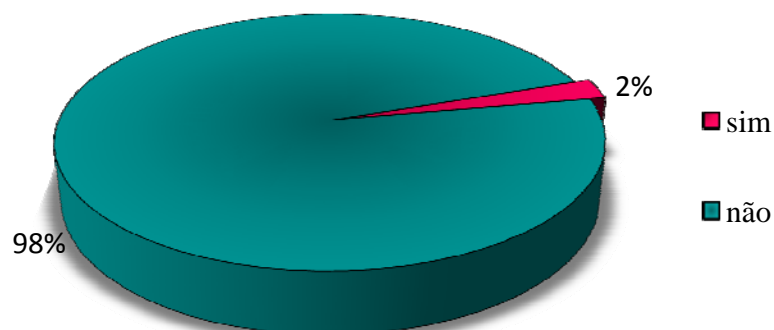
Relativamente ao Apgar ao quinto minuto, de acordo com a Tabela 11, este não varia, apresentando, os elementos da amostra, um Apgar ao quinto minuto de 10 (sem asfixia). A média é de 10 e o desvio padrão de 0, a mediana é de 10, a moda é de 10. Um Pai desconhece o Apgar ao quinto minuto do seu filho.

Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o tipo de alimentação



De acordo com o Gráfico 5, quanto ao tipo de alimentação, pode-se averiguar que 62% dos elementos da amostra é alimentado com aleitamento materno exclusivo, 28% com aleitamento materno misto e 10 % com alimentação artificial.

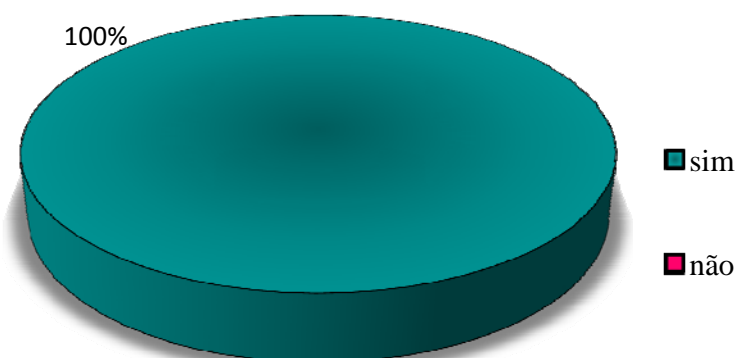
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a patologia ao nascer



No que diz respeito à patologia ao nascer, pode-se observar no Gráfico 6 que, 98% dos elementos da amostra não apresenta nenhuma patologia ao nascer, enquanto 2% dos elementos apresentou uma patologia.

