



CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental

Filipa Alexandra Santos Oliveira

Coimbra, Dezembro de 2017.



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental

Filipa Alexandra Santos Oliveira

Orientadora: Professora Doutora, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,
Professora Coordenadora, ESENFCE

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, Dezembro.

AGRADECIMENTOS

À memória do meu pai, pelo seu exemplo de homem, pai e marido e pela sua dedicação à nossa família.

À minha mãe, pela sua determinação e dedicação às filhas e netas.

O meu muito obrigado pelo teu apoio incondicional e pelo exemplo de mãe que sempre és.

À minha irmã e afilhada por apoiarem a minha filha na minha ausência.

Ao meu marido pela sua dedicação e encorajamento para eu continuar em frente.

E, claro à minha filha por me fazer acreditar que todos os dias valem a pena e que estes projetos são necessários para apoiar todas as famílias que como nós têm as suas dificuldades. Sem dúvida que foi ela a minha fonte de inspiração.

Um especial obrigado à minha professora orientadora Isabel Margarida Mendes pela sua dedicação e sabedoria, pois sem o seu leque de conhecimentos seria impossível concretizar este projeto.

Obrigado também a todos os casais que aceitaram participar no estudo.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPP – Depressão pós-parto

ESMO – Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AM – Aleitamento materno

CSP – Cuidados de Saúde Primários

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

CS – Centro de Saúde

USF – Unidades de saúde Familiares

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

VD – Visita Domiciliária

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

PNS – Plano Nacional de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

CPLESMO - Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

PNV - Plano Nacional de Vacinação

DGS - Direção Geral de Saúde

MDM - Maternidade Daniel de Matos

MBB - Maternidade Bissaya Barreto

RN – Recém-nascidos

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

HIV – Vírus da Imunodeficiência humana

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

PNV - Plano Nacional de Vacinação

CE – Conselho de Enfermagem

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos participantes.....	62
Tabela 2 - Caraterização dos Participantes.....	63
Tabela 3 - Questões relacionadas com a gravidez e parto.....	66

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - (Re)definição de novos papéis na transição para a parentalidade e suas subcategorias.....	73
Diagrama 2: A importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro no pós- parto e suas subcategorias.....	85

RESUMO

Enquadramento: o pós-parto comporta mudanças e consequentes reajustamentos ao casal enquanto díade parental. A visitação domiciliária (VD), permite uma assistência personalizada no âmbito das necessidades sentidas pela díade parental.

Objetivos: Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o filho recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da VD; descrever o comportamento dos casais enquanto díade parental aquando a transição para a parentalidade no período pós-parto. **Métodos:** A amostra intencional, após saturação de informação, constituída por 12 casais enquanto díades parentais, com filhos até aos 15 meses de vida, enquadrados na área geográfica do CSP, da ARS do Centro. Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A recolha de dados através de entrevista semiestruturada, após consentimento informado, onde se obtiveram os relatos dos casais acerca das suas experiências enquanto díades parentais ao ajustamento materno e paterno nos diferentes contextos do pós-parto e as situações de risco relacionadas com o filho recém-nascido no período pós-parto. Os dados foram analisados, segundo a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** dos relatos dos participantes, emergiram duas categorias principais e respectivas subcategorias: a)- *(re)definição de novos papéis na transição para a parentalidade*- subcategorias: criança como mediadora na transição para a parentalidade; relacionamento conjugal na transição para a parentalidade; diferenças de género, trabalho e divisão de tarefas; a rede social de apoio no desempenho de papéis parentais; b)- *a importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro no pós-parto*- subcategorias - necessidade de apoio de enfermagem nas mudanças físicas na puérpera; necessidade de esclarecer dúvidas; necessidade de prestar apoio psicológico e emocional à puérpera. **Conclusão:** De uma forma geral, há uma boa adaptação dos casais à chegada de um filho, o principal apoio/suporte dos casais são a família e amigos; os profissionais de saúde são a fonte de informação mais fidedigna para os casais aquando das dúvidas nos cuidados ao filho recém-nascido; quanto mais bem preparados são os pais no período pré-parto, mais positivas são as suas vivências no pós-parto; para todos os casais a VD foi considerada essencial para promover um ambiente saudável à adaptação física e emocional da mulher e da família.

Palavras-chave: Visita domiciliária, parentalidade, puerpério, Recém-nascido, Enfermagem, díade parental, pós-parto.

ABSTRACT

Background: To identify the necessities felt by the parental dyad & the hazardous conditions related to the newborn in the postpartum period, within the context of home visits; to describe the behaviour of couples as a parental dyad while transitioning to a postpartum scenario. **Objectives:** Identify the needs of the parental dyad and the risk situations related to the newborn in the postpartum period, as part of the HV; describe the behavior of couples as a parental dyad during the transition to parenthood in the postpartum period. **Methods:** An exploratory, descriptive study, with a qualitative approach was developed. The intended sample, after saturation of the information collected from 12 couples as parental dyads, with children until 15 months old, living in the geographical area of “CSP, ARS do Centro”. Data collection was done via semi structured interviews, after informed consent, where personal accounts were obtained about their experience as parental dyads and relating to the maternal & paternal adjustments made within the postpartum context, as well as the hazardous situations related to the newborn within the same period. The method of analysis was developed according to the Bardin approach. **Results:** the results are reflected in two main themes: a) - *(re)definition of the new roles in the transition to parenting*- subcategories: child as a mediator in the transition process to parenting; relation as a couple in the transition to parenting; differences of gender, work life and division of labour; social and community help on the performance of parental roles; b) - *the importance of home visiting by the midwife on the postpartum period*- subcategories – the necessity of midwife support during the mother’s postpartum physical changes; the necessity to clarify any doubts; the necessity to psychologically and emotionally support the mother during the postpartum period.

Conclusions: In general terms, there is a good adaptation from couples when it comes to the arrival of a child, and the main support are their family and friends; healthcare professionals are the most trustworthy source of information for couples when they have any concerns or doubts related to the newborn; if couples are better prepared prenatal, the postpartum experience will be more positive overall; home visits were deemed essential for all couples to promote a healthy environment to physical and emotional adaptation of the woman and the rest of the family.

Keywords: Home visit, parenting, postpartum, newborn, Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PARTE I- ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO	15
1- INTEGRAÇÃO DA PARENTALIDADE NO PROJETO DE VIDA	15
1.1 - ADAPTAÇÃO DA DÍADE PARENTAL AO PÓS-PARTO.....	17
1.2 - IMPLICAÇÕES DA MATERNIDADE NA DINÂMICA FAMILIAR.....	21
1.3 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE À LUZ DA TEORIA DE TRANSIÇÃO DE MELEIS.....	23
2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	
2.1 - CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA: RECÉM-NASCIDO/MÃE/PAI.....	28
2.2 - PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE.....	33
2.3 - RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO.....	35
2.4 - IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA NA COMUNIDADE.....	37
3 - VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO	41
3.1 - VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA/ FILHO/A/ FAMÍLIA.....	46
3.1.1 - Implementação do Projeto da visita domiciliária na Unidade de Saúde.....	49
PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO	52
1 – OBJETIVOS	52
2 - METODOLOGIA	53
2.1 – BREVES PRESSUPOSTOS ACERCA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	53
2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO.....	59
2.3 – MÉTODO E RECOLHA DE DADOS	60
2.4 – AMOSTRA INTENCIONAL: PARTICIPANTES E SUA CARACTERIZAÇÃO.....	62
2.5 – CRITÉRIOS DE VALIDADE DO ESTUDO	67
2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	70
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
3.1 - (RE)DEFINIÇÃO DE NOVOS PAPÉIS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	73
3.2 - A IMPORTÂNCIA DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA POR PARTE DO ENFERMEIRO NO PÓS-PARTO	84

CONCLUSÃO	94
BIBLIOGRAFIA	100

ANEXOS

Anexo I - Autorização da Instituição para a realização do Estudo

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APENDICES

Apendice I – Guião das Entrevistas

Apendice II – Caracterização dos Participantes

Apendice III – Informação aos participantes

INTRODUÇÃO

As famílias estão em constantes mudanças, nascem, crescem e morrem, à semelhança do Homem. Devido às diferenças que existem entre os elementos que as constituem, é necessário que se encontre um ajustamento entre os mesmos, de forma a serem planeados e atingidos objetivos comuns e conseqüentemente que existam famílias harmoniosas e comunicativas.

Com as mudanças estruturais que se têm verificado nas famílias portuguesas, é comum observar-se grávidas sem qualquer experiência no que diz respeito ao cuidar de um recém-nascido.

Apesar de um bebé ser desejado e esperado, a sua vinda dá início a um processo irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. Exigindo esforços de adaptação às novas tarefas, quer pelas exigências da prestação de cuidados, quer pela reorganização individual, conjugal, familiar e profissional que impõe (Canavarro & Pedrosa, 2005 & Moura-Ramos, 2006).

O internamento na maternidade tem uma duração muito curta, dificultando aos pais a adaptação e aprendizagem da nova realidade de cuidados ao bebé, consciencializando-se destas dificuldades aquando da chegada ao seu ambiente familiar. Não existe uma continuidade nos cuidados da Puérpera/RN/Família entre as maternidades e os centros de saúde. Deveria existir comunicação entre a maternidade e o respetivo enfermeiro de família, de forma a colmatar as lacunas identificadas no internamento.

A visita domiciliária realizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), é uma ferramenta facilitadora deste processo para a díade parental, pois é com a realização da mesma que podem ser sinalizadas e ultrapassadas muitas complicações que podem surgir no desenvolvimento do papel de pais.

O desafio que se impõe aos profissionais de saúde, em específico aos enfermeiros tem início na comunidade. É necessário repensar e refletir sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros e a importância de cuidar em situações de transição, nomeadamente na transição para a parentalidade. Devem valorizar a pessoa individualmente, considerando

as suas características específicas, personalidade, sentimentos, opiniões, crenças, desejos, aspirações, valores, dignidade e senso de justiça.

Como profissionais de saúde, os enfermeiros possuem conhecimento sobre a anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais evidenciadas, da fase de recuperação, das características físicas e comportamentais do recém-nascido, sabendo identificar quais os cuidados mais adequados a cada situação. No entanto, também é importante não ser esquecida a família e a sua reação à chegada de um novo ser. Neste sentido, são os EESMO, que mais privam e interagem com as díades mães/pais, durante a gravidez e após o parto, estabelecendo relações de confiança e terapêuticas, planeando intervenções complementares para ganhos acrescidos, tornando-se necessário avaliá-los, na perspetiva de quem os vivencia.

Neste sentido, como profissionais de saúde dedicados à área de saúde materna, sentimos a necessidade de, de uma forma científica, saber como se processam todas as mudanças que ocorrem na díade parental após o nascimento de um filho.

São objetivos deste estudo: Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visita domiciliária; descrever o comportamento dos casais enquanto díade parental aquando a transição para a parentalidade no período pós-parto.

Para atingir os objetivos delineados, procurou-se identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, descrever como os casais enquanto díade parental fazem a transição para a parentalidade no período pós-parto.

A amostra intencional foi constituída por 12 casais com filhos até aos 15 meses de vida, enquadrados na área geográfica do Centro de Saúde de Penacova, da ARS do Centro. Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A recolha de dados realizou-se através de uma entrevista semi-estruturada, onde se obtiveram os relatos dos casais acerca das suas experiências ao ajustamento materno e paterno nos diferentes contextos do pós-parto.

O presente trabalho inicia-se com esta introdução, seguido de uma contextualização da investigação, com uma revisão da literatura relevante para a explicitação da problemática e aspetos centrais do fenómeno em estudo. Encontra-se dividido em duas

partes, na primeira faz-se uma revisão da literatura referente ao que diz respeito à integração da parentalidade no projeto de vida do casal, aos cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade e à visita domiciliária no pós-parto. Na segunda parte insere-se o estudo empírico.

PARTE I- ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTUDO

1. A INTEGRAÇÃO DA PARENTALIDADE NO PROJECTO DE VIDA

Uma das transições mais relevantes do ciclo de vida familiar, vivida por grande parte da população adulta, é a transição para a parentalidade. Esta tem início com o desejo e a decisão de ter filhos ou com uma gravidez inesperada e não interrompida, prolongando-se até à construção de uma relação triádica e tendo a sua intensidade máxima nos primeiros meses após o nascimento do bebé (Cervený & Berthoud como referido por Wendt, 2006).

Colman e Colman (1994), Canavarro e Pedrosa (2005) ou Cowan e Cowan (2000) centram-se nas tarefas desenvolvidas durante a gravidez e a maternidade: aceitação da gravidez, aceitação da realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge, aceitar o bebé como pessoa separada e reavaliar e reestruturar a própria identidade.

Rubin (1984), foi das primeiras autoras a descrever quatro tarefas interdependentes para a integração da parentalidade, assegurar uma passagem segura durante a gravidez e parto para a mãe e bebé; assegurar a aceitação social da família para a mãe e para o bebé; iniciar a ligação ao filho; aprender a dar-se em benefício do outro, estas tarefas decorrem em três fases: replicação, fantasia e diferenciação.

Atendendo à complexidade da gravidez, as dimensões emocionais e sociais deste fenómeno devem ser consideradas nos cursos de preparação para o parto e parentalidade saudável, uma vez que esta é uma fase de preparação da transição para a parentalidade por parte do casal. Esta transição implica a incorporação do novo conhecimento e alteração da definição de si, isto é, implica uma mudança e adaptação, por vezes geradora de sentimentos ambíguos e de conflitos internos. Desta forma, os cursos de preparação para o parto e parentalidade representam uma reconhecida fonte de suporte. A importância do pai/pessoa significativa neste processo é hoje inquestionável e este também deverá ser alvo de cuidados por parte do EESMO.

Existem várias definições de parentalidade, a CIPE (2005), por sua vez, define parentalidade como os “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (p.43).

No puerpério, em termos de regressão das alterações fisiológicas e anatómicas sucedem, normalmente, ao fim de seis semanas após o parto, podendo o puerpério ser classificado em três fases: o puerpério imediato corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento, a segunda etapa diz respeito ao puerpério precoce, que se inicia após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana. A partir desta altura sucede-se o puerpério tardio que se prolonga até ao final da sexta semana ou quadragésimo dia (Rezende, 2005). As alterações fisiológicas que surgem são distintas e estão relacionadas com todo o processo de regressão associado à gravidez. Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles podemos fazer referência ao nível de energia, grau de conforto, saúde e bem-estar do recém-nascido, o apoio e o cuidado oferecido pela família, amigos e profissionais de saúde.

O primeiro ano após o parto é o período de transição significativa para a mulher. Ocorrem alterações fisiológicas, psicossociais e ainda nas rotinas habituais da mulher/casal. Muitas vezes estas mudanças não são valorizadas pelos profissionais de saúde e/ou por ela própria. Podendo ocorrer complicações, principalmente quando a mulher não consegue satisfazer a necessidade de autocuidado.

Este período, representa vulnerabilidade por parte da mulher comparando com outras etapas do ciclo gravídico-puerperal. Sendo muitas vezes a fase em que a mulher se sente desassistida pelos profissionais de saúde. A mulher encontra-se mais sensível à informação cedida. Perante isso, os profissionais deveriam proporcionar neste período a realização de ações para promoção da saúde e prevenção de doenças (Souza & Fernandes, 2014).

As ações permitem identificar, monitorizar e gerir as situações de risco de forma adequada. Deve realizar-se uma abordagem integral da puérpera, ampliando o cuidado para além da avaliação física da mesma: compartilhar com ela sobre o que representa o nascimento do filho, procurar entender o que a mulher pensa sobre as alterações do seu

corpo, como desempenha o seu autocuidado e ainda oferecer conhecimentos e orientações para auxiliá-la na vivência do puerpério. Desta forma o profissional de saúde promove o autocuidado (Quirino et al., 2016).

1.1 - ADAPTAÇÃO DA DÍADE PARENTAL AO PÓS-PARTO

Cada vez mais, o projeto de vida pessoal e do casal passa por um adiamento da maternidade (Almeida et al., 2005). Este adiamento da maternidade reflete as mudanças que se têm verificado no ciclo de vida do casal, nomeadamente quanto à participação no sistema de educação e formação, a inserção no mercado de trabalho, a entrada na conjugalidade, a formação da própria família e, conseqüentemente, a entrada na parentalidade (Portugal, 2007).

A formação do casal representa o início do ciclo vital familiar. As famílias que projetam ter filhos, com o nascimento do primeiro filho, reorganizam a conjuntura familiar no sentido da redefinição de papéis e funções, começando um processo de abertura progressiva ao exterior e de prestação intensiva de cuidados.

A parentalidade configura um projeto de vida a longo prazo, também ele sujeito a sucessivas mudanças, que envolvem a necessidade de prestação de cuidados e afeto necessários para que a criança possa realizar um desenvolvimento favorável das suas capacidades, dentro e fora da família, simultaneamente, enquanto processo de reorganização, pode também contribuir para o próprio desenvolvimento pessoal dos pais (Canavarro, 2001). Desta forma, é importante definir transição, que segundo Machado (1981), representa o ato ou efeito de passar de um lado para o outro, isto é, a passagem, a fase intermédia na evolução, período intermédio na evolução psíquica e fisiológica.

O Pós-Parto é um período de instabilidade que requer comportamentos que promovam a transição para a parentalidade. Por um lado os pais devem explorar o seu relacionamento com o filho(a), por outro redefinir os seus novos papéis. É um período vulnerável não só pelas adaptações a nível fisiológico e psicológico durante a gravidez, mas igualmente marcado por ajustamentos fisiológicos (alterações hormonais bruscas, fadiga, desconforto físico...) e ajustamentos psicossociais (inexperiência em cuidar do filho (a), alterações na rotina diária, consolidação da relação mãe/filho(a), pais/filho(a), relação conjugal e relacionamento familiar) (Mendes, 2009). Mesmo que já tenham

passado pela experiência, da maternidade, neste momento estão a vivenciar uma nova e singular experiência.

A adaptação à maternidade trata-se de um processo complexo interferindo em vários fatores como: fatores ligados à mãe (decorso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe), fatores ligados ao bebé (peso à nascença, saúde física e temperamento), características do meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional, e apoio institucional: na maternidade pré e pós parto, pediátrico após a saída da maternidade) (Canavarro, 2006).

Habitualmente, o nascimento de um bebé leva a uma aproximação dos recém-pais aos pais, agora avós, mas, no contexto social atual, muitas vezes o casal vive só, a vários quilómetros de distância da sua família de origem, sem ter apoio da mesma nesta fase de transição para a parentalidade (Bayle, 2006).

Durante o primeiro mês após o parto, ainda que seja um período intensivo de cuidados ao bebé, o casal encontra-se numa “lua-de-mel” face ao novo ser. Com o tempo as expectativas da mulher poderão não ser satisfeitas, com o facto de ter menos tempo para si, para as relações sociais e com a sobrecarga de trabalho, levando a que haja implicações na qualidade da relação do casal (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

O casal experiencia mudanças em termos emocionais e funcionais, apesar da forma como essas mudanças ocorrem ser de forma diferente no homem e na mulher. A adaptação ocorre individualmente, dependendo das características biológicas de personalidade, das prioridades e da forma de gerir os seus vários papéis sociais, perspetivando este momento de transição de forma distinta (Ziegel & Cranley, 1985; Williams, 1999; Canavarro, 2001).

Tanto o homem como a mulher, adaptam-se aos novos papéis como entes separados e distintos, com diferentes percursos individuais, mas com a mesma finalidade, a formação de uma família. Segundo os estudos, as mudanças tendem a ser mais intensas na mãe, uma vez que, são estas quem geralmente assume a responsabilidade da maior parte das tarefas de prestação de cuidados ao bebé. As dificuldades parecem ser mais evidentes no momento após o parto que oito meses após o nascimento de um filho, momento em que as diferenças entre pais e mães se esbatem, hipoteticamente devido à adoção de novas formas de organização individual e familiar. Apesar das diferenças entre pai e mãe, ambos apresentam tendencialmente boas capacidades de adaptação à

nova realidade. O nascimento de um filho parece constituir um importante momento na vida dos casais, caracterizado pela presença de diferentes desafios e exigências que os casais, de um modo geral, conseguem superar (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Socialmente, veicula-se a imagem que a mulher vive a gravidez e pós-parto envolta de imensa felicidade e que os “pequenos” incómodos são normativos. Estes aspetos levam a que a mulher grávida, ao confrontar estas expectativa com uma realidade menos positiva, sinta necessidade de omitir ou esconder aos que lhe são mais próximos e aos profissionais de saúde o que realmente sente por vergonha, culpa ou medo de críticas, levando a que não sejam diagnosticadas atempadamente perturbações psicológicas que, de outra forma, seriam facilmente tratadas.

De acordo com um estudo realizado por Graça, Figueiredo e Carreira (2011) o ajustamento biológico da mulher após o parto ocorre nas primeiras seis a oito semanas, o retorno corporal à imagem antecedente da gravidez raramente ocorre durante este período. Na gravidez as atitudes relativas à imagem corporal são mais positivas do que após o parto, atingindo os valores mais negativos no decorrer do primeiro mês. Na gravidez a mulher pode sentir-se bem com a sua imagem corporal, com a sua “barriguinha” de grávida, sendo apreciada pelo cônjuge e pela sociedade que a rodeia. Após o parto, a recuperação da silhueta não se verifica com a rapidez que a mulher deseja, podendo isso não ocorrer até aos seis meses seguidos do parto.

Ainda, o mesmo estudo refere que são as mulheres com maior nível de escolaridade e com profissões mais diferenciadas que depositam mais expectativas relativamente ao apoio do cônjuge, podendo isso depois não ser observado. Outra variável que pode dificultar este processo de transição é a forma como decorre a intervenção no domicílio, as orientações contraditórias e ainda, a falta de sensibilidade dos profissionais para este assunto.

Um estudo realizado por Quirino et al., (2016) verificou que as faixas de idade das puérperas influenciam a adaptação no pós-parto, ou seja, as mães mais velhas preocupam-se menos com o autocuidado. O nível socioeconómico no qual a mãe está inserida também influencia na medida em que, os casais que apresentam um nível socioeconómico estável e relacionamentos favoráveis apresentam maior índice de práticas de autocuidado.

Considera-se que, o puerpério é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta mais se encontra vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do RN em detrimento de si mesma (Costa & Reis, 2011).

A fase do pós-parto é acompanhada de alterações hormonais, de mudanças a nível psicológico, familiar e social, da adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização dos demais, bem como da elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade (Cantilino, et al., 2010). Todos estes aspetos, aliados a uma vulnerabilidade pessoal e familiar, propiciam alterações psicológicas que podem ser de grande severidade.

Os sintomas depressivos no pós-parto compreendem três categorias (*blues* pós-parto, depressão e psicose puerperal), organizadas de acordo com a intensidade e severidade dos sintomas (Braha, 2011).

Os ***blues* pós-parto** decorrem das alterações hormonais extremas e normativas do pós-parto, associadas à exaustão decorrente do parto, confronto do bebé-imaginado com o bebé-real, sentimentos desencadeados de não permanecer no centro das preocupações em prol do bebé, tomada de consciência das responsabilidades parentais (Brahya, 2011) e ainda sobre o ajustamento dos papéis familiares (Leitch, 2002).

Além do risco para a própria mulher, a DPP pode ter um impacto severo na relação mãe/recém-nascido e no relacionamento com o companheiro e familiares mais próximos (Silva & Botti, 2005), pode interferir na capacidade da mãe para interagir adequadamente com o bebé, o que se torna particularmente grave no primeiro ano de vida (Fitelson, et al., 2011; Silva & Botti, 2005), pois pode condicionar o estilo de vinculação, favorecendo uma vinculação evidente ou ambivalente em detrimento de uma vinculação segura.

Mães deprimidas respondem menos aos sinais do bebé e de forma menos ajustada, nomeadamente a nível da entoação do discurso (com falta de entusiasmo, empatia ou mesmo hostilidade). Se esta postura se mantiver, apesar dos esforços do bebé para provocar uma interação afetuosa, este vai acabar por se fechar e distanciar, o que aumentará sentimentos de ansiedade e frustração por parte da mãe. Esta vai sentir-se rejeitada e cada vez mais incapaz de assumir os cuidados ao seu bebé, mesmo ao nível

da amamentação (Fitelson, et al., 2011, Silva & Botti, 2005), condicionando cada vez mais o futuro da criança.

Em contrapartida, existem também fatores protetores de uma DPP, tais como: temperamento otimista, relação do casal satisfatória, percepção de apoio afetivo pelo parceiro, familiares e amigos, boa autoestima, preparação física e psicológica para as mudanças relativas à maternidade e possibilidade de regressar ao trabalho (Nanzer & Righetti-Veltema, 2009).

No que diz respeito ao termo **psicose puerperal**, esta refere-se a um “conjunto de manifestações delirantes agudas associadas a uma mudança brutal do humor” (Braha, 2011), com início abrupto tipicamente até quinze dias após o parto.