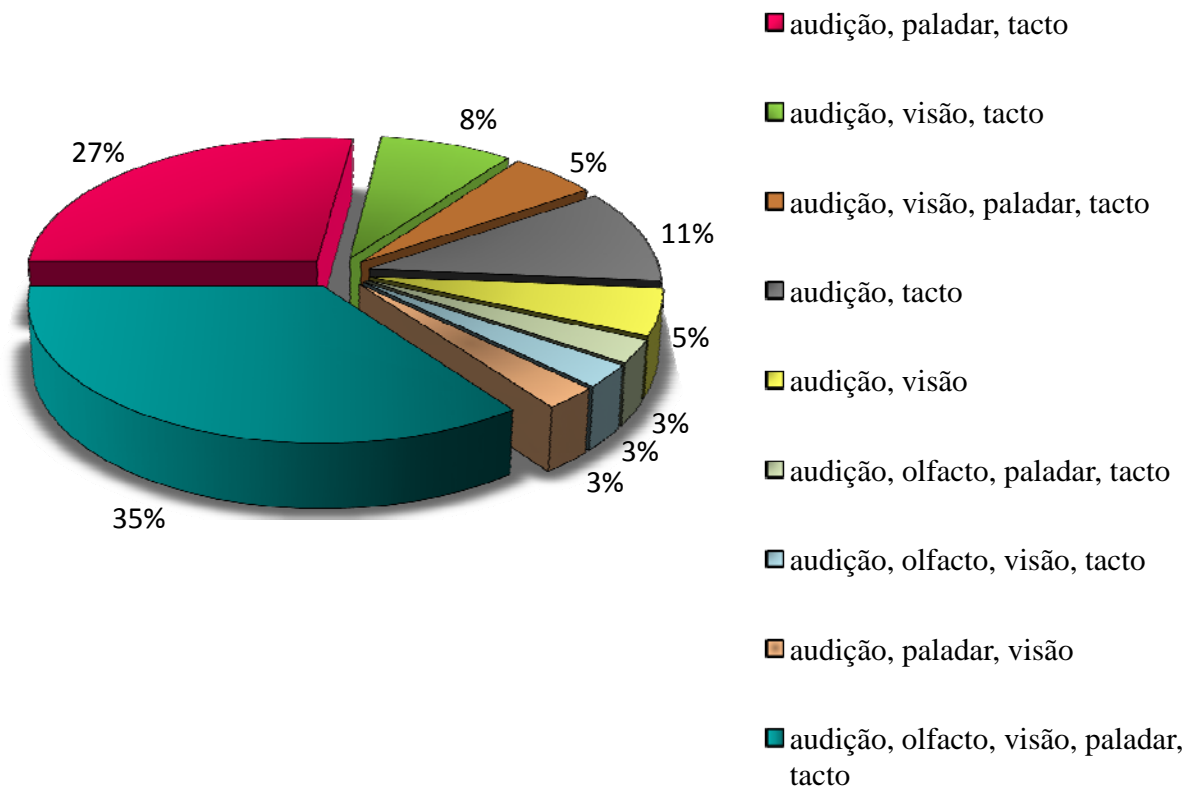
2. Conhecimento dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN

Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Tem conhecimentos sobre as capacidades sensoriais do RN?” (N = 40)



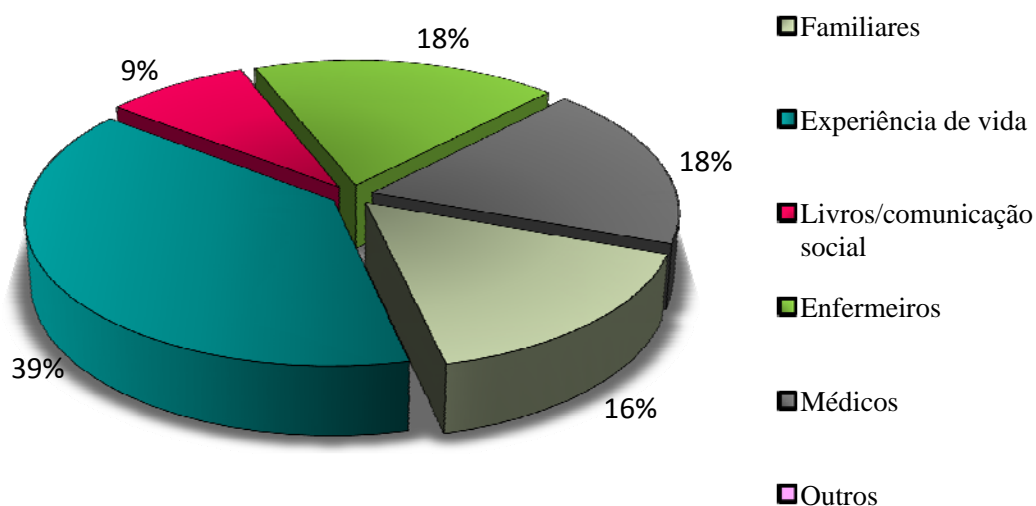
Ao analisar o Gráfico 7, verifica-se que 40 Pais referem ter conhecimentos sobre as capacidades sensoriais do RN, que corresponde a 100% da amostra.

Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Sabe quais são os sentidos do RN que estão presentes ao nascer?” (N = 40)



Verifica-se, de acordo com o Gráfico 8, que 35% dos Pais considera como sentidos do RN todos aqueles que são considerados na bibliografia (audição, olfacto, visão, paladar e tacto); 27% considera que o RN possui a audição, o paladar e o tacto como sentidos presentes à nascença; 11% considera a audição e o tacto como; 8% refere que são a audição, a visão e tacto os sentidos do RN e 5% apenas a audição e a visão. Em menor percentagem encontram-se os Pais que consideram a audição, o olfacto, o paladar e o tacto, os que consideram que são a audição, o olfacto, a visão e o tacto e os Pais que apontam como sentidos do RN a audição, paladar e visão, representando 3% da amostra total, respectivamente .

Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ De que forma adquiriu os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN?” (N = 40)



Relativamente à questão “ De que forma adquiriu os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN?”, verifica-se, observando o Gráfico 9 que 39% dos sujeitos da amostra refere ter sido com a experiência de vida, 18% com o enfermeiro, 18% com o médico, 16% com os familiares e 9% através dos livros, comunicação social.

Tabela 12 - Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ Os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN para uma melhor percepção e satisfação das necessidades do seu filho são:” (N = 40)

	Muito importante	Importante	Nem muito, nem pouco	Pouco importante	Nada importante
N	25	15	0	0	0
%	62%	38%	0%	0%	0%

Relativamente à questão representada na Tabela 12, conclui-se que 62% dos Pais considera Muito importante e 38% Importante, os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN para uma melhor percepção e satisfação das necessidades do bebé.

Tabela 13 - Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ Sabe como estimular o seu filho de forma a promover o desenvolvimento das suas capacidades?” (N = 40)

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
N	4	26	9	1	0
%	10%	65%	22%	3%	0%

Como se pode constatar na Tabela 13, relativamente à questão “ Sabe como estimular o seu filho de forma a promover o desenvolvimento das suas capacidades?”, 65% dos Pais considera que sabe Muitas vezes estimular o bebé, 22% refere que sabe Às vezes, 10% considera que sabe sempre estimular o seu filho e apenas 3% responde que sabe Poucas vezes estimular o bebé de forma a promover o desenvolvimento das suas capacidades.

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Habitualmente aproveita os momentos em que o seu filho se encontra acordado para comunicar e brincar com ele?” (N = 40)

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
N	19	18	3	0	0
%	47%	45%	8%	0%	0%

Na Tabela 14, verifica-se que, relativamente à questão “Habitualmente aproveita os momentos em que o seu filho se encontra acordado para comunicar e brincar com ele?”, 47% dos Pais referem Sempre, 45% dos Pais Muitas vezes e apenas 8 % dos Pais responde Às vezes.

Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ Habitualmente acorda o bebé para o estimular?” (N = 40)

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
N	0	0	2	0	38
%	0%	0%	5%	0%	95%

Analisando a Tabela 15, relativa à questão “ Habitualmente acorda o bebé para o estimular?”, pode-se aferir que 95% dos Pais Nunca acorda o bebé para o estimar, enquanto 5% admite que acorda Às vezes o bebé para o estimular.

Tabela 16 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Para o desenvolvimento das capacidades sensoriais do RN, considera:” (N = 40)

		Muito importante	Importante	Nem muito, nem pouco	Pouco importante	Nada importante
a) “pegar o bebé e acariciá-lo”	N	29	11	0	0	0
	%	72%	28%	0%	0%	0%
b) “o tom de voz com que fala para o bebé”	N	17	23	0	0	0
	%	42%	58%	0%	0%	0%
c) “o comunicar com o bebé a uma distância de 20-30cm dos olhos do bebé”	N	9	22	8	1	0
	%	22%	55%	20%	3%	0%
d) “o contacto com o odor da mãe e do pai”	N	12	27	1	0	0
	%	30%	67%	3%	0%	0%
e) “o experimentar diferentes sensações gustativas, nomeadamente, a diversidade de sabores proporcionada pelo leite materno”	N	6	22	9	3	0
	%	15%	55%	22%	8%	0%

Observando a Tabela 16, verifica-se que, relativamente ao “pegar o bebé e acariciá-lo”, 72% dos Pais consideram este gesto Muito importante e 28% Importante. Em relação ao “tom de voz com que se fala para o bebé”, 42% dos Pais considera Muito importante e 58% importante. Segue-se “o comunicar a uma distância de 20-30cm dos olhos do bebé”, em que 22% do Pais responde ser Muito importante, 55% Importante, 20% Nem muito, nem pouco importante e 3% considera Pouco importante. No que diz respeito ao “contacto com o odor da mãe e do pai”, 67% dos Pais referem ser Importante, 30% Muito importante e 3% Nem muito nem pouco importante. Por último, relativamente ao “experimentar diferentes sensações gustativas, nomeadamente a diversidade de sabores proporcionada pelo leite materno” 55% dos Pais concluem ser Importante, 22% Nem muito nem pouco, 15% Muito importante e 8% considera Pouco importante.