Neste sentido, a realização de uma visita domiciliária à família nos primeiros 15 dias após o parto, tem como objetivo prestar uma continuidade de cuidados, obtendo-se um conhecimento mais aprofundado da família e podendo assim, planejar e agir no tempo adequado, prevenindo a evolução das perturbações e contribuindo para uma maternidade saudável.

1.2 - IMPLICAÇÕES DA MATERNIDADE NA DINÂMICA FAMILIAR

Conhecer o funcionamento e composição familiar permite realizar uma avaliação da adaptação psicossocial da puérpera. É grande o impacto do nascimento de uma criança nas relações familiares, frequentemente os relatos das famílias referem que não se encontravam preparadas, pois o nascimento constituiu uma mudança no ciclo de vida familiar, com alterações profundas de papéis e da sua dinâmica. A forma como a família viveu a gravidez e o nascimento do bebé, como se ajusta aos novos papéis, como se entreajudada e como reorganiza o seu tempo, vai interferir na relação entre todos os elementos incluindo o bebé. Deste modo, aprender a organizar-se como uma nova família é um passo muito importante nesta nova fase da vida, exigindo muito esforço de todas as pessoas envolvidas (Santos, 2000).

O conceito de família foi reformulado ao longo dos tempos e não existe uma definição universal. A representação da família é uma das mais importantes instituições da nossa sociedade, onde a criança cresce, vive e vai estruturar a sua personalidade, a família pode ser considerada como “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade

social, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal”, (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.171). Apesar das transformações que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que a família tem vindo a apresentar, mantêm-se constantes as funções que lhe são atribuídas, e continua a representar a célula básica da sociedade (Hanson, 2005). As suas funções são assim, assegurar a proteção, dar carinho, amor e responder de forma adequada às necessidades da criança, contribuindo para o desenvolvimento e socialização do bebé bem como para a formação da sua personalidade, (Soares, 2008). Ainda, para Burd e Melo (2007), as funções da família são sobretudo afetivas, socializadoras e cuidadoras.

As mudanças decorrentes da integração de um novo elemento na família exigem maturidade intelectual e psicológica e implica redistribuição de papéis, de modo a evitar uma crise familiar. A família representa um sistema organizado que aceita um conjunto de transformações estruturais, conservando sempre a sua organização, (Alarcão, 2006).

As famílias devem demonstrar competências na prestação de cuidados básicos ao recém-nascido, desenvolvimento de estratégias para a manutenção do funcionamento familiar, de acordo com a sua cultura e expectativas pessoais e por último devem evidenciar uma adaptação saudável. Não existem dúvidas quanto à importância de perspetivar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem. O papel do enfermeiro passa não só por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar, mas também ajudar e colaborar com a família no planeamento e implementação de intervenções que reduzam os efeitos stressantes da mudança, resultante da integração de um novo elemento no seio da família.

Segundo Canavarro (2001) “os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que são, implicam *stress*” (p. 36). Este *stress* é vivenciado de forma diferente por cada pessoa e em cada uma das situações (gravidez ou pós-parto). Na gravidez há maior labilidade emocional por parte da mulher o que por vezes é causador de maior *stress* e também devido ao impedimento de realizar algumas tarefas. No pós-parto este *stress* pode ser devido à presença do novo membro da família, aos cuidados que este requer e todas as alterações que ocorrem na vida do casal que se não forem bem acompanhadas e interpretadas podem causar algum *stress* no seio familiar.

A maternidade/paternidade transcende em tudo a mera gravidez, assume-se como sendo um projecto de longo prazo (no mínimo dezoito anos), envolvendo a suficiente prestação de cuidados e dádiva de amor que possibilitem um desenvolvimento sadio e harmonioso à criança. Desta forma, distancia em quase tudo do acontecimento biológico que é a gravidez, exigindo iniciativas, atuações e responsabilizações. Requer que, mais do que se deseje ter um filho, se deseje ser mãe/pai (Canavarro, 2001; Leal; 2005).

Em Portugal, a mulher apresentam uma situação particular relativamente ao resto da Europa, atendendo a que associada a uma alta taxa de atividade feminina (a mais alta da Europa), apresenta ainda uma rede deficiente de equipamentos de apoio à infância, o que parece tornar as questões da maternidade muito difíceis para as mulheres, e conseqüentemente para os casais/família, desafiando a aquisição de novos modelos e representações sobre a parentalidade e a conjugalidade (Calado, 1998; Silva & Alves, 1999, 2003; Oliveira, 2004).

O facto de a mulher entrar no mercado de trabalho e no domínio público, vem conferir um novo protagonismo ao homem, impulsionando-o numa maior participação ao nível do cuidar do bebé. Outros fatores de ordem social ligados ao género, contribuem também para a desigualdade de saberes, nomeadamente, representações sociais da mulher como protagonista privilegiada da esfera privada e do homem da esfera pública. Estas são algumas das razões que colocam a mulher e o homem em situação de desigualdade face ao cuidado com os filhos. Se por outro lado, se verifica que as mulheres estão cada vez menos preparadas para a maternidade, ainda que esta seja uma opção, por outro lado, durante todo o processo que envolve a gravidez, parto e pós-parto a informação é menos acessível ao homem. Em simultâneo, a modernização e a urbanização da sociedade levou ao isolamento das famílias em que os casais, frequentemente longe dos seus progenitores, são confrontados com falta de modelos que socializem o cuidar.

1.3 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE À LUZ DA TEORIA DE TRANSIÇÃO DE MELEIS

No que concerne às diversas teorias de enfermagem, observa-se como é focalizada atualmente a enfermagem devendo ser utilizada com a finalidade de conferir maior eficiência à prática. É importante não só a centralidade do conhecimento teórico

resultante empírico, mas igualmente importante o conhecimento obtido através da prática clínica (Abreu, 2008).

Para Meleis (2000), transição é um conceito de grande relevância para a enfermagem. Assim sendo, estas alterações no ciclo de vida familiar são um dos focos de intervenção da enfermagem que levam ao desenvolvimento de novas perspectivas.

Meleis concebeu a teoria da enfermagem avançada – *advanced nursing* - na qual os enfermeiros têm todo o potencial para desenvolver cuidados que ajudam as pessoas a lidar com as transições de vida. Transição é definida como “a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (Meleis & Transgenstein 1994, p. 256).

Canavarro e Pedrosa (2005), referem quatro abordagens sobre a transição e adaptação para a parentalidade, referindo a parentalidade como um todo e não atendendo em particular às diferenças de género: *a teoria da vinculação*, em que a parentalidade é centrada na construção da relação entre a figura cuidadora, que oferece proteção, e o filho(a) que procura a segurança; *a perspectiva ecológica*, também na dimensão relacional, que valoriza um modelo pessoa-processo-contexto, sendo importantes os diferentes sistemas sociais, bem como a sua interação e fatores associados, no processo de adaptação a essa transição normativa do ciclo de vida; *a perspectiva desenvolvimentalista*, baseada na conceção da transição para a parentalidade onde salientam a reavaliação e reestruturação da relação com os pais; a reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro; a construção da relação com a criança enquanto pessoa separada; a reavaliação e reestruturação da sua própria identidade; e por último, *as teorias de stress e mudança*, baseadas na conceção de adaptação à crise.

Meleis (2010), refere o desenvolvimento da teoria como altamente benéfico e necessário para a prática clínica, pelos contributos que surgem na clarificação de domínios e na identificação do que é, e não é, do âmbito profissional, permitindo racionar recursos e focalizar ações naquilo que devem ser as terapêuticas da enfermagem.

As teorias de enfermagem, na sua maioria tem origem no norte da América, sendo reconhecidas como importantes para a prática do cuidado de enfermagem. Nightingale

(1859), documentou a primeira teoria de enfermagem, considerada um marco na história da enfermagem moderna, posteriormente, outras teorias e modelos de enfermagem foram surgindo. Cada uma delas possui focos, conceitos, pressupostos e proposições específicas que de alguma forma culminam no cuidado do enfermeiro (Oriá, Ximenes & Pagliuca, 2007) salientando que o indivíduo está inserido num contexto cultural que precisa de ser percebido pelo profissional de saúde com o intuito de alcançar o cuidado culturalmente congruente.

Permitindo utilizar os contributos das várias teorias como fundamentos, com conceitos fortes, germinativos, como o da adaptação da Roy, o autocuidado de Orem, a diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leninger, as relações interpessoais de Peplau, as transições de Meleis, ou o Papel Maternal de Mercer, permitindo-nos incorporar os vários modelos teóricos, com uma linguagem disciplinar, explicando o serviço prestado na prática.

Na teoria de Afaf Meleis, teoria da Experiência de transições, emerge o conceito de transição humana, na medida em que o mesmo permite ilustrar a construção da disciplina, na perspectiva da teoria da integração em que se considera que os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição, (...) no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações, nas expectativas ou nas capacidades (Meleis, 2010). Ao longo da evolução humana, a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos a riscos acrescidos da doença (Meleis, et al., 2000) o papel mais relevante do profissional de enfermagem é o de assistir a utentes em processos de transição.

Compete ao enfermeiro preparar e informar os utentes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição. Sendo que a educação surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos clientes para as suas transições (Meleis, 2000). Assim, a intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Esta intervenção de “ajuda para lidar” é referida como uma forma dos pacientes desenvolverem competências para enfrentar a transição – mestria – e, também, de atingirem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a sua energia

(Meleis & Trangenstein 1994). Contudo, o conhecimento concede poder àqueles que o desenvolvem, que o empregam e os que usufruem dele (Meleis, 2000).

Todavia, ainda sobre a teoria de adoção do papel maternal esta, realiza o seu enfoque na maternidade, considera a adoção do papel maternal como um processo, interativo e evolutivo, no qual a mãe se vai sentindo vinculada ao bebê, adquirindo competências na realização dos cuidados associados ao seu papel e experimentando prazer e gratificação dentro do mesmo. O enfermeiro torna-se responsável de promover a saúde, dada a contínua interação com a gestante durante toda a maternidade (Cisneros, 2002).

Por Consecução do Papel Maternal (*Maternal Role Attainment*) entende-se o processo de interação e desenvolvimento que ocorre ao longo do período de tempo em que mãe e filho se ligam. No desempenho desse papel pode ser influenciada por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconómico, percepção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, autoestima e autoconceito, flexibilidade no ajustamento de papéis, estado de saúde, ansiedade e experiências de *stress*, depressão ou estados depressivos, traços de personalidade, tensão do papel, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho, atitudes educativas); relacionadas com o bebê (temperamento, estado de saúde, características do bebê); familiares (considerando os subsistemas conjugal, parental e filial, bem como o desempenho dos respetivos papéis); e relacionadas com o apoio social (qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social, considerando o apoio emocional, informativo, físico e de apreciação) (Mercer, 1990, 2004; Meighan, 2004).

A consecução do papel maternal desenvolve-se em quatro fases (Meighan & Mercer, 2004):

- Antecipatória – Inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos derivados desta;
- Formal – Inicia-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Caracteriza-se pelo restabelecimento físico da mulher, conhecimento/vinculação com o bebê, aprender a cuidá-lo, imitando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações;
- Informal – Inicia-se quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados ao filho(a);

- Identidade Pessoal ou Materna – Esta fase evolui à medida que a mulher vai interiorizando o novo papel, através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, que vai adquirindo à medida que o desempenha. Representa o cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do “self” para incorporar a maternidade. Mobilizando-se para uma nova etapa de normalidade, a mulher começa a estruturar-se como mãe cuidadora para se ajustar a si, à família, e a outros contextos de vida, conforme as experiências passadas e os objetivos futuros.

As diversas fases vão surgindo à medida que o bebé cresce, variando de mulher para mulher, sendo interferidas pelo apoio social, pelo *stress*, pelo funcionamento da família e pelas relações estabelecidas (Meighan & Mercer, 2004).

Em resumo, com base nas teorias apresentadas, salienta-se a ideia de complexidade de influências que, de forma oposta à noção de determinação linear e simplificação do fenómeno, revelam que a adaptação é multideterminada; verificando-se na complexidade de interações entre os vários elementos em causa, permitindo antever a possibilidade de fragilidades, o que permite salientar a presença de fatores de risco mas também de proteção, neste processo de adaptação. Do ponto de vista ético, estas perspetivas evitam o risco de culpabilização dos pais por resultados menos adaptativos para si próprios ou para o bebé, alertando os técnicos para a necessidade de serem criativos no desenvolvimento de projetos de investigação e de programas de intervenção dirigidos a estas múltiplas influências. Abrange, ainda, importantes implicações sociopolíticas no sentido do desenvolvimento de programas e medidas de proteção à família (Canavarro & Pedrosa, 2005).

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

2.1 CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA: RECÉM-NASCIDO/MÃE/PAI

O cuidado enquanto essência da assistência de enfermagem tem vindo, há algum tempo, a incorporar-se na saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, apesar das diversas opiniões, que variam desde a abordagem puramente tecnicista à que envolve uma prática individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano, a partir das suas necessidades biofisiológicas e psicossociais. Neste caso, a abordagem focaliza-se na promoção, bem-estar e prevenção de complicações na saúde da mulher no âmbito obstétrico, contemplando o acompanhamento diário através do exame físico, privilegiando os aspetos psicológicos e espirituais, uma vez que no puerpério a atenção e outros cuidados especiais poderão ser fundamentais para auxiliarem na superação de dificuldades e promover a diminuição da ansiedade e esclarecimento de dúvidas. Assim, poderá facilitar-se todo este processo, fazendo com que a mulher goze de saúde plena e viva de forma tranquila e feliz com o seu recém-nascido e sua família (Rodrigues et al., 2006).

O pós-parto é uma experiência essencialmente feminina, mas também envolve o homem e as famílias que envolvem o casal. Para a mulher, é uma fase da vida reprodutiva em que há uma regressão física gravídica passando ao exercício da maternidade. Nela ocorrem mudanças orgânicas, psicoemocionais, comportamentais, relacionais e socioculturais. Para o homem, é uma fase que abrange a vivência da paternidade e de repercussões que o nascimento traz à vida deste e das famílias, incluindo novas responsabilidades, preocupações, sentimentos, valores e comportamentos. Na família é um período que se caracteriza por mudanças associadas á inserção do novo elemento da família, que afetam a sua organização e dinâmica cotidiana (Oliveira et al., 2013).

A arte de educar o cliente, a família ou a comunidade, deve ser entendida como algo mais do que atividade de transmitir conteúdos ou proporcionar espaço temporal para a

prática de procedimentos aprendidos em laboratórios simulados e fora do contexto social daquele indivíduo (Rodrigues, et al., 2006).

Na prática de Enfermagem Obstétrica ainda nos deparamos muitas vezes, com atitudes do profissional centradas no modelo de educação tradicional, em que não há espaço para perguntas e para um processo de comunicação efetivo entre profissional e cliente. No atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, a dimensão técnica do cuidar assume prioridade, ficando uma lacuna nesse processo de cuidar, que faz grande diferença para a mulher, no término do processo gestacional, quando se depara com uma série de dúvidas e dificuldades em desempenhar o seu papel materno.

O Ministério da Saúde defende que para que haja qualidade na assistência ao pós-parto deve existir um atendimento à mulher e ao recém-nascido no puerpério imediato e tardio. Existe um protocolo de assistência puerperal que recomenda que haja no mínimo dois atendimentos: uma visita domiciliar até ao 7º dia após o parto e uma consulta puerperal no 42º dia (Souza & Fernandes, 2014). A intervenção do enfermeiro, junto do utente necessitado de cuidados, acontece em contextos que vão além das unidades de saúde.

A agregação dos centros de saúde em agrupamentos (ACES) é regida pelo Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, posteriormente alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, 248/2009, de 22 de setembro, e 253/2012, de 27 de novembro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde, do Serviço Nacional de Saúde, designados por ACES, e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento, integrando-os na estrutura das Administrações Regionais de Saúde, com os seus serviços desconcentrados (Portaria n.º394-A/2012).

Por outro lado, o contexto institucional dos CSP e o CS, baseiam-se na sua estrutura organizacional em Unidades Funcionais (decreto-lei n.º157/99) com competências complementares. Enquanto às USF e/ou UCSP compete a prestação de cuidados personalizados aos indivíduos e famílias, às UCC compete a prestação de cuidados de enfermagem e apoio psicossocial, de base domiciliária, nomeadamente com famílias de risco, com particular atenção quando existem grávidas e recém-nascidos (DL n.º88/2005).

Associado a estes fatores, na reorganização dos CSP, surge a contratualização de carteiras de serviços que consagram a VD no pós-parto, ainda que como medida de

incentivo financeiro, embora nalgumas situações ela funcione sem incentivos, onde futuramente os projetos e atividades ligados à Saúde Materna e Neonatal estarão inseridos, no entanto, estes projetos estão já a ser desenvolvidos no terreno em algumas unidades.

Ainda relevante é, a Criação das UCF de acordo com os Despachos n.º 6/91, de 20 de junho, n.º 12917/98, de 27 de julho, n.º 9872 de 11 de junho de 2010) vem adequar a legislação à nova reforma dos CSP. A Comissão Regional de Saúde da Mulher, Crianças e Adolescentes (CRSMCA), ficou oficialmente responsabilizada pela coordenação da referenciação entre Cuidados Primários e Hospitais que vinha exercendo, acrescentando-lhe a responsabilidade de desenvolver a coordenação das relações inter-hospitalares. Pressupõe uma vigilância partilhada entre os CSP e os Hospitais/Maternidades de Apoio Perinatal e Apoio Perinatal Diferenciados com cooperação eficaz entre os especialistas de Medicina Geral e Familiar e os Obstetras, através das Consultas de Referência com um Protocolo e Normas de Vigilância Materno- Fetal.

O PNS (2010-2015), refere que: “O cidadão, entendido como central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança”. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde.

Do mesmo modo, o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Só assim o cidadão, individual ou coletivamente, estará capacitado para ser ouvido e participar nas decisões que lhe dizem respeito, contribuindo para o consenso quanto às prioridades em matéria de saúde e para um compromisso político estável e alargado que permita alcançar os objetivos deste plano.

De acordo com o Plano Regional de Saúde da ARS Centro (2015-2016), dentro do Programa Nacional de Promoção da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, pode-se verificar que houve um aumento significativo na percentagem de concretização

dos objetivos para as estratégias definidas. Por exemplo, ao nível da garantia do acesso universal e equidade nos circuitos assistenciais passou de 90 para 100%, ou seja, houve uma maior preocupação e investimento no facto de integrar as Unidades de Saúde nas UCF, existem menos crianças sem médico de família. O facto de se implementar o acesso à “Notícia do Nascimento” foi mais fácil identificar os RN de risco e facilitou a intervenção do enfermeiro ao nível da amamentação no pós-parto e a sinalização para posterior apoio/orientação das mães com depressão pós-parto.

Relativamente à vigilância Materno-Fetal houve um aumento significativo do número de grávidas que fizeram a vigilância da sua gravidez corretamente.

Tudo isto foi possível com a criação de programas/projetos que foram colocados em prática nos últimos 2 anos tendo em vista minimizar o número de pessoas sem apoio na sua saúde/doença na região centro.

A Enfermagem assegura os princípios inerentes aos CSP ao contribuir para atingir as metas do PNS, e dos programas e projetos institucionais, através das suas práticas. Assim, os cuidados de Enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital, com ênfase nos processos adaptativos. Dos profissionais, espera-se que ajudem os indivíduos e famílias a melhorar, manter ou recuperar a saúde, para conseguir a melhor qualidade de vida possível (Royal College of Nursing, 2003), tendo em consideração os seus projetos de saúde, sendo essencial o desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias, nesses mesmos processos de transição que estão a vivenciar.

O período gravídico acarreta um deslocamento do equilíbrio anterior, implicando uma maior vulnerabilidade pessoal. É um período de espera potencialmente crítico ou de crise desenvolvimental, caracterizado pelas expectativas e simbolismos que se vão recordando pela vida fora, sendo uma fase ótima para a promoção da saúde na sua tripla vertente: física, emocional e social, abrindo portas a uma desejável interdisciplinaridade (Leal, 2005). A mulher/casal deve ser encarada como alguém que necessita de cuidados, principalmente no que se refere à aprendizagem do que é a gravidez, pois sendo este um estado, acima de tudo novo e diferente, surgem algumas questões que devem ser esclarecidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida (Couto, 2003). A maternidade/paternidade é referenciada por muitos casais como sendo uma experiência única quase milagrosa, um fruto esperado de uma relação e partilha. Mas, para que este

sentimento se generalize, é fundamental que se invista cada vez mais na educação para a saúde no âmbito do planeamento familiar, onde se incluem as consultas pré-concepcionais, e no âmbito das consultas de saúde materna.

A grávida/casal e o filho(a) começam a ser alvo da atenção dos profissionais de saúde muito precocemente, iniciando-se, ocasionalmente no período pré-concepcional, e, na maioria dos casos, durante a gravidez, recorrendo-se a diferentes modos de intervenção, contextos de prestação de cuidados e estratégias.

Se a gravidez é um tempo de preparação, após o parto, com a confrontação com o filho(a) real, inicia-se um processo intensivo de prestação de cuidados, que, podendo ter sido apreendidos anteriormente, só a partir desse momento vão ser experienciados de forma objetiva. Enquanto a mulher/casal não desenvolvem a perícia e formas particulares de gerir as situações, os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, nas Unidades de Saúde, são um recurso particularmente importante, a utilizar, dado que as suas orientações e práticas são estruturantes para o desempenho do novo papel.

No que concerne aos cuidados ao filho(a) e à satisfação das suas necessidades humanas básicas, a alimentação é também um dos desafios importantes, nesta fase. O investimento no AM deve iniciar-se precocemente, na gravidez, e continuar-se após o parto, as intervenções serão mais eficazes quando articulam, cumulativamente, múltiplas estratégias e contextos de aprendizagem, (Couto, 2001). Sendo ainda, necessário que os profissionais tenham conhecimentos atualizados, comportamentos consentâneos com as informações disponibilizadas e que as práticas institucionais sejam favorecedoras do AM (Graça, 2010).

Face ao exposto, muitas questões se nos levantaram: Como é que os casais se estão a adaptar a este novo papel? Será suficiente a orientação/informação proporcionada nos Serviços de Saúde no período pré, peri e pós-natal? Qual o impacto do papel parental no bem-estar conjugal? Como é vivenciada a experiência com os profissionais de saúde desde a gravidez até ao período do pós-parto? Quais os contributos, dos cuidados de enfermagem para o desempenho do seu papel parental? Que necessidades em saúde ainda não estão satisfeitas neste domínio? De que forma os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia podem intervir para que haja ganhos em saúde para os casais/filho(a)/família? Os desconhecimentos e a preocupação com estes fatores motivaram-nos a explorar esta problemática.

Sendo que, o nascimento de um filho, principalmente de um primeiro filho, é um desafio importante para a vida dos casais, estes tentam preparar-se através de múltiplos recursos que possam existir nas suas áreas de residência. Durante a gravidez vão idealizando os cuidados e a relação com a criança e família, após o nascimento inicia-se um verdadeiro processo intensivo de prestação de cuidados, orientados pelas expectativas dos sistemas sociais (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

2.2 PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO/PARENTALIDADE

Os cuidados prestados no pré-natal objetivam acolher a mulher desde o início da gravidez, com o intuito de ir até ao seu término, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia de um bem-estar materno e neonatal. Com o objetivo de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido devem ser desenvolvidas ações de saúde durante o pré-natal para todas as gestantes (Mendes et al., 2016).

A nível das instituições de saúde tem-se observado alterações nas dinâmicas e da organização dos serviços, com a diversificação da oferta, no entanto a sua eficácia raramente é avaliada. De forma geral, iniciou-se um processo de progressiva extensão dos cursos de preparação para o parto e parentalidade nos Centros de Saúde, nas Maternidades e nas Escolas de Enfermagem, dinamizados por profissionais de saúde.

Espera-se que, com a diversidade de serviços já existentes em alguns locais para apoiar os casais, estes se evidenciem como sendo instrumentos preciosos na preparação do casal grávido para a parentalidade, ajudando-o na adaptação às alterações características do período que engloba a gravidez e o início da parentalidade, preparando-o para o parto e o pós-parto, aumentando os seus conhecimentos e aprendizagem de habilidades relacionados com a prestação de cuidados ao recém-nascido e promovendo o sucesso do aleitamento materno.

Relativamente à Preparação para o parto a Ordem do Enfermeiros (OE), emitiu um Parecer (PARECER N.º 44 / 2008), em que “Só aos detentores do título de enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade” (n.º2, art.

7º, do EOE.) e portanto só “aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica é reconhecida competência para ministrar o Curso de Preparação para o Parto” (p.2).