Tabela 17 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ Considera o conhecimento acerca das capacidades sensoriais dos RNs para o fortalecimento da relação afectiva Pais – filho:” (N = 40)

	Muito importante	Importante	Nem muito, nem pouco	Pouco importante	Nada importante
N	15	25	0	0	0
%	37%	63%	0%	0%	0%

De acordo com a Tabela 17, relativa à questão “ Considera o conhecimento acerca das capacidades sensoriais dos RNs para o fortalecimento da relação afectiva Pais – filho:” pode-se aferir que 63% dos Pais considera este conhecimento Importante e 37% Muito importante.

Tabela 18 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “ Na sua opinião, os Enfermeiros mostram-se disponíveis para fornecer o apoio necessário aos Pais durante a hospitalização?” (N = 40)

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
N	20	18	2	0	0
%	50%	45%	5%	0%	0%

Relativamente à questão “Na sua opinião, os Enfermeiros mostram-se disponíveis para fornecer o apoio necessário aos Pais durante a hospitalização?” e, de acordo com a Tabela 18, 50% dos Pais reconhecem que os enfermeiros mostram-se Sempre disponíveis para fornecer o apoio necessário

aos Pais, 45% dos Pais referem que os enfermeiros estão Muitas vezes disponíveis para o fornecimento deste tipo de apoio e os restantes 5% respondem Às vezes.

Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos da amostra relativamente à questão “Na sua opinião, os Enfermeiros transmitem-lhe as informações adequadas às suas necessidades relativamente às capacidades sensoriais do bebé?” (N = 40)

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
N	7	23	3	7	0
%	17%	57%	8%	18%	0%

Quanto à questão “Na sua opinião, os Enfermeiros transmitem-lhe as informações adequadas às suas necessidades relativamente às capacidades sensoriais do bebé?” e, observando a Tabela 19, pode-se aferir que 57% dos Pais considera que os Enfermeiros transmitem Muitas vezes as informações necessárias às suas necessidades relativamente às capacidades sensoriais do RN, 18% refere Poucas vezes, 17% considera Sempre e para 8% dos Pais Às vezes.

V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Debruçando-nos sobre os resultados que consideramos mais pertinentes, principalmente aqueles que nos permitem dar resposta às questões de investigação e procurando relacionar esses mesmos resultados com a fundamentação teórica apresentada ao longo deste trabalho de investigação, seguidamente iremos fazer a discussão dos resultados obtidos.

Nesta parte do trabalho irão ser discutidos os resultados atrás apresentados, relacionando-os com a revisão bibliográfica realizada. Segundo Fortin (2003), “ (...) os resultados discutidos não são definitivos, mas preparam sobretudo o caminho para os estudos de um nível mais avançado”. Sendo assim, o que se pretende com este estudo é identificar os conhecimentos dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN.

Tal como já mencionado anteriormente por Canavarro (1999), na cultura ocidental a mãe ocupa o lugar central, como figura fornecedora de cuidados aos filhos RNs. A representatividade feminina nesta amostra é notória (72%), demonstrando a realidade ancestral, relativamente a serem as mães a acompanharem mais os filhos. A média de idade das mães é de 29 anos e a dos pais é de 31 anos. A maioria dos Pais deste estudo possui o 12º ano e encontra-se em situação de empregabilidade (45% e 77%, respectivamente). Uma grande percentagem destes Pais (75%) é casada ou vivem em união de facto e têm apenas um filho (55% dos sujeitos da amostra). De todas as variáveis descritas o nível socioeconómico é o mais determinante no que concerne à importância atribuída aos cuidados de saúde. Quanto mais elevada a categoria socioeconómica maior é a utilização dos cuidados de saúde e mais nível de informação sobre os mesmos (Pedro, 1995). Numa cidade do Litoral como o Grande Porto em que este estudo se realizou, reflectem-se mais as políticas de Educação e Saúde para o século XXI, daí esta amostra pelo seu tamanho, poder não ser representativa da realidade do País.

Em relação à caracterização do RN, a amostra é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino (55%). Todos os elementos desta amostra são bebés de termo, apresentando um tempo de gestação compreendido entre 38 e as 41 semanas. À nascença, o peso dos RNs varia entre 2770 e 4400 gramas, a estatura entre 45 e 53 centímetros e o perímetro cefálico varia entre

33 e 41 centímetros. O Índice de Apgar é semelhante em todos os sujeitos ao 1º e ao 5º minuto, entre 9 e 10, respectivamente.

Como é demonstrado no Gráfico 5, em relação ao tipo de alimentação, a grande maioria dos RNs (62%) têm aleitamento materno exclusivo o que reflecte o empenho de todos os Hospitais Amigos dos bebés. Nestes hospitais foram implementadas dez medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, medidas estas contempladas no comunicado conjunto da OMS/UNICEF (*Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*), (Levy e Bértolo, 2008). Fontoura (2004), sublinha o papel fundamental da amamentação na estimulação da vinculação afectiva entre mãe e RN, uma vez que proporciona uma série de estímulos ao bebé desde o rosto e o olhar da mãe voltados para ele, o odor e o calor da sua pele, o som da voz materna e o aconchego. O desenvolvimento cognitivo é, assim, muito influenciado pela amamentação dado que constitui para o bebé uma fonte de estimulação dos órgãos sensitivos.

A grande maioria dos RNs (98%) não revelou qualquer patologia ao nascer.

A totalidade dos Pais em estudo tem conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN. Como se pode constatar através do Gráfico 8, a maioria dos Pais (35%) demonstra conhecimentos sobre os sentidos que o RN apresenta ao nascer e que segundo esta amostra são a audição, o olfacto, a visão, o tacto e o paladar, sendo que esta informação lhes foi fornecida minoritariamente por Enfermeiros e Médicos (respectivamente 18%). Na altura do nascimento, o RN já dispõe dos cinco sentidos que desde logo começa a apurar. De acordo com Stoppard (2005), a melhor forma de ajudar e encorajar o desenvolvimento do RN é através das suas capacidades sensoriais (tacto, audição, visão, olfacto e paladar), uma vez que são estes os meios que ele utilizará para explorar o mundo antes de se poder movimentar nele sozinho.

Os Pais desta amostra reconhecem ser muito importante (62% do total) ter conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN para permitir uma melhor compreensão das suas características individuais e satisfazer as suas necessidades, estimulando simultaneamente um adequado desenvolvimento das suas potencialidades, tal como sugerem Faustino e Coelho (2005).

A maioria dos Pais (65%) afirma saber, muitas vezes, como estimular o seu RN, aproveitando quase sempre os momentos em que o RN se encontra acordado para brincar e comunicar, como se pode constatar pela análise da Tabela 14. Este resultado vai de encontro ao que Mazet e Stoleru (2003) evidenciam sobre a importância de uma estimulação apropriada que permita que o RN consiga progressivamente manter-se calmo e alerta durante mais tempo, usufruindo de mais interacção e aprendizagem, salientando o que afirma Barnard (*cit. in* Pedro 1995, pp. 214-25) que é no estado de alerta tranquilo que o RN se mantém concentrado e gosta verdadeiramente de interagir, reagindo melhor ao mundo que o rodeia e quando é mais provável que aprenda e beneficie com a interacção. Neste estudo, nenhum dos Pais refere que acorda o RN para o estimular.

A experiência mais importante para estes Pais, para o desenvolvimento das capacidades sensoriais do RN, é pegar o bebé ao colo e acariciá-lo (72%). Uma maioria expressiva acha importante o contacto com o odor da mãe e do pai (67%), o tom de voz utilizado (58%), a comunicação visual realizada a uma distância de 20-30cm dos olhos do RN (55%) e, por último, o experimentar diferentes sensações gustativas (55%). Estes resultados exprimem a importância do toque como primeira fonte de comunicação entre os Pais e o RN, o que é referido por Guerra (*cit. in* Sousa, 2008, p10).