As competências científicas, técnicas e humanas adquiridas durante a formação do CPLESMO ou equivalente, são as necessárias para obtenção do título que lhes confere o reconhecimento de competências especializadas no âmbito da ESMO e assim o direito de exercer autonomamente atividades de preparação para parto. Ainda no mesmo parecer recomenda que as organizações providenciem EEESMO, para que estes possam estabelecer um programa de preparação dos futuros pais, com vista à sua nova função, responsabilizando-se os profissionais pela sua conceção e implementação, com vista a assegurar a preparação completa para o parto e para a parentalidade responsável. Outros pareceres posteriores a este e relativos à preparação para o parto foram publicados, nomeadamente Parecer n.º 104 / 2009 (Entidades credenciadas para lecionar cursos de preparação para o parto) e Parecer nº08/2011 (Preparação para o parto por Enfermeiros em Cuidados Gerais sob Supervisão de EESMO) pelo Colégio da Especialidade SMO, no entanto prevalece, que esta atividade é exclusiva do EEESMO, conforme vinha sendo emanado no Parecer nº123 / 07 do Conselho Jurisdicional.

Durante as consultas de Enfermagem, direcionada à Saúde da Mulher, é fundamental que o enfermeiro se focalize na promoção da saúde materno-infantil, bem como a qualidade da atenção e assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, além de estar atento às transformações que ocorrem na gestação, alerta-se para as questões referentes à cultura, nível de conhecimento das gestantes e possíveis influências religiosas que caracterizam este período (Mendes et al., 2016).

A abordagem efetuada nos cursos de preparação para o parto/parentalidade, e a interação ente as mulheres, permite a criação de redes de apoio, bem como, o desenvolvimento de habilidade, podendo contribuir para capacitar as mulheres para a gestão dos sintomas somáticos (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

As suas principais dúvidas/dificuldades prendem-se com o aleitamento materno, no que diz respeito às técnicas corretas da sucção da mama, ingurgitamento mamário, importância da amamentação, involução uterina, dieta do pós-parto, entre outras (Percegoni et al., 2002 como referido por Mendes et al., 2016).

O desenvolvimento saudável da criança é influenciado pelo comportamento parental. A criança é, nos primeiros meses de vida, totalmente dependente das respostas parentais ao seu comportamento. A manutenção e a promoção da saúde do bebê, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, só são possíveis através da participação ativa de mães e pais informados e motivados, que assumam com responsabilidade os cuidados prestados ao seu filho.

As mães e pais possuem um papel dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, o desempenho do papel parental é essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o bem-estar do bebê. Neste sentido, o desenvolvimento das competências parentais assume um papel importante na redução da morbidade neonatal. As competências parentais são definidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento do bebê (Cardoso, 2014).

Nesta transição a relação com o cônjuge/companheiro é das dimensões mais importantes e mais confrontadas, pois há uma reorganização da vida familiar em função das necessidades da criança (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

2.3 RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É uma experiência especial no universo da mulher e seu parceiro, envolvendo as suas famílias e a comunidade, constituindo-se uma experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam (Strapasson, Nedel, 2010 como referido por Mendes et al, 2016).

No pós-parto a mulher apresenta algumas carências, tais como a necessidade de apoio familiar e social, necessidade de cuidados de enfermagem no âmbito dos desconfortos físicos do puerpério, necessidade de cuidados de enfermagem ao RN, necessidade de cuidados de enfermagem face à experiência emocional de adaptação à maternidade, necessidade de segurança atribuída à visita domiciliária de enfermagem e necessidade de receber em tempo útil a visita domiciliária de enfermagem após a alta hospitalar. Tudo isto interfere com o estado psicológico e físico da puérpera (Pereira, 2012).

Nos cuidados de saúde primários a assistência no pós-parto deve incluir acolhimento, vinculação da mulher, do homem e da família ao serviço local, ações clínico-educativas de acompanhamento das mudanças orgânicas da mulher, ações de planeamento familiar, de prevenção do cancro da mama e do colo do útero, e das doenças sexualmente transmissíveis. Deve haver um apoio continuado na amamentação e cuidados ao recém-nascido, apoio psicoemocional **à díade parental**, informação e educação direcionadas para a saúde no pós-parto e ainda ações sociais de promoção da saúde reprodutiva (Oliveira et al., 2013).

É imprescindível a intervenção dos profissionais de saúde na primeira semana após o nascimento do bebé, para avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientar e apoiar a família, promover a amamentação, assim como os cuidados básicos ao RN, avaliar a interação entre mãe e bebé. Também é importante avaliar as situações de risco ou possíveis intercorrências e sinalizá-las. Esta é uma fase de adaptação para a mulher, onde ocorrem modificações quer físicas quer emocionais, apresentando-se por vezes sensível, confusa, muitas vezes acompanhada de ansiedade e depressão. Esta ansiedade é muitas vezes explicada pelos conflitos da vida moderna onde a mulher desvincula o sexo de procriação, insere-se no mercado de trabalho e ainda se vê com o papel de mãe, educadora, organizadora do lar, esposa e o ritmo acelerado do dia-a-dia, o individualismo, o suporte social cada vez menor e o distanciamento da família são tudo fatores que podem contribuir para que esta fase não seja vivida de forma positiva (Souza, 2013 como referido por Souza, Lopes & Borges, 2014).

No estudo realizado por Oliveira et al., (2013) verificou-se que a VD realizada na 1ª semana após o parto pelo enfermeiro, a consulta de enfermagem na unidade até dez dias após o parto, a consulta médica até ao 42º dia pós-parto, as ações educativas individuais e grupais, os cuidados específicos ao pai e família, os cuidados com a amamentação e a busca de mulheres que faltam às consultas nem sempre é realizado de forma contínua e muitas vezes não se faz mesmo.

Daí que seja recomendada a realização da VD pelo enfermeiro na primeira semana após a alta do RN ou nos primeiros três dias após a alta, em caso de sinalização como sendo de risco. Neste primeiro contacto a mulher deve ser orientada de quando deve ir à consulta de revisão puerperal e consulta do recém-nascido. Para que estas ações sejam eficazes deve ser feito neste primeiro contacto o planeamento das ações, estratégias e objetivos de acordo com as necessidades encontradas pelos profissionais no casal.

2.4 IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA (EEESMO) NA COMUNIDADE

O EEESMO surge como um auxílio aos pais na missão de ultrapassar os obstáculos inerentes à parentalidade, apoiando na criação de uma relação afetiva precoce com os filhos. No entanto, a atenção não deve centrar-se apenas nos cuidados no bebé, uma vez que, estaríamos a privá-lo daquilo a que tem mais direito, isto é, o sentimento de pertença, de amor, de conforto e segurança. Por outro lado, impossibilitar ou não auxiliar os pais de exercerem com eficácia o seu direito à parentalidade é contra a essência da enfermagem (Faustino & Coelho, 2005; Lopes & Fernandes, 2005).

A ideia de uma «enfermagem comunitária» centrada no trabalho com as famílias já vinha de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em cuidados de saúde primários, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique (2000). Trata-se de uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

Verifica-se com a realização da Conferência a abertura de perspetivas para que os enfermeiros sejam elementos chave no desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo as famílias os núcleos centrais das suas intervenções.

Constatou-se que os enfermeiros e enfermeiros especialistas em ESMO desempenham um papel-chave, e cada vez mais importante, nos esforços da sociedade para fazer face aos novos problemas da saúde pública assim como têm um papel essencial no assegurar de cuidados de saúde de alta qualidade, acessíveis, equitativos, eficientes e adaptados que garantam a continuidade de cuidados e que tenham em conta os direitos e as novas necessidades das populações.

A saúde pública é a base da enfermagem para a construção da sua identidade, pois no plano estratégico de saúde são os enfermeiros quem faz o primeiro contacto com a população, coordena as ações, acompanha e supervisiona os trabalhos dos outros profissionais, promove capacitações e educação continuada, atua na assistência e

promoção da saúde, além de ser o elo entre a equipa multidisciplinar e os doentes, sua família e comunidade (Itaborahy, 2012 como referido por Souza, Lopes & Borges, 2014).

Mendes et al., (2016), refere ainda que o enfermeiro da comunidade é um provedor da educação, sendo dos profissionais mais importantes na assistência à mulher, ao desenvolver ações de educação para a saúde nas unidades de saúde, pois é aqui que ocorre um maior contacto com as famílias na prestação de cuidados em saúde, permitindo uma melhor aprendizagem, com base na evidência científica.

Sendo as enfermeiras, em particular as de SMO, os recursos diferenciados existentes com formação específica na área e reconhecidos pela população, torna-se fundamental a criação de projetos baseados na evidência, com objetivos a atingir, de forma a contribuir para uma saudável transição para a maternidade/paternidade. Esta intervenção deve ser iniciada antes do pré-parto e ser continuada de forma estruturada no pós-parto (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

As ações de educação para a saúde realizadas em grupo são prioridades na política nacional de saúde reprodutiva. É imprescindível à promoção da saúde voltada para a emancipação dos envolvidos da reprodução, sendo um espaço de troca de experiências e de saberes entre si e com os profissionais de saúde (Oliveira et al., 2013).

A assistência no pré-natal quando realizada por profissionais competentes, iniciada precocemente e com, no mínimo, sete encontros permite melhores resultados na assistência ao parto e puerpério (Souza & Fernandes, 2014).

No pós-parto é importante que as consultas de enfermagem sejam feitas de forma sistemática, de forma a providenciar um seguimento clínico-educativo da mulher e do RN, favorecendo também a vinculação da mulher, do pai e da família ao serviço de saúde.

Nas consultas de enfermagem o enfermeiro deverá verificar e orientar sobre a vacinação do recém-nascido, encaminhar para o teste do pezinho, avaliar mamas e amamentação, observar relação entre mãe, filho e família. É neste contexto que se deve aproveitar para reforçar a importância da amamentação, cuidados básicos com o recém-nascido e higiene. Investigar intercorrências na gravidez, parto e hemorragias, avaliar tensão arterial e temperatura. Encaminhar a mulher para a consulta de planeamento familiar, assim como informar/validar informação acerca do HIV, Sífilis e outras DST. Todas

estas ações/intervenções podem contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna (Gomes, 2011 como referido por Souza, Lopes & Borges, 2014).

A transição para a maternidade é uma experiência comum que se traduz numa crise de emoções e desafios. Devido às alterações sociais, as aprendizagens que eram efetuadas no seio das famílias de origem, levam a que a mulher e família procurem contextos de aprendizagem alternativos ou complementares, sendo os profissionais de saúde um dos recursos procurados (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

Ainda há poucas unidades de saúde de cuidados primários que valorizem o trabalho/importância do EEESMO, e por isso, também não existem ainda protocolos ou instrumentos que sistematizem a intervenção do EEESMO junto da puérpera, de forma a que haja uma melhor gestão dos cuidados no pós-parto. As equipas avaliam as necessidades e atuam localmente sem utilizarem sistemas de informação.

Com o intuito de criar um instrumento de sistematização da assistência de Enfermagem à puérpera nos cuidados de saúde primários, Mazzo e Brito, (2016), realizaram um estudo metodológico que permitiu criar para além disso uma ferramenta de ensino e pesquisa em Enfermagem Obstétrica. Esse instrumento inclui: Identificação da puérpera; Avaliação das necessidades humanas da puérpera e Planeamento da Assistência de Enfermagem à puérpera, tem como fundamentação a teoria das necessidades humanas básicas e foi elaborado a partir dos conceitos do Conjunto Internacional de Dados Essenciais em Enfermagem e da terminologia adotada por Garcia e Cubas, baseada na linguagem CIPE. Este documento possibilitará, depois de validado, o estabelecimento de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem através da utilização da terminologia CIPE, deve ser aplicado na primeira semana e por volta do 40º dia pós-parto, de preferência no domicílio da puérpera, ou seja no seu meio familiar.

A fim de perceber os contributos que a enfermagem pode ter nos cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno, Graça, Figueiredo e Conceição, (2011), realizaram um estudo onde se verificou que a intervenção de enfermagem que se iniciou no pré-parto e se prolongou para o pós-parto, com diversas estratégias (consulta individual, cursos de preparação para a parentalidade/parto e visita domiciliária) e contextos de intervenção (serviços de saúde e domicílio), teve efeitos significativos na duração do aleitamento materno, não se verificando na prevalência.

O PNS (2004-2010), apresenta como meta, que a taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses seja superior a 50%. Em Portugal há uma elevada taxa de iniciação (superior a 90%) com quebras acentuadas ao longo do tempo, (Graça, Figueiredo & Conceição, 2011).

As/os enfermeiras/os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia assumem um papel regulador e normalizador das práticas da amamentação, sendo consideradas peritas para o estabelecimento do padrão de alimentação, pois as suas argumentações são sempre baseadas na evidência científica, focando-se nos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para a criança. É também, neste processo, de enorme relevância que se faz a VD após a alta, de forma a promover a manutenção da amamentação, uma vez que a mulher deixa um ambiente seguro com profissionais e regressa ao seu ambiente familiar onde terá de resolver as suas necessidades de forma autónoma, daí ser importante facilitar esta transição entre a maternidade e o domicílio.

Já se verificam em alguma zonas de Portugal alterações ao nível dos cuidados de saúde primários, a fim de responder a estas situações, com a disponibilização de cursos de preparação para o parto/parentalidade e a VD ao RN e sua família, visando cumprir as metas do PNS (2004-2010), (Graça, Figueiredo & Conceição, 2011).

O PNS (2004-2010), propõe como medida de intervenção incentivar os CS a realizar visitas domiciliárias às famílias de carácter preventivo e investigador, pretendendo com isso melhorar os indicadores no período peri-natal (DGS, 2004). Também a OMS, (2002), no documento Saúde 21, defende a implementação de: “Políticas que contribuam para uma família capaz de apoiar, com crianças desejadas e boa capacidade parental. Os pais necessitam de meios para educar os filhos e tomar conta deles num meio social que proteja os direitos das crianças e as comunidades locais têm de dar apoio às famílias, proporcionando-lhes um ambiente seguro e estimulante e instituições que cuidem e promovam a saúde das crianças” (p.13).

3. VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO

Cada grávida e puérpera deverá ter como parte da rede de apoio uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por médicos (desde o obstetra ao psiquiatra e pediatra), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Cabe a todos um olhar atento aos sinais de alerta supracitados, com vista ao diagnóstico precoce de perturbações que podem comprometer não só a saúde materna, como a vinculação ao bebé e a relação com o companheiro e família alargada. Tendo como exemplo a DPP que tem início entre a primeira semana e o terceiro mês pós-parto, 80% dos diagnósticos são feitos entre o terceiro e o nono mês após o parto (Costa & Reis, 2011) e 50% não chegam a ser diagnosticadas (Braha, 2011).

Na gravidez e puerpério estão previstas consultas em momentos-chave que permitem aos obstetras e aos enfermeiros despistar, de uma forma rápida e eficaz, o desenvolvimento ou agravamento de psicopatologia. Também os pediatras e especialistas em medicina geral e familiar deverão manter atenção redobrada, pois acompanham regularmente o bebé, a mãe e a família durante o primeiro ano de vida.

Na presença de sinais de alerta, deverão articular de imediato com outros profissionais da equipa multidisciplinar, acionar os apoios da comunidade e envolver a família ou outras figuras/entidades disponíveis.

Em um estudo realizado por Rodrigues et al., (2006), constata-se que as VD's servem para aumentar a segurança e autoconfiança da mãe, para enfrentar o puerpério. A educação para a saúde proporcionada pelas visitas domiciliarias às **díades parentais** é associada pelas mesmas como um suporte importante, que deve ser implementado nas instituições de saúde de forma mais efetiva, estendendo-se ao domicílio, devendo existir melhor articulação com os cuidados de saúde primários e secundários.

O facto da consulta de pós-parto ocorrer tardiamente, por volta do 42º ao 45º dia pós-parto vem dar ainda mais ênfase à importância que tem de ser feita esta VD, uma vez que o correto é que seja feita antes desta consulta, pois este é o tempo suficiente para a instalação de complicações obstétricas e/ou intercorrências na amamentação.

Ainda que, a evidência científica nos mostre a importância da VD no pós-parto, esta ainda é uma prática muito deficiente no nosso sistema de saúde. O enfermeiro reconhece a importância da mesma mas não cumpre o prazo preconizado para a fazer ou

simplesmente nunca a chega a fazer, por variados motivos, quer institucionais quer profissionais.

A VD é um instrumento para a prestação de cuidados de enfermagem, possibilitando conhecer a realidade **da díade parental**, contribuindo para a promoção, prevenção e manutenção da saúde. Permite compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares visando o impacto nas formas de atuação dos profissionais, contribuindo para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado e conseqüentemente, o planeamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (Albuquerque & Bosi, 2009 como referido por Mendes et al., 2016).

Com a VD pretende-se implementar uma modalidade de intervenção específica e não só, encontrar um local alternativo para a prestação de cuidados, onde se deve fazer um planeamento cuidadoso e sistemático de todo o processo.

Santos (2002), afirma que a interação e a intervenção de enfermagem com a família numa unidade hospitalar, neste caso na maternidade, limita-se à mulher puérpera e ao seu filho, havendo poucos contactos com o resto da família. Sendo assim, é necessário desenvolver um trabalho extra-hospitalar, onde se possa conhecer a família na sua essência, definida como um modelo de cuidado realizado no domicílio da cliente.

A VD é um suporte importante para as mães/casais/famílias. Com o parto e o regresso a casa, necessitam de apoio, sendo figura de referência alguém com experiência que valide o seu novo papel e lhes dê segurança nas suas novas responsabilidades. Nas sociedades tradicionais isto era considerado natural, tendo vindo a desaparecer nas sociedades modernas. É, neste particular que o papel da EEESMO poderá ser nuclear, por ser alguém com competências, com contactos prévios com **a díade parental**, inserida na comunidade e capaz de transmitir segurança face ao novo papel, mas que simultaneamente seja capaz de escutar as mães nas suas preocupações (Graça, 2010).

Podemos assim afirmar que a VD é uma atividade por excelência de prestação de cuidados diretos permitindo ganhos em saúde a todos os elementos da família com especial ênfase ao RN. Segundo Queirós (1998), são objetivos da VD ao RN e famílias:

- Fazer a ponte de ligação entre a alta hospitalar e o domicílio;
- Estabelecer uma relação mais próxima com a família, relação de empatia;

- Observar a dinâmica familiar;
- Conhecer as condições habitacionais;
- Aumentar a autonomia da família, envolvendo-a nos cuidados ao RN;
- Ajudar a família a adaptar-se à fase do ciclo vital nomeadamente da conjugalidade à (co)parentalidade;
- Evitar desajustes próprios de crise (blues, depressão pós-parto, violência e negligência);
- Promover o planeamento familiar;
- Promover a saúde do RN;
- Promover a continuidade da amamentação;
- Identificar precocemente complicações no RN e orientá-lo para cuidados diferenciados;
- Prestar cuidados diretos (ensino de cuidados de higiene com o bebé, amamentação e/ou biberão, posicionamento do bebé, diagnóstico precoce, cumprimento do PNV, cuidados puerperais);
- Ensinar a família a rentabilizar ao máximo os seus recursos;
- Orientar a família para as redes de apoio da comunidade de acordo com as suas necessidades (assistente social, creche, IPSS).

A visita puerperal é um instrumento para o processo de educação em saúde, por se construir um conjunto de saberes e práticas orientadas tanto para a prevenção de doenças como para a promoção da saúde. Ainda mais, a VD promove a criação de vínculos entre os profissionais e os utentes facilitando o respeito mútuo de ambos além de garantir o contacto constante, pois os profissionais devem utilizar um diálogo claro, simples adequado a cada pessoa, considerando-a como um todo, com necessidades a serem satisfeitas (Mendes et al., 2016).

Durante a visita, as enfermeiras poderão observar a prestação de cuidados ao RN, diagnosticar situações de risco, analisar os impactos do novo ser na relação do casal, informar, apoiar, orientar, ajudar nas solicitações dos pais e identificar detalhes da rotina diária que normalmente não são relatados pelos casais nas consultas.

Com o objetivo de aconselhar, orientar e ajudar as mães/famílias na prestação de cuidados, proporciona maior comodidade, individualização dos cuidados no seu ambiente natural e suscita menor tensão para a exposição de preocupações e necessidades, constitui-se um momento privilegiado de partilha entre os profissionais e a **díade parental**, estando estes particularmente motivados para fazerem aprendizagens que facilitem a função parental, ou seja o *emponderamento* (Graça, 2010). Assim, pretende-se a capacitação e autonomia parental, através da aquisição de competências pessoais, familiares e sociais.

Com estas visitas pretende-se observar algumas das técnicas utilizadas pelos pais ao cuidarem dos seus filhos, entre elas a técnica da amamentação, podendo assim ser possível corrigir possíveis anomalias que posteriormente poderão originar insucesso na mesma. Pois como refere Ribeiro (2006), “a enfermeira na visita domiciliária assume um papel preponderante no despiste de situações de risco no comportamento e na postura das mães para com os filhos” (p.41).

As orientações da DGS quanto à VD são vagas, quanto à universalidade, ao referirem que se devem desenvolver os meios que a possibilitem, a ser efetuada essencialmente por enfermeiros, reconhecendo ser fundamental na vigilância e promoção da saúde, particularmente nos dias imediatamente após a alta (Portugal, 2002).

Tendo em conta o Decreto-Lei nº 70/2000 de 4 de maio, que regulamenta a proteção da maternidade e paternidade em Portugal, citando a alínea f) do artigo 8 capítulo II, “Promover e incrementar a visita domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao seu filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção da saúde” (p.1), põe em evidência que o Estado português, valoriza e promove a importância da visita domiciliária (Pereira, 2006).

Vários estudos realizados no âmbito da VD demonstram consequências muito positivas desta intervenção na comunidade, entre elas a melhoria da qualidade de vida das mulheres primíparas nas primeiras semanas após o parto, a importância do papel do enfermeiro como suporte social para as famílias pelas atividades que desenvolve na visita e como fonte de informação técnico-científica, prevenção da depressão pós-parto e na maioria dos estudos as mulheres referem a importância que esta intervenção teve para elas e que deveria estar implementada nas instituições de forma mais efetiva (Neves, 2013).

Os programas de VD são, contudo, uma realidade muito restrita em Portugal. Apesar de estar presente no PNS como sendo uma estratégia de intervenção nas famílias, no âmbito dos CSP, a realizar pelos enfermeiros, são poucos os centros de saúde que têm este programa implementado. Muitas vezes apenas por falta de conhecimento dos próprios profissionais, dos benefícios desta intervenção. Efetivamente, não existem em Portugal estudos sistemáticos que permitam avaliar estes programas e dar a conhecer os seus efeitos, assim como não estão claramente delineados. Contudo, da prática das VD's, existe o sentimento de que as famílias e os seus filhos têm benefícios ao nível do seu bem-estar, com este tipo de intervenções (Rodrigues, 2011 como referido por Neves, 2013).

Apesar de ainda pouco apresentadas, em Portugal existem algumas experiências muito enriquecedoras neste âmbito da VD no pós-parto, o que me motivou à elaboração deste projeto, que pretendo que seja implementado no Centro de Saúde de Penacova da ARS Centro, uma vez que ainda não existe.

Teixeira et al., (2009) como referido por Pereira, (2012), apresenta algumas vantagens da VD tais como: o profissional de saúde leva os conhecimentos ao ambiente do grupo familiar, há um melhor relacionamento entre a família e o profissional de saúde, maior liberdade para expor os problemas e dúvidas, formando um ambiente mais humanizado, dispõe-se de mais tempo, o facto da visita ser agendada previamente favorece uma boa receptividade da família e contribui para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer a relação utentes-enfermeiro.

Na intervenção como EEESMO devemos também ter presente os PNS (Portugal, 2004, 2011), as circulares e orientações no desempenho das nossas intervenções como educadores, tendo como alvo **a díade parental**, o seu primeiro filho(a) e todo o processo que os envolve na transição para a parentalidade. Destacando-se a promoção da saúde e o papel dos agentes de educação para a saúde, onde estes beneficiam dos conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que atuam e da proximidade das pessoas que são alvo desta abordagem, onde se podem incluir os EEESMO.

Como EEESMO devemos centrar a nossa intervenção em toda a unidade familiar, tomada por alvo do processo de cuidados, as intervenções de enfermagem são geralmente otimizadas, tornando possível a adoção de estilos de vida compatíveis com a

promoção da saúde. Promover a consecução do papel maternal implica avaliar: a adaptação que uma mãe faz ao seu papel maternal, implementar intervenções educacionais que permitem aumentar o seu conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, avaliar o apoio social que ela dispõe e identificar as variáveis que possam afetar essa consecução (Ordem dos Enfermeiros, 2004; Lopes & Fernandes, 2005)

3.1. VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA/ FILHO/A FAMÍLIA

Os/as enfermeiros/as, enquanto prestadores de cuidados de enfermagem e promotores de saúde da puérpera e RN, têm o dever de prestar cuidados que satisfaçam as reais necessidades da puérpera. Neste sentido, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda com a **díade parental**, identificando as suas necessidades individuais, formulando diagnósticos de enfermagem, para a elaboração, execução e avaliação do plano de intervenções de enfermagem. Embora cada puérpera seja única, com necessidades especiais inerentes à sua unicidade e especificidade, emerge na literatura um conjunto de diagnósticos e de intervenções de enfermagem comuns a este perfil de mulheres.