A maior parte dos Pais (63%) concorda que os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN são importantes para o fortalecimento da relação afectiva Pais - RN. Apenas alguns Pais (37%) consideram como muito importante para a intensificação da interacção emocional Pais - RN. A relevância deste estudo é que os Pais não estarão ainda tão despertos para perceberem a importância da relação afectiva como sendo um factor de desenvolvimento e que tem por base os conhecimentos que os Pais têm acerca das capacidades sensoriais do RN. Os conhecimentos dos Pais vão oferecer uma melhor qualidade à relação afectiva que manterão com o RN, o que por seu turno vai propiciar um maior desenvolvimento das capacidades já existentes do RN, tal como promulgam Faure *et al.* (2004) e Stoppard (2005).

Cada bebé possui a sua sensibilidade individualizada. Os Enfermeiros são os técnicos melhor preparados e posicionados para agirem como promotores no processo de aproximação e

interacção Pais – RN, envolvendo-os nos cuidados directos ao RN para continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar (Faustino, Coelho, 2005). O cuidar na perspectiva de que o Enfermeiro deve acompanhar, esclarecer, transmitir expectativas e recomendações, oferecendo os seus recursos e conhecimentos (Hesbeen, 2001). É importante valorizar e reconhecer neste estudo, que nem sempre os Pais consideram que os Enfermeiros estão sempre disponíveis para fornecer o apoio necessário durante a hospitalização e transmitir as informações adequadas, tal como demonstrado nas Tabelas 18 e 19, respectivamente. A Enfermagem precisa de estar mais alerta para identificar estas situações e garantir que os Pais tenham oportunidade de estabelecer bases sólidas para a relação única, específica e duradoura com o RN.

VI. CONCLUSÃO

Esta monografia versou o conhecimento dos Pais acerca das capacidades sensoriais do RN. Sendo a nossa amostra constituída por quarenta Pais, os resultados vão no sentido de valorizar o conhecimento e a compreensão das capacidades do RN para que os Pais tenham a capacidade de proteger e estabelecer uma relação segura com o RN. Quando nasce, o RN possui um conjunto de capacidades inatas que lhe permite a sobrevivência pela aproximação de alguém que lhe proporcione protecção e segurança, como os Pais. O RN é, desta forma, capaz de comunicar através do comportamento (choro, sorriso), de agir através dos reflexos inatos que possui e de receber informação do mundo que o rodeia através dos seus cinco sentidos (audição, olfacto, visão, paladar e tacto).

Os Pais que valorizam os momentos de vinculação e de interacção baseados no apoio, carinho e afecto com o seu filho, estimulam o desenvolvimento das suas capacidades cognitivas, emocionais, como fornecem as bases para todas as relações futuras do bebé. O conhecimento das capacidades sensoriais do RN permite aos Pais satisfazer adequadamente as necessidades do RN, interpretar e responder aos estímulos emitidos por este, contribuindo igualmente para o fortalecimento da relação afectiva entre Pais – filho, uma vez que os Pais se sentem mais seguros e melhor preparados para desempenhar os seus papéis de pai e mãe.

Tendo em conta os resultados obtidos, para a maioria dos Pais os conhecimentos das capacidades sensoriais do RN são considerados muito importantes para a promoção e desenvolvimento dessas capacidades e também importantes para o fortalecimento da vinculação Pais – RN. Pensamos que que o puerpério deve ser um período privilegiado para a educação para a saúde sobre os aspectos referidos, nomeadamente, os conhecimentos acerca das capacidades sensoriais do RN. O Enfermeiro desempenha aqui um papel fulcral pois encontra-se numa posição excepcional para ajudar, apoiar e estimular os Pais, avaliar as suas necessidades e transmitir-lhes as informações adequadas relativamente às capacidades sensoriais e comportamentos do RN. Concluimos que a maioria dos Pais está satisfeita com o nível de disponibilidade dos Enfermeiros, no entanto, prevalece a ideia neste estudo de que nem sempre os Pais sentem, por parte dos Enfermeiros, a

máxima disponibilidade para fornecer o apoio necessário durante a hospitalização. Uma boa prática clínica incidirá numa boa qualidade dos cuidados prestados.