Tendo em conta as alterações físicas, fisiológicas e psicológicas na puérpera, os enfermeiros devem centrar a sua intervenção na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da mulher no autocuidado (maximizando o seu bem-estar), bem como no cuidado ao seu filho. Neste contexto e dado que o período de internamento da puérpera é reduzido para a transmissão de toda a informação que necessita, assumem especial relevo a qualidade e a uniformidade da informação a transmitir e dos cuidados a prestar. Assim, as práticas de enfermagem devem estar suportadas em evidência científica atualizada e transversalizadas a toda a equipa prestadora de cuidados de saúde.

Para Martinez, (1994) e Teixeira et al., (2009) como referido por Pereira, (2012), a VD à mulher-mãe e família é a forma de intervenção mais eficaz no sentido de promover os cuidados necessários à **díade parental e RN**, potenciar o auto-cuidado, melhorar a recuperação física e psicológica da mulher, detetar precocemente possíveis complicações puerperais, ajudar no sentido de uma melhor adaptação da família em relação ao bebé e a desenvolver um melhor relacionamento enfermeiro-mulher-família, com mais disponibilidade e privacidade.

Como atividades a desenvolver, nas VD's pretende-se fornecer informações úteis acerca do filho(a), relativamente a: cuidados de higiene, eliminação, avaliação da temperatura, cuidados inerentes ao cordão umbilical, amamentação, preparação dos biberões, desenvolvimento, crescimento e estimulação do filho(a), também podem ser dadas informações para despiste de sinais e sintomas de doença, vigilância da saúde, vacinas e conselhos importantes para prevenção de acidentes, é também muito importante que nestas visitas os pais demonstrem os sentimentos de perda de controlo que vivenciam, ainda mais se forem inexperientes neste desempenho de papéis (Queiroz, 1998 como referido por Neves, 2013).

O domicílio não é apenas o espaço físico onde a **díade parental** habita, mas o local que vivem e para onde são levados sentimentos, atitudes, comportamentos e aspirações, pelo que os cuidados de enfermagem no domicílio envolvem mais que realização de técnicas e procedimentos, englobam aspetos como a empatia, preocupação, interesse e apoio nas dificuldades, razão pela qual a enfermeira deve apresentar-se, esclarecer a razão da visita, dar conhecimento do tipo de ajuda que pode prestar e incentivar os casais a verbalizar as suas necessidades. Assim, o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda e a demonstração de respeito pelos costumes e rotinas da família, assumem importância fundamental para o sucesso da VD. A relação de ajuda assume-se como indispensável na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos, (Mendes, 2006).

Embora a principal intervenção de enfermagem, durante a VD englobe aconselhamento, apoio, orientação antecipada ou acompanhamento, podem ainda ser prestados cuidados de saúde, como por exemplo efetuar tratamento à ferida cirúrgica à puérpera ou colheita de sangue ao recém-nascido para rastreio metabólico, entre outros.

O papel do enfermeiro no domicílio passa, também por ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do bebé, facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizando informação e valorizando as competências adquiridas. Para tal é necessário que o enfermeiro desenvolva um trabalho de parceria com a díade parental através do ensino, instrução, treino e supervisão dos cuidados ao bebé, até que esta adquira autonomia e sinta confiança e segurança.

A VD à mulher-mãe e família é justificada pela sua importância por vários autores, nomeadamente Martinez (1994), como referido por Torre, (2001), “como uma forma de

intervenção eficaz para promover os cuidados necessários à mãe e RN, potenciar o autocuidado, melhorar a recuperação física e psicológica da mulher, detetar precocemente complicações, ajudar uma maior adaptação em torno da família e do bebé e ainda a possibilidade de permitir um maior grau de privacidade e disponibilidade para com a família” (p.47).

As alterações anatomo-fisiológicas da mulher, a responsabilidade social e cultural, a proteção ao novo elemento da família, além da ansiedade e do medo de não cumprir o papel de mãe, são fatores que contribuem para tornar o puerpério num período extremamente complexo, nesta etapa da vida da mulher e da família. O primeiro ano de vida de uma criança é um período extremamente vulnerável, devido à existência de condições ambientais adversas. “A mortalidade infantil está diretamente dependente do funcionamento dos serviços de saúde, da assistência na gravidez e no parto, assim como da qualidade dos cuidados dispensados nos primeiros dias de vida” (Giraldes, 1996, como referido por Santos et al., 2007, p. 95).

O domicílio é o lugar adequado e único para a educação para a saúde. A VD permite uma abordagem holística e uma maior aproximação à situação real de cuidados promovendo assim, o bem-estar da puérpera, criança e família. Neste contexto importa desenvolver os meios que possibilitem a VD, essencialmente pelo/a enfermeiro/a, pois é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes após a alta da maternidade (DGS, 2005). A realização da VD à puérpera pelo/a enfermeiro/a tem como objetivo prestar assistência e suporte **à díade parental**, de acordo com as necessidades identificadas e/ou antecipadas à sua realidade.

3.1.1 Implementação do Projeto da visita domiciliária na Unidade de Saúde

Estimou-se o período de dois anos, com início previsto em Abril de 2016, no Centro de Saúde de Penacova.

A responsável por este projeto seria a EEESMO deste centro de saúde.

O público-alvo seriam os casais/famílias que se encontram no período pós-parto e que foram seguidos nas consultas de vigilância da gravidez, deste centro de saúde.

Reunião com o/a diretor/a do ACES, onde o Centro de Saúde de Penacova pertence, para que fosse patrocinado e autorizado a implementação do projeto.

Vamos fazer esta primeira visita nos primeiros 15 dias após o nascimento, se possível na primeira semana, porque assim pode coincidir com a necessidade de retirar os pontos do períneo, podemos avaliar precocemente se a amamentação está a decorrer sem grandes problemas e intervir logo se estes existirem, não sendo necessário a deslocação da puérpera ao centro de saúde. Estas visitas serão marcadas sempre que os casais sintam necessidade ou seja detetada alguma necessidade durante as visitas ou nas consultas de vigilância de saúde (enfermeiros de família comunicam com a especialista).

Os recursos materiais para este projeto seriam, por exemplo: viatura, computador (para elaboração de folhetos, formulários e registos no aplicativo utilizado no centro de saúde). Material para a realização do diagnóstico precoce; Mala de “primeiros socorros” (compressas, soro, pensos, bisturi....); Bombas de extracção de leite materno para empréstimo.

1ª Fase: Identificar os principais problemas apresentados pelos pais após nascimento dos filhos.

Podemos fazer um levantamento das principais dificuldades sentidas pelos pais, cujos filhos são seguidos nas consultas de vigilância de saúde infantil e perguntar aos enfermeiros de família quais as dúvidas/problemas que os seus casais referem nas consultas de vigilância infantil.

2ª Fase: Reunião com os profissionais (médicos e enfermeiros) do CS de Penacova.

Apresentação do projeto e pedido de colaboração na divulgação com a distribuição de um folheto para os seus casais (futuros pais), por exemplo. Neste folheto estariam todos os contactos e informações sobre o funcionamento do projeto.

3ª Fase: Identificação dos casais.

Aquando o nascimento da criança as maternidades/hospitais devem comunicar ao centro de saúde de referência o nascimento. Aquando a alta, os pais ou um elemento da família deveria trazer ou enviar por e-mail a carta de alta da puérpera e do recém-nascido, para o enfermeiro de família que encaminhava para a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

4ª Fase: Planeamento da visita domiciliária

Aquando da comunicação do nascimento à EEESMO, esta tenta marcar a primeira visita domiciliária nos primeiros 15 dias, o ideal será na primeira semana, pois pode coincidir com a necessidade de retirar os pontos do períneo, aqui podemos avaliar se existem dificuldades na amamentação, nos cuidados ao recém-nascido por parte da mãe e do pai e ajudar a família.

Avaliação

No Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem Nacional temos alguns indicadores referentes à saúde materna e reprodutiva da mulher, nos cuidados referentes ao contexto de centros de saúde. Onde destacamos o foco relativo à Parentalidade:

Foco Principal	Diagnósticos	Indicadores	Fórmula de calculo	de	Periodicidade
Parentalidade	Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental	Modificação positiva estágio diagnóstico	Nº. de utentes com ganhos de capacidade/Nº total de utentes com potencial		Anual
	Parentalidade comprometida	Taxa prevalência	de Nº. de utentes com autocontrolo medo/ Nº total de utentes		Semestral

Avaliação semestral da taxa de amamentação.

Questionário aos casais/família para que estes pudessem avaliar os benefícios deste projeto e dar sugestões, ao fim de três meses e após um ano.

Constrangimentos:

- Disponibilidade escassa para recrutar enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica para o projeto;
- Indisponibilidade das pessoas e família;
- Gasto de tempo e custos na deslocação e na execução da visita;
- A visita sendo agendada previamente induz a família a alterar a situação que seria encontrada caso não houvesse esse agendamento;
- Autorização das instituições de saúde na divulgação do projeto.

PARTE 2

ESTUDO EMPÍRICO

Na prestação de cuidados de ESMO surgem, frequentemente, questões e dúvidas relativas ao paradigma da prestação de cuidados de SMO em contexto domiciliário. Posto isto, considerou-se pertinente verificar e identificar quais as necessidades e situações de risco relacionadas com o RN no período pós-parto, em contexto de VD, bem como, perceber como se processa a transição para a parentalidade no período pós-parto, em casais enquanto díade parental.

Assim sendo, a segunda parte do presente trabalho compreende a metodologia em que nos suportámos para proceder à realização da investigação. Deste modo, num primeiro momento são expostos os objetivos delineados para o presente estudo, bem como a metodologia usada para a recolha de dados e, por último, passamos a apresentar os resultados obtidos e a discussão desses mesmos resultados.

1 – OBJETIVOS

Por objetivo pode-se entender o alvo ou fim a atingir, constituindo, por isso, a finalidade de um trabalho. Os objetivos ajudam-nos a definir de forma clara a tomada de decisão quanto às opções metodológicas que devem ser tidas em conta para uma pesquisa, para que, de um modo mais fácil, possamos atingir os resultados pretendidos.

Assim sendo, de seguida, proceder-se-á à apresentação dos objetivos. Estes serão enumerados sob a forma de tópicos, pois consideramos que torna a sua visualização mais clara e objetiva. São eles:

- Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária.
- Descrever o comportamento dos casais enquanto díade parental aquando da transição para a parentalidade no período pós-parto.

2 - METODOLOGIA

A metodologia é entendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os diversos métodos disponíveis para o exercício de uma pesquisa acadêmica. Num nível aplicado, a metodologia descreve, examina e avalia as técnicas e métodos de pesquisa, possibilitando a recolha e o levantamento de questões pertinentes para a investigação. Estes procedimentos e técnicas utilizadas servem ainda para a construção do conhecimento, com o objetivo de comprovar a sua validade e utilidade nos vários âmbitos da sociedade (Prodanov & Freitas, 2013).

Com este estudo pretende-se fornecer subsídios que demonstrem a importância do acompanhamento efetivo no período pós-parto, por parte dos EEESMO das Unidades de Saúde.

2.1 – BREVES PRESSUPOSTOS ACERCA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Consideramos para a compreensão da análise de conteúdo os trabalhos desenvolvidos por dois autores de referência, são eles Bardin (1977, 2011) e Amado (2000).

Considerado como sendo um elemento importante do conjunto das metodologias de investigação social, a análise de conteúdo trata-se de uma técnica que procura aglomerar num conjunto de categorias de significação o conteúdo evidente dos vários tipos de comunicação, tal como texto, imagem e filme (Amado, 2000).

Tendo uma importância cada vez maior para os estudos organizacionais, a análise de conteúdo tem evoluído como consequência da preocupação existente com o rigor científico e a profundidade das pesquisas.

Na perspectiva de Bardin (1977), a análise de conteúdo consiste num conjunto de instrumentos metodológicos, que são cada vez mais subtis, e que se encontra em constante aperfeiçoamento, e que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) muito diversificados.

Num contexto histórico, a obra de Bardin evidencia que a técnica foi aplicada inicialmente nos Estados Unidos, há quase meio século atrás, como um instrumento de análise das comunicações, pelas necessidades no campo da psicologia e da sociologia.

No âmbito da análise de conteúdo foram também surgindo discussões sobre as suas diferentes funções e diferenças na técnica de análise. De acordo com Bardin, teria uma função heurística, que objetivava a análise de conteúdo e enriquecia a tentativa exploratória, e a função de “administração da prova”, que vinha comprovar se a recolha feita através da análise era verdadeira ou não. Quanto às pesquisas qualitativas, a referência que se tinha dizia respeito à presença ou à ausência de características de um dado fragmento, ao passo que nos estudos quantitativos, a referência era a frequência com que esses mesmos dados estatísticos apareciam em certas características do conteúdo (Santos, 2012).

Com o passar do tempo, o critério de objetividade tornou-se menos rígido, fazendo com que se passasse a utilizar uma combinação entre a estatística e as análises clínicas, deixando a análise de conteúdo de ser apenas descritiva, para passar a ser usada também a inferência, através da técnica de análise, procurando sempre esclarecer as causas da mensagem, ou as consequências que à mesma pode provocar.

Considerada como uma análise de descrição objetiva, quantitativa e sistemática do conteúdo, retirado das comunicações e respetivas interpretações, para Bardin (2011) a análise de conteúdo é considerada como um método de categorias que permite a classificação dos componentes do significado de uma mensagem numa espécie de gavetas, categorizando-as (Bardin 2011, como referido por Santos, 2012).

Para se proceder a uma análise de conteúdo coerente, deve percorrer-se uma série de fases, já previamente estabelecidas, acarretadas de profundidade e rigor, ao mesmo tempo que revelam de forma explícita todos os seus passos. Sendo que, todos esses passos são guiados pela preocupação de se responder a questões teóricas variadas e formuladas sobre os textos que estão em análise, consoante o estudo que se pretenda efetuar, seja ele de natureza diferencial, estrutural ou funcional (Amado, 2000).

No estudo diferencial coloca-se a questão de se saber com que regularidade surge uma associação ou dissociação dos elementos; no estudo estrutural averigua-se com que frequência ocorrem certos objetos, avaliando também os seus atributos e características; e no estudo funcional, em que a problemática deste estudo é semelhante ao estudo

diferencial, a diferença reside no facto de as condições do discurso (variáveis independentes) serem incitadas pelo investigador (Vala, 1986, como referido por Amado, 2000).

Bardin (2011) ressalva ainda que a análise de conteúdo se faz na prática, e no que diz respeito a essas práticas, que se esperam que sejam seguras e objetivas, a autora apresenta como exemplos: a análise de entrevista, e a análise sintática e lexical para uma amostra e a análise temática para um texto. É neste seguimento, que Bardin passa a considerar a entrevista como um método de investigação específico, podendo ser de diretiva ou não diretiva, ou seja, fechada e aberta (Bardin 2011, como referido por Santos, 2012).

Assim sendo, a autora expõe que uma análise de entrevista deve obedecer a: uma pré-análise, a uma exploração do material e, por fim, a um tratamento dos resultados. Mais concretamente, a pré análise diz respeito a uma fase inicial. Aqui, o material é organizado e é considerado como sendo o *corpus* da pesquisa. É nesta fase que se escolhem os documentos, se formulam as hipóteses e se enunciam indicadores que conduzam a uma interpretação final. Contudo, é importante que se sigam algumas regras que a autora apresenta: a) exaustividade, que sugere esgotar todo o assunto sem omitir partes; b) representatividade, que diz respeito às amostras que representem o universo; c) a homogeneidade, que defende que os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem recolhidos por técnicas iguais e indivíduos semelhantes; d) pertinência, para que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e, por fim, e) exclusividade, para que nenhum elemento seja classificado em mais do que uma categoria (Santos, 2012).

A exploração do material diz respeito ao processo de codificação dos dados. Durante este processo, passa-se à seleção de regras de contagem, à verificação de elementos ou unidades de registos, como palavras, temas ou outras unidades, podendo esta ser significativa. Já a ausência de certos elementos pode bloquear ou traduzir uma vontade escondida. Aqui, também outros fatores importantes devem ser tidos em conta, tal como a frequência com que surge determinado registo e a ordem em que surge (Santos, 2012).

Bardin (2011) apresenta ainda os critérios de categorização (classificação e agregação). Considerada como uma forma de pensamento, esta reflete a realidade sobre

determinados momentos de uma forma resumida (Bardin, 2011 como referido por Santos, 2012).

A terceira, e última fase, contempla o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Aqui, a inferência é usada como técnica para tratamento desses resultados e é direcionada por polos de comunicação (emissor – recetor, mensagem e canal). É nesta fase que surge a necessidade de se compararem informações, com o objetivo de se apurar possíveis unificações, ou em contrapartida, se os temas forem diferentes, o pesquisador deve tentar encontrar conformidades que possam haver entre esses mesmos temas, tendo em conta os objetivos propostos e o quadro teórico, ou poderá também identificar novas dimensões teóricas consoante a leitura do material recolhido (Bardin, 2011 como referido por Santos, 2012).

De acordo com Amado (2000), o investigador deve ainda seguir determinados passos de categorização e codificação, havendo, na prática, alguma flexibilidade na prática da sua sequência, sendo eles:

- 1- Definição de objetivos do trabalho: pois são estes objetivos que condicionam todas as decisões a tomar numa fase posterior.
- 2- Explicitação de um quadro de referência teórico: permite o trabalho interpretativo e explicativo do pesquisador. Este trabalho depende da revisão bibliográfica que o pesquisador fizer e, por isso, condiciona também a sua interpretação.
- 3- Constituição de um “corpus” documental: deve determinar-se os objetivos que determinam o tamanho da amostra (Daval, 1963, como referido por Amadao, 2000).

Na constituição deste corpo deve-se ter em conta os seguintes elementos:

- Exaustividade: diz respeito ao levantamento completo do material que deve ser utilizado;
- Representatividade: ou seja, os documentos deverão ser um reflexo exato de um universo maior;
- Homogeneidade: que indica que os documentos devem aludir a um tema e apresentar outras características semelhantes como, por exemplo, serem produzidas com a mesma técnica (por exemplo, entrevistas);
- Adequação: devem ser adequados aos objetivos da pesquisa.

4- Leituras atentas e ativas: com o objetivo de garantir uma inventariação dos temas relevantes para o estudo, dos conceitos e ideologias, devem fazer-se leituras sucessivas, verticais, e registar anotações importantes, de forma detalhada a vários documentos.

5 - Formulação de hipóteses: é indispensável um estudo teórico do tema em estudo para se formularem hipóteses que estejam na base da codificação. No entanto, é de referir, que em estudos exploratórios e estruturais, pode não ser necessário para a formulação de hipóteses prévias.

6 – Codificação: aqui os dados brutos são transformados e associados em unidades de modo a permitirem uma descrição exata das características relevantes do seu conteúdo (Holsti, 1969, como referido por Amado 2000).

Nesta fase do processo de codificação, as decisões e ações a tomar devem ser adaptadas às características do objeto de estudo, do material e, se houver, das hipóteses que foram formuladas, de modo a se descobrirem outros sentidos.

Quanto à categorização, o investigador deve ter em conta seis fases que não deve descurar e que Amado (2000) refere:

Exaustividade: exige a escolha de uma palavra-chave adequada ao estudo e a reformulação da definição de cada categoria existente. Todos os itens pertinentes para a investigação devem estar presentes no corpo documental.

Exclusividade: devem explicitar-se os indicadores das unidades a introduzir em cada uma das categorias, de modo a que se tomem certos os resultados discutíveis.

Homogeneidade: aqui deve-se ter em consideração que um sistema de categorias deve dizer respeito a um único tipo de análise e, por isso, não devem misturar-se critérios de classificação.

Pertinência: indica que um sistema de categorias deve ser adaptado ao material que se pretende analisar e aos objetivos definidos para a investigação.

Objetividade: indica que se deve realizar uma definição sistemática dos critérios utilizados nas decisões a tomar na fase da codificação, evitando-se a subjetividade.

Produtividade: deve possibilitar uma análise fértil, criadora de um novo discurso, mas ao mesmo tempo, adequado e coerente com os dados (Ghiglione & Matalon, 1992, como referido por Amado, 2000).

Conteúdos categorizáveis: podendo incluir várias áreas de conteúdo dos textos em análise, tendo em conta a sua complexidade e os propósitos do investigador, podendo consistir várias áreas, resultando num sistema de categorias exaustivo com que se condensam – classificam, catalogam, codificam, correlacionam e distribuem – e apresentam os dados, onde a validade deve ser sempre controlada (Amado, 2000).

No que diz respeito ao controlo da validade e da fidelidade da codificação, segundo o autor Amado (2000), o objetivo desta fase passa por garantir ao investigador que pode falar do que pretender e medir o que quiser medir. Contudo, há que ter a certeza de que as categorias definidas pelo investigador exportam o verdadeiro sentido dos dados e que estas foram corretamente definidas e de uma maneira operacional, de maneira a que se outro analista utilizasse essas mesmas definições fizesse a mesma análise.

Numa análise avaliativa, estudam-se as atitudes da fonte relativamente a um certo objeto (Vala, 1986 como referido por Amado 2000), ou seja, fazem-se inferências a partir da comunicação com a fonte (Bardin, 1977).

Numa análise estrutural, fazem-se “inferências sobre a organização do sistema de pensamento da fonte implicado no discurso que se pretende estudar”, a partir do estudo estatístico das associações ou dissociações das categorias existentes, tal como, o estudo de um diário, ou tendo em conta o contexto ou dia da semana (Vala, 1986, como referido por Amado, 2000, p. 60).

Por fim, no que toca à apresentação, discussão e interpretação dos resultados, a apresentação dos mesmos poderá ser feita à base de quadros sinópticos e matrizes, ou mesmo tabelas que indiquem o sistema de categorias e os seus detalhes, não esquecendo, no entanto, que se devem recorrer a citações das unidades de registo ou de contexto, de modo a não se perder o lado descritivo e qualitativo, tão importantes para a revelação de resultados. Para reforçar esta ideia, Amado (2000) assenta que “a função dos recortes de citações não é simplesmente de ilustração; eles têm, ainda, e sobretudo, três funções fundamentais: retórica, analítica e probatória” (p. 60). E, a par de outros dados quantitativos vão permitir produzir inferências significativas e importantes para a discussão (Vieira, 1999, como referido por Amado, 2000).

Quanto à fase de interpretação dos dados, esta deve apoiar-se no trabalho que se fez anteriormente, permitindo ter em conta, qualitativa e quantitativamente, os vários tipos de relações que se estabelecem nos diferentes temas: oposições, justaposições, alternativas, causas e avaliações, entre outras.

Um investigador sabe que uma avaliação nunca será suficientemente completa, havendo sempre dúvidas e deduções. Contudo, e não sendo um processo fácil, é importante que o investigador fique ciente de que está diante de um sistema que lhe trará muito conhecimento, aprendizagem e partilha com os sujeitos que participam na sua investigação, procedendo-se a uma experiência bastante enriquecedora.

2.2 - CONTEXTO DO ESTUDO

Um estudo qualitativo tem como principal preocupação a análise e o estudo do mundo empírico, no seu ambiente natural. Deste modo, é nesta abordagem que se valoriza o contacto direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está a ser estudada.

De acordo com Godoy (1995), para um pesquisador, um fenómeno pode ser mais bem compreendido e observado no contexto em que ocorre e do qual o mesmo faz parte. Assim, o pesquisador deve utilizar a sua própria pessoa como instrumento mais confiável para recolha de dados e observação, seleção e interpretação dos mesmos.

Quanto ao local do estudo, inicialmente, seria para realizar as entrevistas no domicílio dos casais, mas dados os constrangimentos e questões burocráticas que isso implicava, da parte da administração do centro de saúde selecionado, não foi possível. O facto de a investigadora não trabalhar no mesmo interferiu com essa autorização. Então, assim sendo, optou-se por realizar as entrevistas num dia em que os casais foram às consultas de saúde infantil com os seus bebés, facilitando assim o processo aos pais, ou seja não tiveram de se deslocar ao centro de saúde num outro dia para participar no estudo, e também foi possível à investigadora realizar várias entrevistas no mesmo dia.

O contexto do nosso estudo desenvolveu-se no CS de Penacova. Penacova é uma Vila Portuguesa, situada na província da beira Litoral, região do Centro (Região das Beiras) e sub-região do Baixo Mondego. Tem sede de um Município com o mesmo nome, com 15 251 mil habitantes, e que pertence ao distrito de Coimbra.

Subdividido em 8 freguesias que são: Carvalho, Figueira de Lorvão, Friúmes e Paradela da Cortiça, Lorvão, Penacova, Oliveira do Mondego e Travanca do Mondego, Sazes do Lorvão e São Pedro de Alva e São Paio do Mondego.