Torna-se essencial reforçar a importância da educação, nomeadamente aos Pais de RNs, para a melhoria da qualidade da relação afectiva Pais – RN. Sugerimos ainda que sejam realizados novos estudos na área de Enfermagem Materno – Infantil pois torna-se necessário e útil aprofundar conhecimentos no sentido de fundamentar e ampliar a base científica da profissão de Enfermagem e melhorar a qualidade dos cuidados.

Julgamos que os objectivos que nos propusemos atingir com a realização deste estudo foram alcançados, filtrando os resultados principais para que os Enfermeiros na prática possam incorporar estes novos conhecimentos nos cuidados de Enfermagem tornando-se necessário oferecer uma maior diversidade de cuidados de Saúde, com uma orientação para o cuidar Holístico, intervindo precocemente. Sentimos que este trabalho constituiu um óptimo momento de aprendizagem, permitindo-nos um melhor domínio da metodologia de investigação.

O sucesso de um trabalho de investigação passa por um bom planeamento. A sua elaboração não foi fácil. A inexperiência e a escassa disponibilidade de tempo foram aliadas constantes, dificultando o nosso trabalho. Ficamos, contudo mais enriquecidos em termos pessoais, académicos e como futuros profissionais. Pensamos que será um tema interessante para dar continuidade e aprofundar conhecimentos, no futuro.

VII. BIBLIOGRAFIA

Alves, A., *et al.* (2005). A tríade interactiva Enfermeiro/Pais/Recém-Nascido. *Informar*, Ano XI (35), pp.57-62.

Barbosa, E. *et al.* (2002). Humanização de Cuidados de Enfermagem. *Boletim do Hospital de São Marcos*, XVIII (1), pp.55-56.

Bayle, F. (2006). *À volta do Nascimento*. Lisboa, Climepsi Editores.

Berryman, J. (2002). *A psicologia do desenvolvimento humano*. Lisboa, Instituto Piaget.

Biscaia, J. (2006). Sentimento, emoções e paixão no bebé. *Servir*, 54 (5), pp.233-237.

Bloch, H., Lequien, P., Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa, Instituto Piaget.

Bobak, T. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusociência.

Borges, A., Gouveia, B. (2001). Competências do Recém-Nascido. *Servir*, 49 (3), pp.136-39.

Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família*. Lisboa, Terramar.

Brazelton, T. e Cramer, B. (2002). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa, Terramar.

Brazelton, T. e Greenspan, S. (2003). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Barcarena, Editorial Presença.

Brunschwig, H. (2008). *Uma família inventa-se*. Casal de Cambra, Caleidoscópio.

Cabral, A., Marques, I., Nogueira, J. (2006). Qualidade de vida da puérpera. *Servir*, 54 (3), pp.139-146.

Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra, Quarteto.

Canavarro, M.(2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra, Quarteto.

Collière, M. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures, Lusociência.

Cordeiro, M. (2008). *O grande livro do bebé: O primeiro ano de vida*. Lisboa, A Esfera dos Livros.

Dicionário da Língua Portuguesa. (2008). Porto, Porto Editora.

Dossey, B. *et al.* (1998). Attending to holistic Care. *American Journal of Nursing*, 98(8), pp.35-38.

Faure, M., *et al.* (2004). *Os sentidos do bebé: Compreender o mundo sensorial do bebé: A chave para uma criança feliz*. Lisboa, Livros Horizonte.

Faustino, M. e Coelho, M.(2005). Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade da Enfermagem?. *Servir*, 53 (4), pp.185-189.

Figueiredo, B.(2003). Os primórdios da construção do próprio no contexto da interacção mãe – bebé. *Psicologia, investigação e prática*, 8 (2), pp. 311-322.