O município é limitado a norte pelos municípios de Mortágua e Santa Comba Dão (Viseu), a leste por Tábua, a sueste por Arganil, a sul por Vila Nova de Poiares, a oeste por Coimbra e a noroeste pela Mealhada (Aveiro).

Penacova pertence ao bispado e distrito administrativo de Coimbra.

Relativamente ao contexto, acentuamos ainda que, o CS é a unidade básica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para a prestação e atendimento de cuidados de saúde à população, que conta com uma equipa de saúde interdisciplinar em caráter permanente, e com médicos generalistas e/ou especialistas.

2.3 – MÉTODO E RECOLHA DE DADOS

O método e a recolha de dados realizados num projeto são considerados como uma etapa relevante e essencial de qualquer projeto de intervenção, na medida em que é através deste processo e dos resultados que daí advêm, que se pode verificar se foram atingidos os objetivos definidos anteriormente.

Para o presente estudo recorreu-se à entrevista semi-estruturada, de modo a obter uma abordagem qualitativa.

Segundo Morgan (1998), uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente, entre duas pessoas, podendo envolver mais, que tem como objetivo extrair informações sobre a outra (Morgan, 1998, como referido por Biklen & Bogdan, 1994).

A entrevista possibilita uma diversidade relativamente às questões colocadas e às respostas obtidas. A abordagem entre o entrevistador, que tem um papel ativo neste processo, e o entrevistado permitem uma recolha oral da informação, e uma interação direta, proporcionando uma oportunidade para aprofundar alguns temas.

Quanto à sua constituição, a entrevista semi-estruturada apresenta questões abertas, estandardizadas e colocadas numa ordem invariável a todos os participantes. A linguagem deve ser apropriada à população, que se deve conhecer minimamente, de modo a obter respostas relativamente curtas e rigorosas.

Para o nosso estudo, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, como já referimos, composta por uma questão norteadora sobre a investigação, que pretendeu averiguar o estado dos pais da criança ao vivenciar a experiência desde a gravidez até ao momento em que se realizou a entrevista, dando abertura e espaço para os casais falarem abertamente do que fosse pertinente, e seis questões de resposta aberta, que passamos a apresentar de seguida:

Questões para a entrevista

- Depois do nascimento do vosso(a) filho(a), como têm vivenciado as mudanças na vossa vida diária e do casal? Querem falar-me de como tem vivido esta experiência?
- Como têm vivenciado os vossos papéis em relação ao cuidar do vosso(a) filho(a)?
- Como sentem o vosso relacionamento enquanto casal desde o nascimento do bebé?
- Sentem que tem tido algum tipo de apoio/suporte? Por parte de quem?
- Falem-me da vossa experiência com os profissionais de saúde desde a gravidez até ao período do pós-parto. Falem-me dos contributos dos cuidados de enfermagem para o desempenho do vosso papel de pais?
- Como sentem a ajuda da enfermeira durante toda esta vivência? Poderia ter sido diferente? Em que sentido?

Todos os casais aceitaram participar no estudo, procedendo-se à recolha de dados no centro de saúde, tendo havido num primeiro momento, e após apresentação da entrevistadora, a apresentação de informações sobre o estudo, como o tema, objetivos, relevância, motivo da realização das entrevistas. Foi também pedido consentimento para gravar a entrevista e feito um pedido de assinatura como meio de formalização e acordo, e ainda um levantamento de identificação com dados demográficos e obstétricos dos participantes.

As respostas às questões da entrevista foram registadas sob a forma de gravação digital, e integralmente transcritas. O guião da entrevista, bem com as respostas obtidas, seguem em anexo (CF. Folder).

2.4 – AMOSTRA INTENCIONAL: PARTICIPANTES E SUA CARACTERIZAÇÃO

Num universo de famílias que pertencem à UCSP de Penacova, que tem como sua missão a prestação de cuidados de saúde primários e a promoção de uma melhor utilização dos serviços, que em enfermagem abrangem os cuidados de Saúde do Adulto, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde do Idoso, Diabetes, Hipertensão e outros grupos de risco, a amostra intencional ficou saturada a 12 famílias que experienciavam a maternidade muito recentemente.

Os Critérios de Inclusão considerados foram casais que estivessem a vivenciar a experiência de serem pais/mães com filhos até aos 15 meses de idade, independentemente de ser a primeira vez ou não.

Por questões de confidencialidade dos dados, a identificação dos participantes foi realizada com M para as mães e P para os pais.

De seguida passamos a apresentar a tabela 1, tabela 2 e tabela 3, que nos fornecem informações importantes sobre os participantes:

Tabela 1: Idade dos participantes

Casais	Idades	
	Mãe	Pai
Casal 1	40	43
Casal 2	39	38
Casal 3	31	33
Casal 4	31	32
Casal 5	35	38
Casal 6	34	35
Casal 7	29	31
Casal 8	30	36
Casal 9	30	32

Casal 10	33	39
Casal 11	37	53
Casal 12	39	41

Fonte: inquérito realizado aos casais

Da análise da tabela 1, acima exibida, pode verificar-se que a idade das mães varia entre os 30 e os 40 anos de idade: 2 mães têm 30 anos, 2 mães possuem 31 anos, 1 mãe tem 33 anos, 1 mãe refere ter 34 anos, 1 mãe tem 35 anos, 1 mãe referencia que tem 37 anos, 2 mães têm 39 anos e 1 mãe possui 40 anos; indicando que a média de idade se situa nos 31,5 anos.

No que diz respeito aos pais, podemos averiguar que as suas idades variam entre os 31 e os 53 anos de idade: 1 pai tem 31 anos, 2 pais possuem 32 anos, 1 pai tem 33 anos, 1 pai possui 35 anos, 1 pai detém 36 anos, 2 pais têm 38 anos, 1 pai refere ter 40 anos, 1 pai apresenta 41 anos, 1 pai tem 43 anos e 1 pai tem 53 anos; indicando que a média de idade se situa nos 34,5 anos.

Tabela 2: Caraterização dos Participantes

	Local	Data	Duração da entrevista	Habitação Independente	Conjugalidade	Tempo da relação	Hab. Literárias	Atividade profissional	Vínculo Laboral
Casal 1	Miro	9/05	30min	Sim	Casados	13 anos	M: Licent. P: 6º A.	M: Professora P: Enc. Geral	M e P: Sim
Casal 2	Paredes	16/02	15 min	Sim	Casados	15 anos	M: 12º A. P: 9º A.	M: Chefe Linha Águas P: Pasteleiro	M e P: sim
Casal 3	Figueira de Lorvão	12/09	30 min	Sim	Casados	15 anos	M: Licenciatura P: Licenciatura	M: Psicóloga P: Eng. Civil	M e P: sim

Casal 4	Telhado	12/06	30 min	Sim	Casados	5 anos	M: 9º A. P: 9º A.	M: Emp. Balcão P: Madeireiro	M e P: sim
Casal 5	Sazes	16/02	30 min	Sim	Casados	12 anos	M: Licenciatura P: 12º A.	M: Doméstica P: Metalúrgico	P: sim
Casal 6	Silveirinho	7/11	20 min	Não	União facto	3 anos	M: Licenciatura P: Licenciatura	M: Eng. Química P: Eng. Químico	M e P: sim
Casal 7	Foz do Caneiro	16/02	30 min	Sim	União facto	12 anos	M: 12º A. P: 9º A.	M: Ajud. Ação Direta P: Const. Civil:	M e P: sim
Casal 8	Penacova	25/09	15 min	Sim	União facto	4 anos	M: Licenciatura P: Licenciatura	M: Enfermeira P: Eng. Civil	M e P: sim
Casal 9	Sazes	6/02	15 min	Não	Casados	3 anos	M: Licenciatura P: Licenciatura	M: Cabeleireira P: Emp. Mesa	M e P: sim
Casal 10	Miro	16/02	30 min	Não	Casados	13anos	M: 9º A P: 6º A.	M: Auxiliar P: Jardineiro/ Caseiro	M e P: sim
Casal 11	Penacova	16/02	15 min	Sim	União facto	3 anos	M: 9º A P: 4ª classe	M: Doméstica P: Camionista	P: sim

Casal 12	Vila Nova	17/06	15 min	Sim	Casados	20 anos	M: Licenciatura P: Licenciatura	M: Contabilista P: Engenheiro	M e P: sim
-------------	-----------	-------	--------	-----	---------	---------	--	--	---------------

Fonte: inquérito realizado aos casais

Como se pode verificar na tabela 2, acima apresentada, para o nosso estudo integraram 12 casais, pais de crianças, pertencentes à Unidade de Saúde de Penacova.

O processo de levantamento de informações decorreu entre Maio e Novembro, do presente ano de 2017. Tendo demorado entre 15 a 30 minutos, no máximo, cada entrevista.

Do quadro 1, podemos ainda observar que dos 12 casais, apenas 3 vivem em casas que não lhes são próprias, havendo indicação de 2 casais que vivem com os pais.

No que diz respeito à conjugalidade, 8 casais vivem em regime de casamento, e 4 em regime de união de facto, sendo que o seu tempo de relação varia entre 2 a 12 anos de namoro, variando os anos de casamento entre recém-casados e os 15 anos.

Relativamente às habilitações literárias e suas profissões, 7 mães são licenciadas (1, professora, 1 psicóloga, 1 doméstica, 1 engenheira química, 1 enfermeira, 1 cabeleireira, e 1 contabilista), 2 possuem o 12º ano (1 chefe de linhas de água e 1 ajudante de ação direta), e 3 detêm o 9º ano (1 empregada de balcão, 1 auxiliar, 1 doméstica). Quanto aos pais, 5 são licenciados (2 engenheiros de civil, 1 engenheiro químico, 1 engenheiro – não define especialidade – e 1 empregado de mesa), 1 possui o 12º ano (metalúrgico), 3 têm o 9º ano (1 pasteleiro, 1 madeireiro e 1 construtor civil), 2 têm o 6º ano (1 encarregado geral e jardineiro), e 1 apresenta a 4ª classe (camionista).

Quanto ao vínculo laboral que os casais apresentam com a entidade patronal, verificamos que todos têm vínculo laboral, tendo trabalho fixo e contrato sem termo.

De seguida, podemos verificar a tabela 3 que indica questões relacionadas com a gravidez e o parto das participantes do nosso estudo.

Tabela 3: Questões relacionadas com a gravidez e parto

	Gravidez Viglada		Local vigilância	Nº consultas	Curso de preparação para o parto		Frequência do pai no parto	Local Nascimento	Sexo bebé	Idade do bebé
	M	P			M	P				
Casal 1	S	S	Particular	8/9	N	N	S	MDM	F.	5meses
Casal 2	S	S	CS / MDM	8	N	N	S	MDM	M.	15meses
Casal 3	S	S	Particular	7/8	N	N	S	MBB	F.	15meses
Casal 4	S	S	MDM	7/8	N	N	S	MDM	F.	12meses
Casal 5	S	S	MDM	8	N	N	S	MDM	M.	14meses
Casal 6	S	S	MDM	7/8	S	S	S	MDM	F.	7meses
Casal 7	S	S	CS/MDM	7	N	N	S	MDM	F.	15meses
Casal 8	S	S	Particular	8	N	N	N	MDM	M.	10meses
Casal 9	S	S	CS/MDM/Particular	8	N	N	S	MDM	F.	9meses
Casal 10	S	S	Particular	7/8	N	N	N	MDM	M.	10meses
Casal 11	S	S	CS/MDM	8	N	N	N	MDM	M.	6meses
Casal 12	S	S	MDM	7/8	N	N	S	MDM	M.	9meses

Fonte: inquérito realizado aos casais

Da tabela 3, como podemos verificar, todos os casais afirmam ter tido uma gravidez viglada, tanto pela mãe, como pelo pai. Pode reparar-se ainda que 4 casais recorreram a unidades de saúde privadas para vigiarem a gravidez, 4 mães foram vigiadas na MDM, e as restantes mães foram vigiadas tanto no centro de saúde, como na MDM. Isto deve-

se ao facto de esta ser a maternidade de referência para a qual o centro de saúde normalmente encaminha por pertencer à área de residência.

No que diz respeito às consultas de vigilância, 5 mães afirmam ter realizado em média 7/8 consultas, 5 mães relatam que tiveram 8 consultas, 1 mãe menciona que teve em média 8/9 consultas e 1 mãe refere ter tido 7 consultas.

À pergunta sobre a preparação para o parto, 10 casais afirmam não terem frequentado qualquer tipo de curso de preparação, 1 casal afirma ter feito esse mesmo curso.

Sobre a presença do pai no parto das crianças, 9 pais indicam que sim, que estiveram presentes por opção própria. Os restantes 3 pais, não estiveram presentes, uma vez que a mãe foi submetida a uma cesariana.

Ao ler-se o quadro podemos ainda verificar que 11 partos aconteceram, na sua maioria, na MDM e 1 parto na MBB.

A idade das crianças, à data da obtenção dos dados, varia entre os 5 e os 15 meses de idade.

2.5 – CRITÉRIOS DE VALIDADE DO ESTUDO

Como já abordámos anteriormente, em linhas gerais, uma abordagem qualitativa implica partir de focos ou pontos de interesses amplos, que se vão definindo consoante o desenvolvimento do estudo em causa. Envolve, por isso, a obtenção de dados descritivos sobre indivíduos, lugares e processos interativos conseguidos através do contacto direto do investigador com a ação em causa, de modo a perceber os fenómenos segundo a perspetiva dos participantes da ação em estudo (Godoy, 1995).

E, no âmbito da pesquisa qualitativa podemos discutir questões como as conceções de validade, que podem ser agrupadas em três grandes grupos: conceções relacionadas com a fase de formulação (validade prévia), conceções relacionadas com a fase de desenvolvimento (validade interna) e conceções relacionadas com a fase de resultados da pesquisa (validade externa).

Existem distintas conceções sobre a validade mas, os dicionários definem a validade como uma qualidade ou condição, de algo que é válido. Por outro lado, o termo válido

pode ser definido como aquilo que tem valor, que é valioso, aquilo que tem saúde, que é sadio, que é eficaz (Ferreira, 2009, como referido por Ollaik & Ziller, 2012).

Em pesquisas quantitativas, a validade é uma propriedade que está relacionada com a objetividade, com a possibilidade de repetição do experimento, e com o facto de a pesquisa estar aberta à averiguação por outros sujeitos e poder fazer-se uma generalização. Desta maneira, para que uma pesquisa quantitativa possa ser válida é necessário que outro investigador possa desenvolvê-la e alcançar o mesmo resultado. Assim sendo, nesta conceção a ciência é vista com objetividade e tem um carácter explicativo (Martins, 2004 como referido por Ollaik & Ziller, 2012).

Já em pesquisas qualitativas, a conceção de validade adota formas distintas: são necessárias questões de formulação, no que pode ser considerado como **validade prévia**, e aqui a validade procura assinalar o que integra uma pesquisa bem feita, que merece ser tornada pública e contribuir para o conhecimento, que seja ainda confiável e eficaz.

Quanto à **validade interna**, ou transaccional, a generalização dos resultados não é um objetivo de uma pesquisa qualitativa, como acontece neste mesmo estudo. E, as técnicas utilizadas neste âmbito são utilizadas de modo a conseguir uma maior coerência possível entre os dados recolhidos e interpretados e a realidade. Aqui, a triangulação é um método utilizado para a aferição da realidade, que depois será partilhada com os participantes, a fim de averiguarem se a reconstrução do investigador corresponde à realidade (Cho & Trent, 2006). E, numa pesquisa qualitativa, existem questões orientadoras que avaliam a validade interna, tais como: o delineamento da pesquisa está de acordo com o seu objetivo e com as perguntas? As perguntas da pesquisa encontram-se claramente formuladas? Adotaram-se regras explícitas nos procedimentos metodológicos e analíticos? Os dados foram recolhidos em todos os contextos, pessoas e tempos sugeridos quando do delineamento? O detalhamento da análise traz resultados que não eram esperados? A discussão dos resultados leva em conta possíveis alternativas de interpretação? Os resultados estão de acordo com as expectativas teóricas? Os resultados estimulam ações, básicas e aplicadas, futuras? Gunther (2006), é quem nos expõe estas questões orientadoras, e ainda acrescenta que tal método é consistente tanto com os princípios da pesquisa qualitativa, como na pesquisa quantitativa, pois os critérios ofereceram uma gradação qualitativa, e não mediante um valor numérico (Gunther, 2006 como referido por Ollaik & Ziller, 2012).

Quanto ao método da triangulação acima referido, este é regularmente utilizado para demonstrar validade nas pesquisas científicas, e implica a utilização de múltiplas abordagens, de modo a evitar distorções devido a um método, uma teoria, fontes ou pesquisadores. Este método tem como seu objetivo principal, garantir que os resultados e as suas interpretações sejam fiéis, visando assim controlar vieses, enriquecer corroborações e confirmar a validade e a confiabilidade.

Existem cinco tipos de triangulação que vamos referenciar: o primeiro é a triangulação de dados. Aqui utilizam-se várias fontes de informações e dados para se chegar aos mesmos resultados; o segundo tipo é a triangulação de pesquisadores, que como o nome indica, diferentes pesquisadores estudam o mesmo assunto e utilizam as mesmas técnicas (entrevista, estudo de caso, observação, grupos focais). Neste caso se os pesquisadores chegarem à mesma conclusão, a validade interna fica estabelecida; o terceiro tipo é a triangulação de teorias, e aqui vários profissionais de outros campos (economia, administração, biologia...), se envolvem na pesquisa a partir de diferentes perspectivas, mas para interpretar o mesmo conjunto de informações; o quarto tipo denomina-se de triangulação metodológica, e utiliza tanto métodos qualitativos como quantitativos para estudar um problema; o quinto método é a triangulação ambiental que envolve o uso de diferentes locais ou diferentes fatores-chave para a investigação, tal como o dia da semana, a hora do dia ou a estação do ano. Neste caso há que identificar um fator ambiental que seja relevante e que possa influenciar a informação, e caso se chegue à mesma conclusão mudando o fator ambiental, está estabelecida a validade da pesquisa (Guion, 2002 como referido por Ollaik & Ziller, 2012).

Por último, temos a **validade externa**, que está relacionada com os dados e com o facto de diferentes investigadores atingirem resultados idênticos, aos de estudos anteriores, sobre o mesmo fenómeno. Aqui verifica-se se os resultados são verdadeiros e confiáveis.

De um modo geral, e como acentua Guion (2002), a validade diz respeito à verificação dos resultados como confiáveis e verdadeiros. Ou seja, os resultados refletem com exatidão a situação que foi analisada e são confiáveis, não havendo por isso, razões para dúvidas; quer isto dizer, que a pesquisa é válida se as evidências fornecerem o apoio necessário às conclusões. Denotando-se aqui, uma influência positivista que abarca a essência da pesquisa com a busca da verdade (Cho & Trent, 2006; Guion, 2002 como referido por Ollaik & Ziller, 2012).

No nosso estudo, tivemos em conta todos estes pressupostos e, desde início, foi realizada uma descrição detalhada sobre o tema em questão, com o objetivo deste mesmo poder ser valorizado. Procurámos sempre esclarecer o objetivo da nossa investigação perante os participantes, que os mesmos estivessem em locais confortáveis para a obtenção das respostas, assegurando-lhes também confiabilidade sobre as respostas dadas, mostrando sempre descrição e honestidade durante todo o processo. Durante as entrevistas os dados foram registados sobre forma de gravação, no sentido de reduzir ameaças à validade interna.

Os dados foram categorizados e assegurou-se a total integridade dos mesmos. Foram criadas categorias para serem analisados, tendo sido todo este processo elaborado com clareza e rigor.

As conclusões foram, então, auferidas através dos processos de evidência e pensamento, em conjunto com a professora orientadora deste mesmo estudo e outro perito na área, atingindo-se a confirmabilidade, tendo-se validado as várias etapas transitadas.

2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Neste estudo, foi nossa preocupação respeitar os princípios éticos. Grande (2000,), refere que a “Investigação Científica é uma atividade Humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem” (p.49). Também Polit e Hungler (1995), são da opinião que “...quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas – como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem – precisa-se ter muito cuidado para assegurar que seus direitos estão protegidos” (p.293).

Os princípios éticos a considerar são: o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia, o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Streubert & Carpenter, 2002). Neste sentido, foi realizado pedido de autorização aos participantes, respeitando sempre o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Relativamente ao princípio da autonomia, foi fornecida informação esclarecedora de forma a obter o consentimento informado e consequente participação voluntária no estudo. Foram informados que tem sempre alternativa de não responder ao questionário, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não lhes trará quaisquer consequências futuras.

A garantia da confidencialidade foi assegurada aos participantes quer pelo anonimato da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados da investigação só serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhecerá a fonte. Todas as entrevistas foram realizadas com o consentimento prévio dos participantes. Os seus nomes não são nunca referenciados na apresentação dos dados, utilizando-se para isso as nomenclaturas “M” para mãe e “P” para pai.

As entrevistas gravadas encontram-se sob proteção da investigadora e todos os nomes ou outros dados passíveis de serem identificativos foram substituídos por letras iniciais e designação apenas de “casal 1, 2,...”.

Não estão previstos custos, para os informantes decorrentes da participação no estudo, para além do tempo despendido na entrevista.

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados tivemos em consideração os aspetos formais de pedido de autorização à instituição selecionada, obtida junto da Coordenadora da UCSP de Penacova, da ARS do Centro. Paralelamente, foi também deferido por parte da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra o parecer favorável, para o desenvolvimento do estudo (Anexo 2).

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como já referimos anteriormente, este estudo cingiu-se a 12 casais, que foram pais recentemente, com o intuito de perceber como se processa a vivência da parentalidade no casal, desde a gravidez até ao momento da entrevista, já após o nascimento da criança, e o mesmo parece confirmar que a qualidade das relações entre o casal se altera, reforçando o deteriorando da relação, e que na transição para a parentalidade está implicada uma redefinição de novos papéis, pois o nascimento de um filho levanta novas prioridades.

Como relatam vários autores, durante a gravidez observa-se um processo de intenso ajustamento fisiológico, que se prolonga até às seis a oito semanas após o parto. O ajustamento psicossocial é no entanto, o mais desafiado, com ajustamentos mais substantivos e prolongados, englobando um conjunto de tarefas relacionadas com a satisfação pessoal, a relação com a família de origem e com o cônjuge/companheiro, a aceitação do bebé e a reestruturação da identidade materna, o desempenho dos cuidados à criança e a recuperação do estilo de vida anterior à gravidez (Colman e Colman, 1994 & Graça, 2010).

Feito o levantamento das informações através das entrevistas realizadas, emergiram temáticas importantes, que refletiam as experiências e as dificuldades sentidas pelas puérperas, tendo surgido a partir deste momento, categorias e subcategorias que nos vão ajudar a realizar a análise dos relatos dos participantes.

Estas temáticas que compõem as categorias e subcategorias que vamos apresentar, refletem as dificuldades sentidas pelas puérperas em contexto domiciliário, da adaptação do pai a novas tarefas relacionadas com a criança, os cuidados de enfermagem que devem ser realizados ao RN, o apoio psicológico às puérperas, e a necessidade de receber visita ao domicílio pelo enfermeiro depois da alta hospitalar.

A primeira categoria refere-se à (re)definição de novos papéis, com a chegada da criança ao seio familiar. Questões como: a criança como mediadora na transição para a parentalidade, relacionamento conjugal na transição para a parentalidade, diferenças de género, trabalho e divisão de tarefas, e a rede social de apoio no desempenho de papéis

parentais correspondem às subcategorias que vamos explorar, e complementar com as respostas obtidas nas nossas entrevistas.

A segunda categoria remete-nos para o papel do enfermeiro na transição para a parentalidade: a importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro para prestar apoio psicológico e emocional à puérpera.

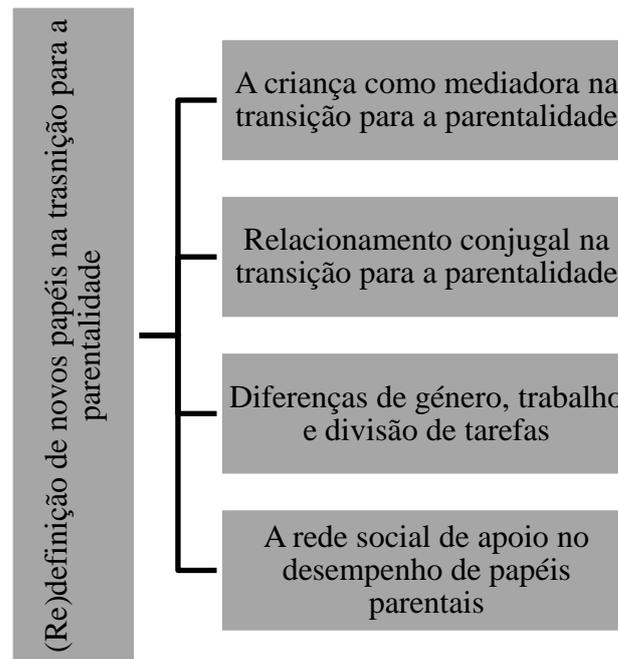
3.1 - (RE)DEFINIÇÃO DE NOVOS PAPÉIS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Como referem Hernandez e Hutz (2009), “A transição para a parentalidade é um período do ciclo vital familiar caracterizado por mudanças impactantes sobre a vida e o relacionamento dos indivíduos que a experimentam” (p.414).