Figueiredo, B. *et al.* (2005). O envolvimento emocional dos pais. *Acta pediátrica portuguesa*. 36(2/3), pp. 121-131.

Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta pediátrica portuguesa*. 38(1), pp.29-38.

Fontoura, T.(2004). Aleitamento Materno: uma perspectiva psicológica. [em linha]. Disponível em <www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/telma_texto_am_perspectiva_psicologica.doc> [consultado em 15/04/2008].

Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fritz, B. (2002). *Fundamentos da massagem terapêutica*. Rio de Janeiro, Manole Editora.

Gasperi, P., Radunz, V. (2006). Cuidar de si: essencial para enfermeiros. *Mineira de Enfermagem*. 10 (1). [em linha]. Disponível em <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141527622006000100015&lng=pt&nrm=iso>>. [consultado em 13/04/2008].

Gomella, T. L., et alii. (2007). *Neonatologia: Manejo, Procedimentos, Problemas no plantão, Doenças e Farmacologia Neonatal*. Porto Alegre, Artmed.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

Klaus, M., Klaus, P. (1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Klaus, M., Kennel, J., Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Levy, L., Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF.

Lopes, S., Fernandes, P. (2008). Era uma vez um ser de palmo e meio....*Sinais Vitais*, nº 78, Maio, pp.9-13.

Machado, A., Tavares, S. (2006). Vinculação em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Informar*, Ano XII (36), pp.66.

Marques, R., Silva, S., Santos, S.(2005). Como cuidados na sala de partos. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº6, pp.55-57.

Meines, M. (1999). Devem as terapias alternativas serem integradas na medicina convencional?. *Servir*, 47(2), pp.79-85.

Mazet, P., Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa, Climepsi.

Miura, E. (1997). *Neonatologia: princípios e prática*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Monteiro, M., Santos, M. (2003). *Psicologia 2º Parte: Psicologia 12º ano*. Porto, Porto Editora.

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa, McGraw-Hill.

Pedro, J. (1995). *Bebé XXI – Criança e família na Viragem do Século*. Lisboa, Fundação Callouste Gulbenkia.

Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho*. Lisboa, Imprensa Nacional – Casa da moeda.

Pereira, M. A. (2004). *Aleitamento Materno: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação: intervenções para o seu sucesso*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Rebelo, M, e Ramos, T.(1988). Pais como primeiros prestadores de cuidados a um recém-nascido de pré-termo, *Enfermagem*, ano IV (2/3), pp.24-28.

Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa, Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: EDUCA e SEP, 1995. ISBN 972-8036-11-6;

Rodrigues, E. (2003). O outro na perspectiva do cuidar. *Boletim do Hospital de S. Marcos*. Ano XIX (2), pp.95-101.

Silberg, J. (2005). *Brincadeiras para bebés: Jogos Simples que os ajudam a aprender*. Cascais, Pergaminho.

Silva *et al.* (2006). A importância da interacção mãe – bebé no desenvolvimento infantil: a actuação da enfermagem materno – infantil. *Enfermagem UERJ*, 14 (4). [em linha].

Disponível em

<<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S014-35522006000400018&Ing=pt&nrm=iso>>. [consultado em 01/04/2008].

Soares, I.(2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga, Psiquilibrios edições.

Sousa, A.(2008). A importância da Enfermagem na Promoção do vínculo afectivo. *SOS Jornal de Enfermagem*. Ano VIII (112), p.10.

Sprinthall, N.(1993). *Psicologia Educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, McGraw-Hill.

Stern, D. (1992). *Bebé-Mãe: primeira relação humana*. Lisboa, Salamandra.

Stoppard, M. (2005). *Primeiras competências do bebé: jogos criativos para incentivar a aprendizagem*. Porto, Dorling Kindersley – Civilização, Editores, L.da.

Thomaz, A. *et al.* (2005). Relações Afectivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de psicologia*, 10 (1). [em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413294X2005000100016&lng=en&nr m=iso>>. [consultado em 01/04/2008].

Tomey, A., Alligood, M.(1999). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, Harcourt Brace.

Torre, M. (2005). Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropobiológica. *Revista de investigação de enfermagem*, nº11, Fevereiro, pp.16-25.

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