Este processo de transição gera uma complexidade na parentalidade, permitindo antever a presença de fatores de risco, mas também de adaptação, afetando significativamente a satisfação e a necessidade de um ajustamento conjugal, um ajustamento nas tarefas domésticas e a necessidade de uma rede social consistente para apoiar o casal.

O seguinte diagrama representa as categorias e subcategorias referenciadas anteriormente, as quais vamos analisar de seguida:

- **Diagrama 1:** (Re)definição de novos papéis na transição para a parentalidade e suas subcategorias



Da leitura do diagrama apresentado deparamo-nos com a primeira subcategoria:

- **A criança como mediadora na transição para a parentalidade**

Ao longo da evolução humana, o indivíduo vai experimentando mudanças e transições no seio familiar. A família pode considerar-se como uma das mais importantes instituições humanas. É nela que realizamos o processo de socialização e onde interagimos, satisfazendo as necessidades mais elementares. Cada família é única, e quanto mais fortemente estivermos ligados a alguém, a nível emocional, maior será a força mútua, e por isso, a família é a base de suporte mais importante para um indivíduo. Contudo, sendo cada família única, os períodos de transições também diferem, bem como as suas fragilidades com a chegada de um novo membro à família.

A parentalidade exige, portanto, uma adaptação dos pais às suas expectativas, sentimentos, atitudes, comportamentos e preocupações.

Sendo que, de acordo com Kretchmar-Hendricks (2005), a parentalidade tem um maior nível de intensidade nos primeiros anos de vida das crianças, devido à necessidade dos bebés dependerem inteiramente dos seus cuidadores, e ao facto dos seus pais no seu papel parental apresentarem uma maior responsabilidade e oportunidade para ajudar a criança a alcançar o seu potencial de desenvolvimento.

Este processo é ainda associado a sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o contexto em que se desenvolve. Pois, de acordo com Soares (2008) os pais que planejaram a gravidez, que receberam preparação para o parto, que possuem mais experiência no âmbito da parentalidade e conhecimentos acerca da área revelam sentimentos e emoções mais positivas (Soares, 2008, como referido por Bispo, 2015) sendo, por isso, imprescindível a intervenção de um enfermeiro neste decurso.

O conhecimento e compreensão das experiências parentais são peculiarmente importantes na medida em que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, procurando atingir uma transição bem-sucedida, com objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (Meleis, 2010 como referido por Bispo, 2015).

À pergunta: “Depois do nascimento do vosso(a) filho(a), como têm vivenciado as mudanças na vossa vida diária e do casal? Querem falar-me de como tem vivido esta experiência?”, os casais responderam:

Casal 3: “Depois do nascimento da nossa filha na realidade a nossa vida mudou muito... enquanto casal, habituar-nos há nova presença constante daquele novo ser que depende de nós.... Os medos, a angústia, o cansaço extremo dos primeiros tempos, ... o deixarmos de ter os nossos momentos a dois, a casa ficar de repente e constantemente com pessoas a entrar e a sair para ver a bebé. Todas estas foram mudanças que exigiram muito de nós, contudo o balanço é muito positivo, temos vivenciado momentos muito bons e sem dúvida ser pais é maravilhoso.”

Casal 4, Mãe: “A nossa vida mudou um bocadinho, mudaram as rotinas e os hábitos..... Planeamos tudo em função da bebé, demoramos mais tempo a preparar-nos para sair de casa porque temos também a ela..... mas conseguimos conciliar bem os dois.....

Casal 6: “Dificuldades não houve muitas... tivemos de começar a coordenar as coisas, principalmente eu, para ter tempo de cuidar da casa e dela....”

Casal 8: “Enquanto casal estávamos habituados a ser só 2a sair a horas certas... de repente com um bebé em que há alterações, em que não têm horas

para comer..... mudou um bocadinho... ele como sendo prematuro tivemos mais dificuldades”.

Casal 10: “Há sempre menos tempo para nós casal...”

Através das respostas obtidas podemos observar que houve uma adaptação dos casais com a chegada da criança. Salientam ainda que, apesar terem tido algumas dificuldades, a articulação nas várias tarefas, entre a casa, a criança e tempo para o casal, é importante. O balanço geral é positivo, e revelam satisfação com a nova fase. Contudo, segundo Soares (2008), apesar das transições serem encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, vários autores salientam que a transição para a parentalidade pode ser considerado um momento de crise, pois são muitas as alterações que ocorrem neste período; assim, como reforça Martins (2013), este período do ciclo vital requer uma necessária intervenção de enfermagem específica, com o intuito de reforçar recursos e capacidades, com vista à minimização de vulnerabilidades, e o enfermeiro funciona, então, como mediador deste processo transicional (Soares 2008; Martins, 2013, como referido por Bispo, 2015).

- **Relacionamento conjugal na transição para a parentalidade**

As condições que dificultam ou facilitam as transições e que podem influenciar a sua qualidade e as consequências que daí podem advir podem ser pessoais, da sociedade e da comunidade.

No que diz respeito às questões pessoais, e ao relacionamento conjugal, as crenças e atitudes tomadas que desencadeiam a transição podem dificultar ou facilitar uma transição saudável.

Canavarro (2001) afirma que a transição para a parentalidade implica importantes adaptações na vida dos progenitores, resultando daqui um significativo crescimento pessoal e conjugal, sendo tipicamente acompanhada por uma redução da satisfação conjugal. (Canavarro, 2001, como referido por Martins, 2013).

Deste modo, e por ser um assunto que tem recebido uma considerável atenção na literatura, vários investigadores afirmam que a qualidade de uma relação marital exerce influência na adaptação à parentalidade, sendo consensual para os autores Ahlborg & Strandmark, (2001); Gage et al., (2006); Lopes & Fernandes, (2005); Mendes, (2007),

que esta particularidade se revela determinante na preservação ou não da conjugalidade, podendo acarretar mudanças, que podem ser positivas ou negativas, no envolvimento emocional dos parceiros assim que se tornam pais (Ahlborg & Strandmark, 2001; Gage et al., 2006 Lopes & Fernandes, 2005; Mendes, 2007 como referido por Martins, 2013).

- **À pergunta: “Como sentem o vosso relacionamento enquanto casal desde o nascimento do bebé?”, obtivemos as seguintes respostas:**

Casal 1: “Às vezes a brincar até dizemos: e se a bebé não existisse? Era igual... Acabou por vir dar mais alegria à casa.... Tornou-nos mais jovens... Fortaleceu a nossa relação... vivemos outras coisas que supostamente já tinham passado há muito tempo...”

Casal 3: “Enquanto casal temo-nos apoiado muito um ao outro, ambos estávamos a adaptar-nos à nova realidade. Penso que a relação não sofreu grandes alterações.”

Casal 5: “A nossa relação ficou igual...ainda estamos mais interligados.”

Casal 6: “Enquanto casal, unimo-nos ainda mais... apesar de estarmos menos tempo sozinhos.....se me perguntarem se voltamos a sair juntos sem ela, não, isso não voltou a acontecer!..... O que mudou mesmo nas nossas vidas foi realmente o termos menos tempo só para nós e passarmos a dedicarmo-nos só a ela, planear a nossa vida só em função dela!

Continuamos a dar-nos bem e a apoiarmo-nos um ao outro, agora em termos de relações sexuais mudou também bastante, porque quando até temos tempo para isso estamos tão cansados que queremos é dormir... e nisso eu acho que para o homem é mais complicado gerir, para mim tanto me faz, nem me lembro, mas sei que ele sente mais falta! Mas o P é muito compreensivo.... e corre muito bem!”

Casal 8: “Inicialmente tivemos alguma dificuldade em gerir o tempo para nós, mas depois conversámos e achámos que isto tinha de nos vir fortalecer, embora no início houve um afastamento porque eu não geri bem a questão do Marco ser prematuro...”

Casal 10: “Nota-se sempre um afastamento no casamento, porque temos muito menos tempo...principalmente depois do 2º filho...”

Ao analisarmos as respostas dadas, verificamos que, como indica a revisão da literatura, existem casais que afirmam que a sua relação conjugal foi afetada de forma negativa, revelando afastamento devido à falta de tempo para estarem juntos enquanto casal, devido à quantidade de tarefas domésticas que têm; outros referem que não houve qualquer alteração na sua relação; e há ainda quem afirme que a relação se fortaleceu e houve uma união ainda maior com a chegada do bebé à família, tornando-os mais jovens, como indica o casal 1, demonstrando uma solidez ao longo do tempo. No entanto, é necessário salientar que a relação sexual do casal pode ficar comprometida, como indica o casal 6, em que a mulher assume “para mim tanto me faz, nem me lembro, mas sei que ele sente mais falta!”.

Ou seja, daqui podemos concluir que cada relação é única e cada casal encara e atravessa a transição para a parentalidade dessa mesma forma: única.

Para Lopes e Menezes (2007), a parentalidade em si não é responsável pelo declínio de uma relação conjugal e pelo amor que o casal sente entre si. Hidalgo e Menendez (2003), relatam ainda que os resultados de um estudo longitudinal realizado com 96 casais em transição para a parentalidade sustentam este parecer, revelando que fatores como o envolvimento paterno com os cuidados prestados ao bebé, o apoio emocional do casal e a satisfação com a divisão dos trabalhos domésticos podem interferir com a forma de desenvolvimento da relação conjugal durante esta transição (Lopes & Menezes, 2007; Hidalgo & Menendez, 2003, como referido por Martins, 2013).

- **Diferenças de género, trabalho e divisão de tarefas**

Com a chegada de um novo membro à família impõe-se uma exigência aos pais no que diz respeito a uma adaptação das suas expectativas, comportamentos, sentimentos, preocupações e atitudes. Por isso, a adoção de respostas comportamentais de ajustamento entre o casal é essencial.

Como nos indica Brasileiro et al., (2002), a investigação tem-nos vindo a mostrar que os pais e as mães têm uma certa tendência para se diferenciarem um do outro, quer em

relação a atitudes e sentimentos, quer em papéis parentais e divisão de tarefas domésticas (Brasileiro et al., 2002, como referido por Martins, 2013).

Culturalmente, a maternidade está ligada ao cuidar da criança, à manifestação de afeto e carinho aos filhos, e assegurar a sua alimentação. Por outro lado, a paternidade está associada ao papel do homem providenciar material, assegurar alimento à família e dar lições de vida aos seus filhos.

É desta forma, que a divisão de tarefas também segue este modelo, mais conhecido por “tradicionalização” (Brasileiro et al., 2002; Glabe et al., 2005), sendo que, como afirmam Fleck, Falcke e Hackner (2005), é bastante prevalente a existência de estereótipos de género que reforçam a dicotomia entre os papéis femininos e masculinos (Brasileiro et al., 2002; Glabe et al., 2005; Fleck, Falcke & Hackner, 2005, como referido por Martins, 2013).

À pergunta: “Como têm vivenciado os vossos papéis em relação ao cuidar do vosso(a) filho(a)?”, obtivemos as seguintes respostas:

Casal 1: “O pai ajuda-me muito quando está, mas por exemplo em relação ao banho ele sempre deu mais vezes aos outros 2 do que a esta, porque eu opto por fazê-lo enquanto ele me faz outras tarefas que me custam mais...”

Casal 2: “O P teve que participar muito mais nas tarefas domésticas do que no 1º, até porque no 1º filho estávamos a viver com os meus pais e agora não, e por isso, ele teve de mudar e ajudar-me mais.”

Casal 6: “O P ajudou-me sempre muito, ainda hoje me ajuda... muitas vezes fazemos turnos para tomar conta dela e eu poder descansar... dividimos muito bem as tarefas desde fazer as refeições à parte do banho dela.... posso dizer que talvez por isso não tenha tido grandes dificuldades...”

Casal 8: “O pai está fora durante a semana, mas quando está presente tenta ajudar-me ao máximo, eu dedico-me mais ao bebé e ele às tarefas domésticas...porque eu estou mais habituada ao bebé...”

Casal 10: “O P não pode ajudar mais por causa do trabalho....”

Casal 12: “Ao início confesso que foi difícil, houve dificuldade na definição de tarefas e de quem as executava. Atualmente é mais fácil, primeiro porque já nos adaptámos e segundo porque o bebé já está mais independente. Nos primeiros meses de vida foi sem dúvida mais difícil, o bebé estava mais dependente da mãe o que fez com que eu tivesse mais tarefas a meu cargo e conseqüentemente um maior cansaço. O P acabou por participar menos nas tarefas do bebé e mais nas tarefas da filha mais velha. À medida que o bebé foi crescendo o pai foi participando mais nas tarefas de ambos os filhos.”

Da análise às respostas dadas, podemos apurar que, em geral, o marido colabora bastante nas tarefas domésticas, dando um grande apoio à sua cónjuge, apesar de que, como revelam, no início houve alguma dificuldade na definição destas tarefas e de quem as iria executar. Deste modo, podemos concluir que a adaptação às novas tarefas domésticas para o homem é mais difícil, acarretando para a mulher uma maior sobrecarga de tarefas domésticas e ainda o cuidar do bebé.

Também pudemos verificar, que existem alguns pais que trabalham fora da zona de residência e, por isso, a sua ajuda nas tarefas fica condicionada, uma vez que não estão presentes.

Alguns estudos desenvolvidos em Portugal suportam estas mesmas respostas, apontando para desigualdades significativas a este nível do cuidado dos filhos e na partilha das tarefas em casa, traduzindo-se, assim, inevitavelmente, numa sobrecarga para as mulheres, independentemente destas exercerem ou não uma atividade profissional remunerada, a tempo parcial ou inteiro (Amâncio, 2007; Perista, 2002; Torres, 2004, como referido por Martins, 2013).

Os estudos também indicam que mesmo os pais que dedicam mais tempo aos filhos, se envolvem principalmente em atividades interativas, ao passo que as mães continuam a tratar das tarefas relacionadas com a alimentação e a higiene (Smock & Noonan, 2005, como referido por Cristina, 2013).

- **A rede social de apoio no desempenho de papéis parentais**

Apesar das transformações e mudanças que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que tem vindo a exhibir, a família mantém uma certa

constância nas funções que lhe são atribuídas e continua a ser a célula básica da sociedade (Hanson, 2005, como referido por Bispo, 2015).

Contudo, é necessário salientar que a adaptação e o comportamento parental ocorrem no seio familiar e nas suas dinâmicas (microssistema), do contexto social onde a família está inserida, onde se inclui a família alargada e o grupo de amigos (exosistema), e da interação com características culturais e sociais da sociedade que envolve a família (macrosistema) (Martins, 2013, como referido por Bispo, 2015).

Para a pergunta “Sentem que tem tido algum tipo de apoio/suporte? Por parte de quem?”, foram expressas as respostas que seguem abaixo:

Casal 3: “O maior suporte que temos é sem dúvida dos familiares próximos, os nosso pais, irmãos e primos são quem nos tem ajudado para conseguirmos continuar a fazer algumas atividades extra trabalho.”

Casal 4: “O nosso maior apoio é a família, avós e madrinha da bebé... foram sempre um suporte muito bom para nós...principalmente quando comecei a trabalhar...”

Casal 6: “Sempre tivemos apoio dos avós maternos e paternos, a avó materna é que fica com ela... Sempre ouvi o que elas me diziam e aconselhavam mas também tive sempre o cuidado de consultar na internet e ainda esclarecer com o enfermeiro... recorri sempre às 3 fontes de informação!!!

Casal 8: “Tive apoio tanto dos meus pais como dos meus sogros, sempre me foram ajudar, mesmo com o bebe... mas eu era muito focada nele e não deixava que me substituíssem muito com ele, mas elas ajudavam-me em tudo o resto, roupas, casa etc....”

Casal 9: “Tive posteriormente o apoio do pediatra e consultei muito a internet, para me ajudar...”

Casal 10: “O meu apoio/suporte são os meus pais...quando estou a trabalhar até mais tarde são eles que os vão buscar à escola e tratam deles até eu chegar.”

Do feedback obtido, podemos afirmar que aqui podemos incluir a família e os amigos e a informação bibliográfica/acesso à internet (como salienta o casal 9), como os principais suportes e apoio para as suas dúvidas e incertezas sentidas pelos casais nesta fase. No entanto, ao longo das entrevistas, a maior parte dos participantes reconheceram que a sua maior rede de suporte é mesmo a família: cônjuge, pais e sogros, irmãos e mesmo os próprios filhos dos casais acabam por dar uma ajuda.

Com a alteração das dinâmicas sociais e familiares e ainda com a necessidade de continuarem em aprendizagem relativas à maternidade, surge o apoio dos profissionais dos cuidados de serviços de saúde hospitalares, dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e do apoio dos serviços privados, como forma de aprendizagem alternativa e complementar, e com as nossas entrevistas também obtivemos feedback importante, como veremos abaixo.

À pergunta: “Falem-me da vossa experiência com os profissionais de saúde desde a gravidez até ao período do pós-parto. Falem-me dos contributos dos cuidados de enfermagem para o desempenho do vosso papel de pais?”, podemos analisar as diversas opiniões:

Casal 1: “No pós parto tive o acompanhamento da enfermeira do centro de saúde que se mostrou sempre disponível...”

Casal 2: “No Centro de Saúde sempre me esclareceram as dúvidas... muitas vezes eu ligava e falava com a enfermeira e ajudava-me muito...”

Casal 3: “Considero que tive um excelente acompanhamento na gravidez quer por parto do médico obstetra que me acompanhou ao nível particular e também na maternidade. A experiência durante o parto também foi muito boa, fui acompanhada por um enfermeiro na sala de parto e depois por uma equipa que jamais vou esquecer. No pós-parto e durante o tempo de permanência na maternidade, que foram 6 dias, tive oportunidade de conhecer vários enfermeiros e enfermeiras, uns com mais outros com menos experiência, no entanto todos eles nos esclareceram e apoiaram no que necessitámos.”

Casal 4: “Em relação aos profissionais de saúde, na maternidade tive sempre um excelente apoio, apesar de não ter muitas dúvidas naqueles primeiros

tempos, mas correu sempre bem! Em relação ao médico e enfermeiro de família também me senti sempre bem informada e apoiada, não necessitando de ir ao pediatra particular...”

Casal 5: “Apesar de ouvirmos os conselhos dos mais velhos é sempre diferente poder ter a opinião de um profissional. O apoio dos profissionais do centro de saúde tem sido bom...”

Casal 6: “A amamentação foi sempre uma coisa que me preocupou e o enfermeiro nas aulas de preparação para o parto falou sempre bastante disso, batalhou várias vezes no mesmo tema, talvez porque sabia que era essa a principal dúvida de todas, alertou-nos sempre para as possíveis complicações e como solucioná-las e talvez por isso eu me desenrasquei sempre bem, porque quando me surgiram as complicações eu já sabia como solucionar. Estas aulas foram fundamentais para mim! (...) tive bom apoio na maternidade...”

Casal 8: “Quando ia ao Centro de Saúde eu focava-me só no bebé mas a enfermeira tentava sempre ajudar-me a mim e preocupava-se em saber como eu estava.”

Casal 12: “No pós-parto senti que alguns profissionais podiam ter mais atenção à mãe e procurarem saber se nós estamos bem, porque nós também precisamos de cuidados e não apenas o bebé. Penso que poderia haver um maior apoio no pós-parto, pois quando saímos da maternidade sentimo-nos um bocado perdidas, principalmente se for o primeiro filho.”

Do feedback obtido dos nossos participantes, de um modo geral, também podemos concluir que as interações com profissionais de saúde proporcionaram uma maior consciencialização e clarificação de assuntos relacionados com a parentalidade. Pois, o facto de as mulheres terem consciência de que podem contar com a ajuda de um profissional de saúde sempre que precisam, nesta fase de adaptação do seu ciclo vital, transfere-lhes autoconfiança e segurança nestas novas competências de mãe, nos cuidados primários ao recém-nascido, bem como no seu auto-cuidado, e a participante do casal 3 e o casal 6 salientam isso muito bem, apresentando-nos exemplos concretos da importância que os profissionais de saúde acarretaram para as suas vidas.

As aulas de preparação para o parto também se revelaram importantes, uma vez que, já perante situações reais as mulheres foram capazes de solucionar/ultrapassar de uma

forma mais assertiva uma situação nova, mas esperada. Soares (2008), acentua isso mesmo, defendendo no seu estudo que o acompanhamento à família no processo de parentalidade deve ser feito por um enfermeiro, e que nele recai um trabalho de formação e preparação dos novos pais, de modo a torna-los autónomos e competentes no desempenho dos cuidados básicos que devem ser prestados ao bebé.

Também o contacto hospitalar se revela imprescindível e deverá ser holístico. Devendo abranger as necessidades fisiológicas e emocionais da mãe, as necessidades do recém-nascido e o apoio e a educação para a saúde, de forma a preparar os novos pais para o exercício das suas funções mais autonomamente no seu domicílio (Faustino & Coelho, 2005). E, a mulher do casal 12 foca isso mesmo, afirmando que a atenção também deve ser direcionada para a mãe, pois esta encontra-se num período de grande fragilidade, tanto emocional como física, e o apoio dos profissionais é, seguramente, essencial para ajudar a ultrapassar todo este processo de mudança de uma forma mais ligeira.

Por se considerar tão importante, é desta maneira, que reforçamos o apoio do enfermeiro na VD à puérpera no período pós-parto e, por isso, apresentamos de seguida a categoria 2.

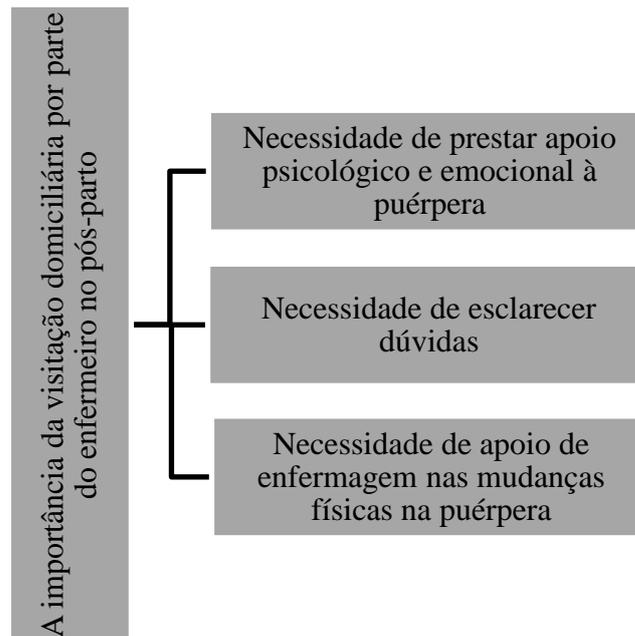
3.2 - A IMPORTÂNCIA DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA POR PARTE DO ENFERMEIRO NO PÓS-PARTO

O pós-parto é um período crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto, com duração variável. A complexidade do pós-parto é conferida pelo entrelaçamento de aspetos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais, económicos e por questões de género (Cabral, 2007).

É desta forma, que a visita domiciliária ao recém-nascido e sua família, apresenta várias vantagens, entre elas o facto de permitir conhecer a família no seu ambiente e contexto de vida, condições habitacionais, relações afetivo sociais dos seus membros, facilitar a adaptação dos cuidados de enfermagem de acordo com os recursos da família, melhorar o relacionamento profissional com a família (as relações entre o profissional e a família fazem-se do lado da família, no seu espaço de pertença por isso é menos formal e mais sigiloso), e proporcionar maior liberdade para exporem os seus problemas, uma vez que têm mais tempo para o fazer.

De seguida, passamos a apresentar o Diagrama 2 que inclui a categoria 2, “A importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro no pós-parto”, e as suas subcategorias:

Diagrama 2: A importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro no pós-parto e suas subcategorias.



De modo a se proceder a uma melhor análise do Diagrama 2, passamos a apresentar a última questão da nossa entrevista, e com ela explorar as subcategorias deste mesmo diagrama (Necessidade de prestar apoio psicológico e emocional à puérpera; Necessidade de esclarecer dúvidas; Necessidade de apoio de enfermagem nas mudanças físicas na puérpera) com as respostas obtidas dos nossos participantes.

À pergunta “Como sentem a ajuda da enfermeira durante toda esta vivência? Poderia ter sido diferente? Em que sentido?”, passamos a analisar a primeira subcategoria.

- Necessidade de prestar apoio psicológico e emocional à puérpera

As perturbações da linha depressiva são alterações psicopatológicas referidas durante a gravidez e puerpério (Pereira & Lovisi, 2008), e surgem também cada vez mais estudos que alertam para o impacto severo de outras perturbações, não só na mulher, como na relação com o bebé e com o companheiro, interferindo na qualidade de vida e futuro da família.

Considera-se que, o puerpério é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta mais se encontra vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do RN em detrimento de si mesma (Costa & Reis, 2011).

Através da nossa entrevista obtivemos as seguintes respostas:

Casal 3: “considero que pelo menos no primeiro/segundo mês deveria existir outro tipo de acompanhamento principalmente à mãe que por vezes fica dias e horas seguidas em casa sozinha, numa fase em que psicologicamente estamos fragilizadas, com poucas horas de descanso, com uma subcarga emocional muito grande e uma necessidade de adaptação ao novo ser e ao novo ambiente familiar também exigente.”

Casal 7: “Os primeiros 15 dias foram muito difíceis porque tive um parto complicado e a recuperação não foi fácil...”

Casal 8: “Eu não fiquei bem fisicamente após o parto, mesmo em termos analíticos, sentia-me muito fraca e isso acabou por nos separar um pouco porque eu só me focava no bebé e não foi problema do P mas meu... eu só me focava no bebé e não no P...”

Casal 11: “Foi muito complicado e ainda hoje sofro com o facto de não poder ter estado logo com o meu filho, ele ter ido para a UCIRN e eu ouvir os outros bebés a chorar e perguntar onde estava o meu... o pai só chorava.....

Ainda hoje acho sempre que ele tem alguma coisa...ando sempre com o coração nas mãos....

Só chorava e não lhe conseguia dar banho na maternidade...”

Algumas das nossas mães que participaram no estudo mostraram que passaram por uma situação menos boa no período pós-parto. As mudanças, as complicações no parto, os medos de não fazer o mais acertado, foram algumas das situações relatadas, como

podemos verificar acima. A mulher do casal 3 admitiu ficar nervosa por ter muitos receios e não conseguir dar a devida atenção ao bebê; a mulher do casal 8 confessou-nos ter ficado bastante afetada fisicamente, devido a complicações no parto, o casal 11 passou por uma fase de choro constante por parte do bebê durante o período da maternidade.

Após analisarmos todas estas informações, verificamos que o período pós-parto pode considerar uma fase de maior fragilidade da mulher, que necessita de apoio psicológico e emocional, de maneira a que não haja um declínio e agravação da situação, podendo mesmo levar a uma situação de depressão do casal, principalmente da mulher.

Tal como já abordamos no início do trabalho, os sintomas depressivos no pós-parto compreendem três categorias (*blues* pós-parto, depressão e psicose puerperal), organizadas de acordo com a intensidade e severidade dos sintomas. Contudo, a presença de uma perturbação não pressupõe necessariamente a evolução para outra de maior gravidade (por exemplo, os *blues* pós-parto podem não evoluir para depressão pós-parto (DPP)), mas da duração e intensidade dos seus sintomas sim (Braha, 2011).

Os ***blues* pós-parto** decorrem das alterações hormonais extremas e normativas do pós-parto, associadas à exaustão decorrente do parto, confronto do bebê-imaginado com o bebê-real, sentimentos desencadeados de não permanecer no centro das preocupações em prol do bebê, tomada de consciência das responsabilidades parentais (Brahya, 2011), e ainda sobre o ajustamento dos papéis familiares (Leitch, 2002).

Crê-se que a etiologia da **DPP** está na combinação de fatores genéticos, hormonais (por exemplo, o decréscimo súbito e abrupto dos níveis de estrogénios influencia a regulação da serotonina e, conseqüentemente, do humor), psicológicos e contextuais nos quais a mãe está inserida (Costa & Reis, 2011).

Além do risco para a própria mulher, a DPP pode ter um impacto severo na relação mãe/recém-nascido e no relacionamento com o companheiro e familiares mais próximos (Silva & Botti, 2005).

No que concerne a relação primária, a DPP interfere na capacidade da mãe para interagir adequadamente com o bebê, o que se torna particularmente grave no primeiro ano de vida (Fitelson, et al., 2011; Silva & Botti, 2005), pois pode condicionar o estilo de vinculação, favorecendo uma vinculação evidente ou ambivalente em detrimento de uma vinculação segura.

Filhos de mães deprimidas apresentam maiores dificuldades a nível cognitivo, no desenvolvimento emocional, nos hábitos de sono e maior probabilidade de desenvolver psicopatologia (perturbações emocionais, autorregulatórias e comportamentais). Curiosamente, se o quadro clínico da mãe entrar em remissão, rapidamente o mesmo acontece com o do bebé (Fitelson, et al., 2011).

- Necessidade de esclarecer dúvidas

No domínio das representações, os receios que as mães e os pais sentem e experienciam no exercício da sua parentalidade deixam transparecer incertezas e intranquilidades, perante um desempenho que socialmente deles esperam. O “receio de não ser um bom pai”, o “receio de não poder dar o melhor ao seu filho”, completamente ancorados na ideologia de pai provedor, que é capaz de satisfazer as necessidades materiais dos filhos (Sutter & Bucher-Maluschke, 2008); bem como o “receio de não ser boa mãe” e “o receio de não ser capaz de educar o filho”, são ideias enraizadas que confere à mulher todas as obrigações e deveres na criação dos seus filhos (Giddens, 1993; Sutter & Bucher-Maluschke, 2008; Giddens, 1993, como referido por Martins, 2013).

Vamos de seguida, analisar as respostas obtidas acerca dos receios e dúvidas dos pais:

Casal 3: “Inicialmente era algo que me deixava sempre nervosa... tinha sempre medo de não estar a fazer bem ou o correto, tinha muito receio de adormecer e não prestar o auxílio devido, caso a bebé necessitasse. O momento, após a bebé mamar era terrível ... para mim e para o pai também, ficávamos concentrados a olhar para ela, eramos incapazes de se afastar, do berço ou da alcofa, tinha sempre que alguém estar a olhar e ver se estava tudo bem.”

Casal 4: “Mas apesar disso acho que teria sido muito importante que o enfermeiro viesse a casa para esclarecer algumas dúvidas e até mesmo pesar a bebé, que muitas vezes desloquei-me ao centro de saúde só para isso, e há dúvidas que surgem sempre em casa que não temos quem nos esclareça, alguém competente... (...) Seria muito bom que no nosso concelho houvesse um projeto de visita domiciliária após o nascimento dos bebés, principalmente nas primeiras semanas.”

Casal 6: “Nas primeiras semanas acho que teria sido importante se o enfermeiro tivesse vindo cá a casa, teria ajudado na parte de fazer a cama, eu

tinha dúvidas, não sabia bem como fazer e posicionar, em relação ao banho, temperatura da água e da casa...”

Casal 8: “embora saibamos algumas coisas, somos pais de 1ª viagem e há sempre dúvidas.... Apesar de ser enfermeira, há sempre muitas dúvidas e acho que ajudava muito.... Eu tinha sempre medo pelo bebê ser prematuro de baixo peso, com o frio, ter de deslocá-lo para o Centro de Saúde para apanhar uma virose porque está mais sensível...foi uma dificuldade.”

Casal 9: “Era muito importante mesmo o apoio de uma enfermeira no domicílio. Houve coisas que aprendi na maternidade, como o banho, os cuidados com o umbigo e nisso não tive dificuldades mas com a amamentação há sempre dúvidas que surgem depois e que precisamos que nos ajudem.”

Casal 10: “O 2º filho foi uma “cópia” do 1º, por isso não tive muitas dúvidas...”

Casal 11: “Para mim o início foi muito difícil porque ele teve de ir para a UCIRN e era muito pequenino, logo aí tive medo de lhe pegar de o partir, de lhe dar banho... Tinha muito medo de lhe dar banho em casa por ser tão pequeno (...) Para mim o início foi muito difícil porque ele teve de ir para a UCIRN e era muito pequenino, logo aí tive medo de lhe pegar de o partir, de lhe dar banho... Tinha muito medo de lhe dar banho em casa por ser tão pequeno.”

Casal 12: “Acho muito importante a ajuda dos enfermeiros quer na gravidez quer no pós-parto. Acho que em algumas situações poderia ter sido diferente, principalmente se tivesse havido um maior acompanhamento no domicílio, dando mais apoio/informação no pós-parto nos cuidados de saúde, no que diz respeito por exemplo à amamentação e nos cuidados a ter com o recém-nascido em casa. Apesar de este ter sido o segundo filho há sempre dúvidas novas e tive mais dificuldades com a amamentação, que poderiam ter sido diminuídas se tivesse alguém competente na área mais por perto...”

Das respostas obtidas, podemos verificar que, regra geral, todos os casais tiveram dificuldades no cuidado do RN, as dúvidas a vários níveis eram constantes, principalmente com a amamentação (como acentuam os casais 3, 9 e 12), o cuidado com o banho (casais 6, 9 e 11), cuidados com o umbigo (casal 9) e ainda demonstraram medo em pegar ou vestir o bebê com medo de o “partir” (casal 11).

Aqui, importa salientar que todo este processo de parentalidade está associado à conjugação de sentimentos e emoções ambivalentes e, no que toca à amamentação, considerada pelas mães como o ex-libris da maternidade é um momento incrível de interação que têm com o filho, e que só elas sentem e, por isso, lhes concede a máxima realização, foi talvez a prática que suscitou maiores sentimentos de inquietação.

As incertezas, dúvidas e o sentimento de falta de competência levaram a que os progenitores procurassem ajuda e conselho externos, e estas são ações consideradas esperadas nesta transição para a parentalidade (Mercer, 1986, como referido por Martins, 2013).

Assim, compreendemos a opinião geral dos participantes em considerarem importante a ida de um enfermeiro ao domicílio prestar auxílio.

Tal como sugere a evidência científica, o enfermeiro de saúde familiar, pode ser um ator fundamental no período transicional, providenciando informação, mobilização e apoio de recursos precisos para o acompanhamento da concretização dos projetos individuais de cada família. Por realizar um trabalho de proximidade, pelos cuidados que presta, pelas competências que possui na abordagem da pessoa e da família, encontra-se numa posição privilegiada para identificar necessidades e proporcionar respostas concordantes às expectativas dos pais e, por isso, desempenhando um papel imprescindível na promoção da adaptação à parentalidade (Bispo, 2015).

É neste seguimento da importância do enfermeiro, que seguimos para a subcategoria seguinte:

- Necessidade de apoio de enfermagem nas mudanças físicas na puérpera

Os enfermeiros que trabalham com as famílias requerem entendimento teórico e prático sobre os processos parentais que influenciam os estados de saúde. E, as alterações físicas que acontecem na puérpera são geradoras de desconforto e receios, que merecem uma grande importância e atenção por parte do enfermeiro, como podemos verificar através do feedback obtido com as nossas entrevistas:

Casal 7: “Os primeiros 15 dias foram muito difíceis porque tive um parto complicado e a recuperação não foi fácil...porque levei muitos pontos, fiquei com hemorroides... tinha de estar sempre deitada... (...) Tinha muita dificuldade em vir ao Centro de Saúde para me sentar no carro, era muito difícil

entrar e sair do carro nos primeiros dias...se tivesse tido a visita domiciliária teria sido muito melhor para mim...”

Casal 8: “Acho que em relação ao facto de eu ter tido uma cesariana, viver num 3º andar, estar com anemia e sentia-me fraca, acho que devia ter tido um apoio do Centro de Saúde no domicílio, para certificar se eu estava a fazer as coisas da melhor forma quer com o bebé quer comigo... (...) Deviam ir a casa ver se o ambiente da minha casa estava preparado para ele, em termos de temperatura e assim, acho que é uma falha muito grande... (...) Sentia-me muito mais tranquila se a enfermeira tivesse ido a minha casa certificar-se que estava tudo bem.”

Casal 10: “O bebé nasceu em Fevereiroe com o frio que estava, ter de ir com ele e ainda por cima após ter feito uma cesariana, tinha de conduzir e levar as coisas dele.....não era fácil, teria sido mais fácil se a enfermeira fosse a casa..... até porque no Centro de Saúde nem sempre estão as melhores condições porque estão sempre a abrir portas e a fechar.”

Nas suas respostas, as puérperas mencionam alguns desconfortos físicos provocados pelo nascimento dos seus filhos.

A mulher do casal 7 refere as complicações no parto, as dificuldades em andar devido aos pontos que levou, e a dificuldade que tinha em deslocar-se ao CS devido às dores que tinha.

As mulheres dos casais 8 e 9, após serem submetidas a uma cesarina, sentiam bastante desconforto com o seu corpo, revelando que “não era fácil” transportar o bebé e deslocarem-se ao CS, acentuando a importância de um enfermeiro a prestar apoio domiciliário.

É importante evidenciar que ocorrem adaptações biofísicas que envolvem vários sistemas do organismo da mulher, hormonal, metabólico, anatómico e bioquímico, no sentido da recuperação funcional pré-gravídico, que podem conduzir a algumas manifestações de incómodos e desconfortos (Zigel & Cranley, 1985; Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Norwitz & Schorge, 2001; Bobak, Perry & Lowdermilk 2002; Graça, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008; Rezende Filho & Montenegro, 2008, como referido por Pereira, 2012).

Em estudos realizados sobre a dor perineal, vários autores salientam que a maioria das puérperas com episiotomia demonstra um grau elevado de dor na episiorrafia e na insegurança na sua cicatrização (Prates, 2006; Almeida & Riesco, 2008; Francisco et al., 2011). E que as manifestações de desconforto mais assinaladas pelas puérperas são o desconforto das dores perineais, que limitam a realização de algumas atividades do dia-a-dia (Mendes, 2009). Lowdermilk (2008), refere ainda que o desconforto e a dor provocados pela episiotomia podem interferir na amamentação, nas relações mãe-filho, no restabelecimento das relações sexuais do casal e mesmo na recuperação emocional após o parto (Prates, 2006; Almeida & Riesco, 2008; Francisco et al., 2011; Mendes, 2009; Lowdermilk, 2008, como referido por Pereira, 2012).

De um modo geral, podemos dizer que a experiência resultante das trocas entre os pais, entre eles, a criança e o mundo que os rodeia é o que lhes possibilita tornarem-se pais. As mudanças resultantes desta transformação espelham como foram capazes de ultrapassar as dificuldades e desafios, e ainda de gerar estratégias adequadas de adaptação. Há uma procura de uma reformulação das suas identidades, associada a uma redefinição de prioridades e ainda a um maior sentido de responsabilidade, e um aumento de confiança no desempenho do papel parental e a aquisição do domínio de novas competências.

No que diz respeito somente à mulher, no momento em que esta passa a assumir os cuidados ao filho, inicia-se um processo de sedimentação e cristalização da função materna. Mãe e bebé mantêm-se fisicamente próximos e a intimidade entre eles é tão grande que dá ideia de serem um só. A mulher não é mais capaz de se imaginar sem o bebé e, ao sentir-se ameaçada pelo vazio, procura tocá-lo e tomá-lo nos braços, e não consegue desligar-se do filho. Implícita a esta forte ligação encontra-se um receio profundo de perda (Brazelton, 2007), associado a um profundo sentimento de frustração e mágoa em situações de separação, sofrendo a mãe no seu momento de regresso ao trabalho (Brazelton, 2007, como referido por Martins, 2013).

No que diz respeito ao apoio prestado pelo enfermeiro no domicílio, e que já apresentámos inúmeras vantagens, também é de salientar que podem existir desvantagens e entre elas evidenciam-se as dificuldades de acesso, a limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e os afazeres domésticos, podendo dificultar ou mesmo impossibilitar a realização das visitas, disponibilidade de maior tempo para o atendimento, seja pela deslocação ou pela realização da visita, tornando, assim um

método por vezes dispendioso e de pouco alcance a uma grande parte da população (Kawamoto, 1995), tudo isto também se torna mais difícil na situação económica atual que se encontra o nosso país, carecendo de meios quer pessoais, quer materiais para efetuar estas visitas de acordo com as necessidades da população.

CONCLUSÃO

Este estudo, teve como base compreender a problemática das vivências da **díade parental** no pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária, procurando fornecer contributos que demonstrem a importância do acompanhamento efetivo nessa fase, por parte dos EEESMO nas Unidades de Saúde.

A transição psicossocial para a maternidade é um processo que se prolonga no tempo, com impactos na vida das mulheres e famílias, em que a relação conjugal e a imagem corporal são das dimensões mais desafiadas. As/os enfermeiras/os durante as suas intervenções estabelecem interações com **as díades parentais**, no entanto não é claro que a diversidade de intervenções contribua para uma melhor transição. Não se observam no entanto efeitos adversos. O desafio será pensar como intervir de forma mais efetiva na transição psicossocial para a maternidade.

A parentalidade exige profundas transformações e adaptações, suscetíveis de provocar desequilíbrio e vulnerabilidade nos pais e ter implicações no sadio desenvolvimento das crianças. Este duplo condicionalismo, de intensa influência na vida dos progenitores e no desenvolvimento infantil, coloca à enfermagem desafios evidentes, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos dos pais neste período de vulnerabilidade transicional

Para que, este período seja vivenciado de forma positiva pela **díade parental**, é essencial enfatizar a grande contribuição e responsabilidade que a equipa de saúde de CSP possui acerca do desenvolvimento das ações direcionadas ao cuidado no puerpério, envolvendo o binómio mãe-filho. Infelizmente ainda ocorrem situações onde não existe esta resposta da parte dos profissionais aos casais, por isso é importante sensibilizar os profissionais na busca de melhorar a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, não se focando apenas na prestação de cuidados no pré-natal em si, mas também, nos cuidados referentes ao pós-parto, que é tão importante, para o desenvolvimento e laços afetivos da mulher/casal e sua família.

Considera-se que este estudo, e inerente comunicação, para além do contributo na ampliação da compreensão do fenómeno, se constitui como ponto de reflexão e de sensibilização para a mudança/inação dos contextos das práticas de CSP.

Identificámos na amostra de participantes que constituem este estudo que a forma como se organizam enquanto díade conjugal e parental é uma forma de produção de género, valores, crenças e expectativas, construídos a partir do imaginário cultural e de determinações sociais, que influenciam mutuamente as vivências de cada membro do casal. Desta forma, a transição para a parentalidade revela-se uma experiência em grande parte institucional e de interação que deve ser compreendida e inserida no contexto social mais amplo e na dinâmica do relacionamento conjugal.

Face ao enquadramento teórico apresentado, temos um conjunto de pressupostos, condições e enquadramento legal capazes de promover a atividade autónoma para os quais fomos mandatados profissional e socialmente. E quais são os desafios? Que o EEESMO seja capaz de criar um espaço de intervenção proactivo junto do cidadão/mulher capaz de ajudar as escolhas informadas e a defesa dos seus direitos, pois a qualidade de vida dos cidadãos na assistência à gravidez, parto e puerpério é uma das prioridades com a qual nos devemos comprometer. Que a filosofia de cuidados salvguarde e promova os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos e privilegie os cuidados centrados nas famílias atendendo às necessidades da mulher/recém-nascido/casal, bem como, reconheça as mulheres como parceiras nos cuidados. Que a formação do EEESMO continue a ser realizada em instituições de ensino superior idóneas de acordo com o programa proposto pela diretiva da CE e, que este esteja habilitado a realizar investigação capaz de construir um corpo de conhecimentos para sustentar uma prática autónoma.

Em todo este processo, são os profissionais de saúde e mais especificamente os EEESMO que mais privam e interagem com as díades parentais, durante a gravidez e após o parto, com possibilidade de estabelecerem relações de empatia, de confiança e terapêuticas, com intervenções complementares, devendo existir ganhos acrescidos, tornando-se necessário avaliá-los, na perspectiva de quem os vivencia. Assim, verificou-se que a maioria dos casais consideraram as instituições de saúde de forma geral e os enfermeiros em particular, como essenciais no processo de preparação e transição para a parentalidade, sendo as intervenções destes consideradas adequadas às suas reais necessidades.

Com este estudo pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária;
- Descrever o comportamento dos casais enquanto díade parental aquando a transição para a parentalidade no período pós-parto.

Para o conseguirmos, escolhemos o paradigma qualitativo, com a finalidade de conhecer a realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem, o que significa que os participantes neste estudo são os que, verdadeiramente, vivem a experiência, para o efeito recorreremos à técnica de análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, segundo as orientações de Bardin (1977, 2011) e Amado (2000). Dos relatos de ambos os pais participantes emergiram duas categorias principais, relativas à (re)definição de novos papéis na transição para a parentalidade e a importância da visitação domiciliária por parte do enfermeiro no pós-parto.

Concluindo, com o fim da realização deste trabalho, de entre todos os resultados encontrados na amostra intencional deste estudo, podemos constatar que:

- De uma forma geral, há uma boa adaptação da díade parental à chegada de um filho, os relacionamentos ficam de alguma forma afetados, mas na maioria dos casos há uma maior proximidade do casal. Cada casal vive esta fase à sua maneira;
- Os casais entre-ajudam-se nas tarefas domésticas, apesar de a mulher ser a mais sobrecarregada, na maioria das vezes;
- O principal apoio/suporte dos casais são a família e amigos;
- Os profissionais de saúde são a fonte de informação mais fidedigna para os casais aquando das dúvidas nos cuidados ao RN;
- Quanto mais bem preparados são os pais no período pré-parto, mais positivas são as suas vivências no pós-parto;
- Para todos os casais, apesar de nunca terem experienciado, era de extrema importância a VD do enfermeiro, uns enfatizam para uns aspetos outros para outros, apesar das limitações que esta prática acarreta, os seus benefícios superam tudo isso;

- Regra geral, a maioria dos casais teve algumas dificuldades nesta fase, em relação aos cuidados com o RN.

Os resultados encontrados vão de encontro ao referido na maioria da literatura consultada, o que pode ser considerado um reforço do conhecimento disponível sobre o tema em estudo.

Foi feito um longo percurso até surgirem as primeiras ideias e reflexões sobre o tema deste estudo. Iniciámos com a ideia que o mesmo poderia trazer frutos para as nossas intervenções como EEESMO. Dadas as particularidades do estudo, as conclusões a que chegamos apenas se assumem verdadeiras para os sujeitos que participaram no estudo, não se podendo portanto generalizar os resultados obtidos. No entanto, pensamos que estes dados nos trouxeram uma melhor compreensão do fenómeno em estudo e nos apresentou subsídios enriquecedores para as práticas do cuidar da tríade.

Um dos atributos deste estudo foi também o facto de nos permitir refletir acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem na área de SMO, a visibilidade que a enfermeira tem na atualidade e lembrou-nos a dimensão humana que a profissão exige, através do contacto com os casais participantes e observação dos seus comportamentos e atitudes.

Neste sentido, consideramos que toda a intervenção desenvolvida pelos profissionais de saúde, em especial pelas EEESMO é essencial, uma vez que têm a possibilidade e o privilégio de contactar com os casais neste período de preparação e transição para a parentalidade, uma fase da vida em que os casais apresentam muitas necessidades de aprender e estão muito motivados e muito permeáveis ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Acreditamos que intervenções que vão de encontro às necessidades de cada casal, se reverterão em efetivos ganhos em saúde das mulheres, dos homens, das crianças, das famílias e das comunidades. Por tudo isto acreditamos que trabalhar em saúde materna é trabalhar na génese da saúde, porque estamos a trabalhar na génese da vida e na essência do cuidar humano.

Sugestões:

Com este estudo pretendemos, ainda, propor algumas sugestões que contribuam para a atuação dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros que

cuidam dos casais nesta etapa do ciclo de vida familiar, com consequência de uma parentalidade integrada no projeto de vida individual e do casal respondendo, em simultâneo, às necessidades do seu filho(a).

Após termos percebido as dificuldades sentidas pela díade parental, surgem-nos algumas sugestões:

- O casal tem de ser assumido como alvo dos cuidados, identificando a situação conjugal, os seus conhecimentos e capacidades, e as respostas à vivência da parentalidade.
- Criação de sites pelos EEESMO, rentabilizando as tecnologias para a prestação dos seus cuidados, de forma a que haja informação acessível e fidedigna para consulta dos casais, uma vez que recorrem muitas vezes a sites de internet pouco credíveis.
- Abertura de concursos públicos para a presença de EEESMO nos cuidados de saúde primários.
- Mais investigação na área da parentalidade e alterações sentidas pelos casais nesta fase das suas vidas, de forma a entendermos melhor todas as situações que surgem e quem sabe aumentar a taxa de natalidade.
- Maior apoio a ambos os pais nesta fase de transição, principalmente aos pais de primeira viagem.
- Maior abrangência dos cursos de preparação para o parto a todos os centros de saúde, realizados por EEESMO.
- Melhor comunicação da continuidade dos cuidados da maternidade para o centro de saúde/domicílio.
- A universalidade da VD no pós-parto pelo menos uma vez, podendo em casos mais problemáticos ser realizada mais do que uma vez.

Limitações

Como limitações metodológicas sublinhamos as suas características, cujos resultados estão circunscritos às características/contexto da amostra intencional do estudo.

Durante o estudo, existiram algumas limitações que, de certa forma, condicionaram o seu desenvolvimento mais aprofundado e concreto.

O facto de, a recolha de informação não ter sido realizada no domicílio dos casais onde se poderia confirmar alguma da informação obtida, o facto de alguns casais já não estarem a vivenciar o período pós-parto imediato, com as dificuldades iniciais, terá diminuído a profundidade da entrevista e até mesmo o “esquecimento” de algumas situações que poderiam ainda enriquecer mais o estudo. Até mesmo o facto da valorização da VD, poderia ter sido maior se as entrevistas tivessem sido realizadas nos primeiros dias após o parto.

Por último, consideramos que, elaborar este estudo foi um contributo importante para o nosso enriquecimento pessoal e profissional. A revisão bibliográfica efetuada e o contato com os casais participantes foram o estímulo impulsionador para que os objetivos fossem alcançados. Hoje temos outro olhar sobre este processo de vida, sobre o que é ser mãe/ser pai, como o casal vivencia esta realidade e como olham os cuidados dos(as) enfermeiros(as).

Os pais são como guias e mestres, que têm como missão passar para os filhos toda a sabedoria, conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida, por isso com este trabalho corroboramos a vontade que temos em que assim seja, que os casais vivam este processo de forma positiva e enriquecedora, tendo sempre como aliados os profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2008). Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais (p.126). *Coimbra: Formasau*. ISBN 978-972-8485-96-2.

Albuquerque, T. M. D. (2016). Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral. Recuperado de <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/8726/2/arquivo%20total.pdf>

Amado, J., S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 1-11.

Bayle, F., (2006). À volta do nascimento. Lisboa: Climepsi editores,

Barbosa, D. C., Mattos, A. T., Corrêa, M. H., Faria, M., Ribeiro, L. C., Santos, L. L., ... & Forster, A. C. (2016). Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 49(4), 360-366. Recuperado de <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/122728>

Bardin, L. (1970). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal.: Edições 70, LDA.

Barros, A. M. D., Kerber, N. P. D. C., Souza, C. S. D., Pinheiro, T. M., Francioni, F. F., & Minasi, J. M. (2013). Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. doi: 10.15253/rev%20rene.v14i4.3539

Barros, G. B. (2016). Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: Visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Saúde. com*, 2(2).

Bernardi, M. C., & Carraro, T. E. (2014). Vital power of postpartum women during nursing home care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(1), 142-150.

Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00142.pdf

Biklen, S. & Bogdan, R. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora. Recuperado de <https://pt.slideshare.net/RonanTocafundo/bardin-laurence-anlise-de-contedo>

Bispo, E. M. (2015). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém.

- Bobak, I.; Jensen, M.; Lowdermilk, D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência,. 1017 p. ISBN 972-8383-09-6.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Calado, B. (1998). Dia mundial da Saúde: a saúde da mulher. *Revista portuguesa de saúde pública*. Lisboa.ISSN 0870-9025. Vol.16, nº 1, (pp. 21-23).
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 2ª ed. (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal, I. - *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século, ISBN 972-754-235-2. (pp. 225-.255).
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*.. Coimbra: Quarteto Editora
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A.. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa, Portugal: Fim de século, ISBN 972-754-235-2.
- CIPE 2005, Versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Genebra,. 210 p. ISBN 92-95040-36-8.
- Costa, E. D. S. (2014). *Abordagem do enfermeiro na atenção à puérpera em três municípios do Vale do Taquari-RS* (Bachelor's thesis). Recuperado de <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/411/1/ElisaneCosta.pdf>
- Cunha, G. S. (2016). *Melhoria da Atenção ao Pré-Natal e Puerpério na UBS/ESF Santa Rosa Em Santana do Livramento/RS*. Recuperado de <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6911>
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Couto, Germano (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência, 185 p. ISBN: 972-8383-63-0.

da Silva, A. F., da Nóbrega, M. M. L., & Souto, C. M. R. M. (2015). Instrumento para documentação de processo de enfermagem no período pós-parto/Instrument for documentation of nursing process during postpartum. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(3), 1385-1393. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i3.20227

Davis, Dame (2005). Prefácio In *Manual da Gravidez Semana a Semana*. Porto: Porto Editora.

da Nóbrega Mazzo, M. H. S., de Brito, R. S., & dos Santos, F. A. P. S. (2015). Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto [Nurses' activities during postpartum home visit]. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(5), 663-667.

de Sousa Ibiapina, A. R., Silva, V. M., da Rocha Soares, J., Alencar, J. M., de Sousa, R. M., & Queiroz, A. A. F. L. N. (2015). Visita Puerperal: percepção de puérperas acerca das ações do agente comunitário de saúde. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 1(1), 40-50. Recuperado de <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3422>

de Souza, M. A. S., Lopes, N. A. R., & Borges, F. V. (2014). A importância do enfermeiro da estratégia saúde da família para a redução da morbimortalidade materna. *LINKSCIENCEPLACE-Revista Científica Interdisciplinar*, 1(1). Recuperado de <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/14>

Faustino, M. L. T., Coelho, M. T. V. (2005). Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade da Enfermagem? *Revista Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370. 53:4., (pp.185-189).

Ferreira, D. V. (2016). Atenção à saúde no pré-natal e puerpério na UBS Clínica de Saúde da Família Governador Edelzio Vieira de Melo do município de Rosário do Catete–SE. Recuperado de <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6160>

Figes, K. (2001). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 282 p. ISBN 972-23-2739-9.

Fornari, M. C. B., Carraro, T. E., Roque, A. T. F., & Massaroli, A. (2016). Cuidado de enfermagem à puérpera no domicílio na perspectiva do modelo de cuidado de

carraro. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(2), 175-185. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17752>

Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas, São Paulo*, v. 35, n. 2,, 57-63.

Gomes, D. T., Dias, L. L., De Almeida, N. F., de Carvalho Magacho, E. J., Souza, A. B. Q., & de Moraes Lopes, M. H. B. (2016). Assistência ao pré-natal: perfil de atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFJF*, 1(1). Recuperado de <https://enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/17>

Gomez, R. M. (2005). O Pai: Paternidade em Transição. In Leal, I. – Psicologia da gravidez e parentalidade. Lisboa:Fim de Século, ISBN 972-754-235-2. (pp.257-286).

Graça, L. C. C. (2010). Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno. Recuperado de <http://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/.../4/ulsd60767> td Tese Luis Graça.pdf

Hernandez, J. A., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *PSICO*, v. 40, n. 4., 414-421.

Kawamoto, E.E., Santos, M. C. H.,Matos, T. M. (1995). Enfermagem Comunitária: visita domiciliária. São Paulo: EPU.

Kebian, L. V. A., & Acioli, S. (2014). A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 161-9. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>

Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In LEAL, Isabel- Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de século,. ISBN 972-754-235-2. (pp. 9-19).

Lima, R. A. D. S. S., & Lopes, A. O. S. (2016). Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Psicologia*, 10(32), 199-213. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/580/803>

- Lopes, S., Fernandes, P. G. (2005). O Papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-0844. N°63, (pp.36-42).
- Loveland, C. (1999). Risco de saúde familiar. In M. Stanhope & J. Lencaster (Ed), *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*, 4ª ed. (pp. 520-542).
- Luz, V. L., Carvalho, J., Sales, S., de Sousa Siqueira, M. L., Vieira, T. S., Coêlho, D. M. M., & Barbosa, M. G. (2016). Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera. *Revista Interdisciplinar*, 9(1), (pp.13-23).
- Machado, J. P. (1981). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Lisboa:Amigos do livro Editores, Sociedade de Língua Portuguesa, Vol XII, 685 p.
- Martins, C. A. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. (Dissertação de Mestrado) Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Universidade de Lisboa.
- Mazzo, M. H. S. D. N., & Brito, R. S. D. (2016). Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(2), 316-325. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0316.pdf>
- Mazzo, M. H. S. D. N., Brito, R. S. D., & Santos, F. A. P. S. D. (2014). Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. *Rev. enferm. UERJ*, 663-667. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>
- Meighan, Mary M., Ramona T. Mercer (2004): Consequencia do papel maternal (pp. 521-541). In Tomey, Ann Marriner, Alligood, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures, Portugal: Lusociencia. ISBN 972-8383-74-6.
- Meleis, A. & Trangensteinn, P. A. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*,(42) p. 255-259.

Mendes, I. M. M. D. (2009). Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Mar de palavra: Edições Lda, 305 p. ISBN 978-972-8910-41-9.

Mendes, P. D. G., Filha, F. S. C., da Silva, R. N. A., de Melo Vilanova, J., & da Silva, F. L. (2016). O papel educativo e assistencial de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal: a percepção de puérperas. *Revista Interdisciplinar*, 9(3), 49-56. Recuperado de

https://scholar.google.pt/scholar?start=10&q=visita+domiciliar+puerperal&hl=en&as_sdt=0,5&as_ylo=2013

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory (pp.12-28). *Advances in nursing science*, 23(1).

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (p.641). Springer publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook* (pp.255-259), 42(6).

Mello, D. F. D., Santos, E. K. A. D., Anders, J. C., Monteiro, J. C. S., Viduedo, A. F., Pierezan, C. P., ... & Oliveira, M. E. D. (2013). Módulo IX: Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: O puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Recuperado de <http://repositorio.ufsc.br>

Miranda, D. B., Marostica, F. C., & Matão, M. E. L. (2015). Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Gestão e Saúde*, 6(3), 2444-2459. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Denismar_Miranda/publication/298934089_Influence_of_cultural_factor_in_the_process_of_care_in_the_postpartum/links/56ed68b408ae59dd41c5d4c4.pdf

Monteiro, R. (2005). O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 244 p. ISBN 989-558-037-1.

Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2012). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e

mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 399-413. doi: 10.14417/ap.453

Neves, Â. M. F. M. C. (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: expectativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal.

Oliveira, D. D. C., Mandu, E. N. T., Correa, A. C. D. P., Tomiyoshi, J. T., & Teixeira, R. C. (2013). Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. *Esc. Anna Nery*, 17(3), 446-454. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728368007.pdf>

Oliveira, Z. M., Dias, J. A. A., Oliveira, R., Damasceno, M. M. D. S. N., & Peleitero, L. M. (2013). Cuidado domiciliar à puérpera em recuperação pós-parto: relato de experiência. *A Revista Saúde. Com é uma publicação gratuita do Departamento de Saúde-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.*, 45, 34. doi: http://www.uesb.br/revista/Rsc/v11/ed_v11_Supl2.pdf#page=30

Oliveira, Z. M., Dias, J. A. A., Martins, G. S., Santana, L. S., & Fernandes, S. F. C. (2013). Visita domiciliar ao binômio mãe/filho no período puerperal-relato de experiência. *A Revista Saúde. Com é uma publicação gratuita do Departamento de Saúde-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.*, 45, 36. Recuperado de http://www.uesb.br/revista/Rsc/v11/ed_v11_Supl2.pdf#page=32

Ollaik, L. G. & Ziller, H. M. (2012). Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa, São Paulo*, v.38, n.1, (pp.229-241).

Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Pagliuca, L. M. F. (2007). Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Rev. enferm. UERJ*, 15(1), (pp.130-135). Recuperado de [https:// www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870...](https://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870...)

Oliveira, M. M. S. (2004). *A paternidade e as práticas do cuidar: estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto*. (Dissertação de mestrado em estudos sobre mulheres) Universidade Aberta, Lisboa.

OMS/UNICEF (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Ginebra.

OMS, 2002. Saúde 21: Saúde para todos no século XXI: Uma ntrodução. Loures: Lusociência.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007). Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Disponível em: <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

PARECER n.º 44 / 2008de 04 Agosto de 2008. Preparação para o parto

PARECER nº08/2011 (Preparação para o parto por Enfermeiros em Cuidados Gerais sob Supervisão de EESMO) pelo Colégio da Especialidade SMO

PARECER nº123 / 07 do Conselho Jurisdicional. [Consult. 21 Abr. 2014]. Disponível em WWW: <URL

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/do>

Pedrosa, J. I. S. (2011). A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Rev Interdiscip*, 4(2), (p.21).

Pereira, M. C., & Gradim, C. V. C. (2014). Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(1), 35-42. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.19572

Pereira, M. A. (2006). Aleitamento materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação – resultados de um estudo experimental. Lusodidacta, Loures. ISBN 972-8930-21-6.

Pereira, M. I. F. L. (2012). A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce. (Dissertação de Mestrado de Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Polit, D. F.; Hungler, Bernadette P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas., 391p.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2v. vol.I.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2v. vol.II.

Portugal. Direcção-Geral de Saúde (2002). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: programa tipo de atuação, 2ªed. Direcção Geral de Saúde, Lisboa. ISBN 972-675-084-9.

Portugal, 2004. Ministério da Saúde Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Vol I- Prioridades, 88 p. ISBN 972-675-109-8.

Portugal, 2004. Ministério da Saúde . Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Vol II - Orientações estratégicas. 216 p. ISBN 972-675-110-1.

Portugal. Ministério da Saúde (1993). Vigilância pré-natal e revisão do puerpério: Orientações Técnicas 2. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. 2ª ed. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. 10 p. ISSN 0871-2786.

Prado, E. V. (2015). O cuidado à mulher como centro da estratégia saúde da família. *Revista de APS*, 17(3). Recuperado de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1717/828>

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do Trabalho Científico - Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Científico. Rio Grande do Sul, Brasil: FEEVALE. 2ª Edição.

Queirós, A. A. (1998). A visita domiciliária como forma de intervenção em saúde materno-infantil. *Revista Sinais Vitais*, (pp.13-15).

Quirino, Á. F. A., Ferrari, R. A. P., Maciel, S. M., de Lemos Santos, I. D., Medeiros, F. F., & Maciel, A. A. (2017). Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto/Self-care practices in the first year postpartum. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(3), 436-444. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31787>

Relvas, A. P.; Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In Canavarro, M. C.. Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN 972-8535-77-5.

Relvas, A. P. (2000). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 2ª ed. Edições Afrontamento, Porto. ISBN 972-36-0413-2.

Rezende, J. (2005). Obstetrícia (10ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Ribeiro, I., N., C., & Valido, S. (2006). Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido: concepções e percepções. *Enfermagem*, p.41, 35-46.

Royal college of nursing (2003). *Defining Nursing*. London: Royal College of Nursing. ISBN 020 7409 3333.

Rocha, F. A. A., Junior, A. R. F., Júnior, C. C. M., & Rodrigues, M. E. N. G. (2016). O enfermeiro da estratégia de saúde da família como promotor do aleitamento materno. *Revista Contexto & Saúde*, 16(31), 15-24. Recuperado de <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5967>HYPERLINK

Rocha, G. M., & Cordeiro, R. C. (2015). Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 13.2, 483-493. Doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2345>

Rodrigues, T. M. M., Vale, L. M. O., Leitão, R. A. R., Silva, R. M. O., Rocha, S. S., & Rubin, R. (1984). Maternal Identity and the Maternal Experience. *AJN The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480.

Santos, F. M. (2012). Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 6, n. 1., 383-387.

Santos, V.E.P. (2002). Refletindo sobre o cuidado de puérperas a seus recém-nascidos. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Florianópolis- SC.

Serrano, M. N. (2014). Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. Recuperado de <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/115958/000798622.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Silva, G. F. (2017). A influência do Enfermeiro no puérperio. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172681>

Silva, L. F., Alves, F. (2003). A saúde das mulheres em Portugal. Coleção Textos/37. Edições Afrontamento, Porto. 155 p. ISBN: 972-36-0614-3.

Silva, L. L. B., Feliciano, K. V. O., Oliveira, L. N. F. P., Pedrosa, E. N., Corrêa, M. S. M., & Souza, A. I. (2016). Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3).

Soares, H. (2008). O acompanhamento da família no processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. (Dissertação de Mestrado em ciências de enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de ciências biomédicas de

Abel Salazar).

Souza, A. B. Q., & Fernandes, B. M. (2014). Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11269/1/2014_art_abqsouza.pdf

Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures, Lusociência,. 383 p. ISBN 972-8383-29-0

Wendt, N. C. (2006). Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. (Dissertação Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em WWW: <URL: <http://tede.ufsc.br/teses/PPSIO227.pdf>

Williams, R. P. (1999). Dinâmica Familiar da gravidez. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. Enfermagem na maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência,. ISBN 972-8383-09-6. (pp.115-129).

Ziegel, E.E., Cranley, M.S. (1985). Enfermagem Obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.,. 696p.

ANEXOS

Exma. Sr^a. Coordenadora da UCSP de Penacova
Dr^a Isabel Espírito Santo

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas aos utentes do Centro de Saúde de Penacova – ACeS Baixo Mondego.

Filipa Alexandra Santos Oliveira, enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, serviço de Urgência e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a vossa excelência autorização para a recolha de dados no Centro de Saúde de Penacova, no período compreendido entre Fevereiro e Junho de 2017, aos utentes do referido serviço que aceitem participar no estudo.

Estes instrumentos são parte integrante da dissertação de mestrado que pretendemos desenvolver cujo título é “Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental.”, sob a orientação da Senhora Professora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes.

Os objectivos do trabalho são:

- Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto;
- Descrever como os casais enquanto díade parental fazem a transição para a parentalidade no período pós-parto.

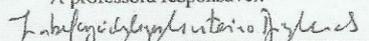
É importante salientar que a confidencialidade dos dados recolhidos é garantida, pois em nenhuma parte da entrevista é pedida a identificação dos utentes que voluntariamente se dispuserem a colaborar no estudo, assim como respeitar-se-á a sua privacidade, pois utilizaremos o auto-relato como método de abordagem. Em anexo encontra-se o instrumento de recolha de dados.

Antecipadamente gratas pela sua colaboração e disponibilidade, despedimo-nos atenciosamente.

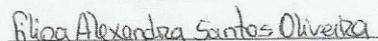
Pede deferimento,

Coimbra, Janeiro de 2017.

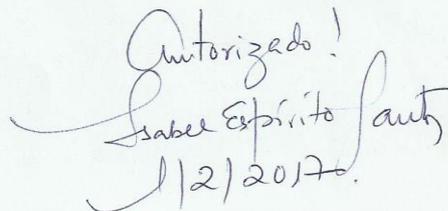
A professora responsável:


(Isabel Margarida M. M. D. Mendes)

A aluna:


(Filipa Alexandra S. Oliveira)

Contacto: Telemóvel :963407485; e-mail: fi.santos@hotmail.com



COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer Nº P235-10/2014

Título do Projecto: *Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela diáde parental.*

Identificação do Proponente

Nome(s): Filipa Alexandra Santos Oliveira

Afiliação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) identificar as necessidades da diáde parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária; b) descrever como os casais enquanto diáde parental fazem a transição para a parentalidade no período pós-parto. Para além destes objectivos, o estudo tem como finalidades: i) diminuir e/ou prevenir a ocorrência de problemas resultantes da gravidez, promovendo a saúde e a qualidade de vida das famílias e seus bebés; ii) conhecer os contributos proporcionados pelo enfermeiro na promoção da transição para a parentalidade no pós-parto, a partir da perspectiva das experiências vivenciadas pelos pais; iii) contribuir para a adaptabilidade do casal/família à nova situação/desenvolvimento em que se encontra.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa.

A amostra será não probabilística e intencional, constituída por casais da área de abrangência do Centro de Saúde de Penacova, Agrupamentos Centros de Saúde do Baixo Mondego, ARS Centro, IP.

Os critérios de inclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados os documentos de consentimento informado para todos os intervenientes. Não é apresentada a autorização das Instituições Intervenientes.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável, salvaguardando que a sua realização não pode dispensar a obtenção da autorização e colaboração das Instituições intervenientes.

O relator: *Maria Filomena Botelho*

Data:

O Presidente da Comissão de Ética:

Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, DA TECNOLOGIA E DO ALTO MARINHEIRO

APÊNDICES

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

GUIÃO DE ENTREVISTA

PROCEDIMENTOS INICIAIS

1º Momento

Data:

Local:

Objectivo:

Formalizar o pedido de colaboração às mães e aos pais para participarem no estudo, através do consentimento informado.

O que realizar:

- Apresentação da entrevistadora;
- Apresentação do estudo: tema, objectivos, relevância, motivo de realização das entrevistas e local de realização (na residência dos participantes);
- Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida;
- Entrega do documento escrito formal de pedido de consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respectiva assinatura do documento;
- Pedido de contacto pessoal para confirmação da data e hora da entrevista;
- Realização de ficha de identificação com dados sócio demográficos e obstétricos.
- M -----
- P-----

2º Momento

Entrevista nº:

Data:

Hora de início:

Hora de terminus:

Identificação codificada dos participantes

- M -----
- P-----

Objectivos:

- Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária;
- Descrever como os casais enquanto díade parental fazem a transição para a parentalidade no período pós-parto.

O que realizar:

- Apelar à partilha de informação sobre o que pensa, com o intuito de obter respostas sinceras e reais, que traduzam o mais fidedigno possível as suas vivências, opiniões e sentimentos sobre a temática;
- Informar que pode desistir em qualquer momento da entrevista.
- Agradecer a colaboração.

Questão Norteadora:

Agora que já decorreram alguns meses depois do nascimento do vosso(a) filho(a), gostaria que me falassem de como tem sido a vivência da parentalidade enquanto casal. Falem-me da vossa experiência desde a gravidez até ao momento.

Questões para a entrevista

- Depois do nascimento do vosso(a) filho(a), como têm vivenciado as mudanças na vossa vida diária e do casal? Querem falar-me de como tem vivido esta experiência?
- Como têm vivenciado os vossos papéis em relação ao cuidar do vosso(a) filho(a)?

- Como sentem o vosso relacionamento enquanto casal desde o nascimento do bebé?
- Sentem que tem tido algum tipo de apoio/suporte? Por parte de quem?
- Falem-me da vossa experiência com os profissionais de saúde desde a gravidez até ao período do pós-parto. Falem-me dos contributos dos cuidados de enfermagem para o desempenho do vosso papel de pais?
- Como sentem a ajuda da enfermeira durante toda esta vivência? Poderia ter sido diferente? Em que sentido?

3º Momento

PROCEDIMENTOS FINAIS

- Agradecer a colaboração;
- Solicitar e combinar a validação da transcrição da entrevista.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data: _____

Início da entrevista _____ Terminus da entrevista _____

Idade - Pai: _____ Mãe: _____

Local de residência: _____

Contacto: _____

Estado civil: _____

Habitação independente: _____

Habilitações literárias - Mãe: _____ Pai: _____

Actividade profissional - Mãe: _____ Pai: _____

Vínculo laboral - Mãe: _____ Pai: _____

Primeira gravidez? Sim ___ Não ___ N° Filhos ___ N° Abortos ___

Gravidez Viglada - Pela Mãe _____ Presença do pai _____

Local da vigilância da gravidez: _____ N° de consultas (+/-) _____

Frequência de Curso de Preparação para o Parto – Mãe _____ Pai _____

Presença do pai no parto – Sim ___ Não ___

Porquê? _____

Local de nascimento _____ Sexo do Bebê _____

Observações: _____

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Filipa Alexandra Santos Oliveira, sou Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, serviço de Urgência, mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar um estudo de investigação intitulado “Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental”.

Os objetivos deste estudo são: Identificar as necessidades da díade parental e as situações de risco relacionadas com o recém-nascido no período pós-parto, no âmbito da visitação domiciliária; Descrever como os casais enquanto díade parental fazem a transição para a parentalidade no período pós-parto.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo, agradecendo desde já a sua colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspectos que se pretendem cumprir rigorosamente.

• **Procedimentos:** Serão aplicadas questões sociodemográficas e obstétricas. Como procedimentos de recolha de informação teremos dois momentos:

- **1º momento** onde se procede à apresentação do estudo e ao pedido do consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respectiva assinatura do documento; é realizada a recolha de informação relativamente a dados sócio demográficos e obstétricos; e feito o pedido de contacto pessoal para confirmação da data e hora da entrevista.

- **2º momento** de recolha de informação: através da entrevista: a investigadora apela à partilha de informação sobre o que pensa, com o intuito de obter respostas sinceras e reais, que traduzam o mais fidedigno possível as suas vivências, opiniões e sentimentos sobre a temática; informando que pode desistir em qualquer momento da entrevista; procede à gravação em suporte digital da entrevista, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida.

O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando directamente com o investigador.

Riscos: Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de colaborar no desenvolvimento do conhecimento e expressar os seus pontos de vista sobre o tema da pesquisa.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não responder ao questionário, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

Confidencialidade: A garantia da confidencialidade será assegurada às participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados da investigação só serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 963407485.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O/A enfermeiro/a/ investigador/a

_____ (_____)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Filipa Alexandra Santos Oliveira, com o título “Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental”, fui informada sobre o âmbito, os objectivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação à Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do participante

_____ Data ___/___/201__

Assinatura do investigador

_____ Data ___/___/201__