

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





*Dedico este trabalho ao meu marido David e o meu filho João pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis...e aos meus pais por me mostrarem que sou capaz e por estarem sempre presentes.*



## **Agradecimentos**

Para a realização deste trabalho, contei com a colaboração de muitas pessoas, a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Paula Nelas, orientadora desta tese, pela confiança demonstrada, por todas as aprendizagens gratificantes que me permitiu alcançar, pautadas por uma simplicidade e sabedoria extremas que muito estimo e admiro. Não menos importante gostaria também de enaltecer o coorientador, Professor João Duarte por toda a paciência e disponibilidade que lhe é característico, o meu muito obrigada.

Agradeço à minha família, pelo encorajamento e apoio incondicional ao longo deste trabalho.

Às mães que se disponibilizaram para preencher o questionário.

A todos, o meu sincero agradecimento.



## Resumo

**Enquadramento:** A visita domiciliária no pós-parto, à puérpera, recém-nascido e família, permite uma intervenção precoce, identificando fatores de risco. Possibilita ainda a avaliação das competências parentais, num momento de transição para a parentalidade. Assim, a visita domiciliária no pós-parto promove a transição para a parentalidade ajudando no desenvolvimento de competências, poder de decisão e autonomia que possibilitem decisões livres e esclarecidas, promotoras da saúde, qualidade de vida e bem-estar.

**Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas, identificar alguns fatores que intervêm na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto, e analisar de que forma as variáveis sociodemográficas, obstétricas, puerperais e psicológicas (sintomas depressivos) influenciam a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária nos pós-parto.

**Métodos:** Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo e correlacional com amostra não probabilística de 122 puérperas, com uma média de idades de 32,1 ( $\pm 4,70$ ) anos. O instrumento de colheita de dados foi o questionário constituído por questões sociodemográficas, obstétricas, pela escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto (EAVDPP) (Almeida, Nelas, & Duarte, 2011) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996).

**Resultados:** Relativamente à satisfação das puérperas perante a visita domiciliária 43,4% considera-a muito adequada e 38,5% considera inadequada. A importância atribuída à visita domiciliária é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade e estado civil), variáveis obstétricas (número de partos, número de abortos, tipo de parto, curso de preparação para o parto e parentalidade) e dúvidas da puérpera sobre o puerpério.

**Conclusões:** A visita domiciliária no pós-parto é um contributo valioso enquanto estratégia promotora da transição para a parentalidade. Esta, possibilita a identificação precoce de potenciais riscos maternos, neonatais ou familiares, permitindo uma intervenção atempada e adequada no sentido de promover a saúde e o bem-estar no período puerperal.

## Palavras-chave

Puerpério, puérpera, visita domiciliária, transição para a parentalidade



## Abstract

**Background:** The postpartum home visit to the mother, newborn and close family allows early intervention, along with the identification of risk factors. It also allows the assessment of parental responsibilities in a key moment of the transition to parenthood. As a consequence, the post-natal visit promotes the transition to parenthood, and favors the development of essential skills, decision-making and autonomy, which will boost free and conscious decisions as well as health promotion, quality of life and overall well-being.

**Objectives:** To characterize the postpartum women socio-demographic and obstetric profile; to identify some key factors that influence the importance given by the postpartum woman to the post-natal visits and also to analyze the way how the socio-demographic, obstetric, postpartum and psychological variables (baby blues) interfere with the importance given by the postpartum woman to the post-natal visit.

**Method:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study with a non-probabilistic sample of 122 postpartum women in the average age group of 32,1 ( $\pm 4,70$ ). The data-collecting instrument used in this study was the questionnaire format made essentially of socio-demographic and obstetric questions, also the postpartum home visit assessment scale (EAVDPP) (Almeida, Nelas, & Duarte, 2011) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996).

**Results:** To what concerns the postpartum women satisfaction in relation to the home visit it can be acknowledged that 43,4% consider it to be very adequate, while 38,5% refer to it as inadequate. The role played by the home visit is influenced by several socio-demographic variables (age, nationality and marital status), as well as obstetric variables (number of deliveries, number of abortions, mode of delivery, birth preparation course and parenthood) and, last but not least, the doubts of the mother about the postpartum period.

**Conclusion:** The postpartum home visit is a valuable asset as a strategy that promotes the switch to parenthood. It allows early intervention against eventual maternal, neonatal and family risks, calling for timely and adequate action with the aim of promoting good health and well-being in the post-natal period.

### Keywords

Postpartum period, postpartum woman, home visits, transition to parenthood



# Índice

Lista de Figuras	XVII
Lista de Tabelas	XIX
Lista de Quadros	XXIII
Lista de Acrónimos	XXV
<b>Introdução</b>	<b>27</b>
<b>I Parte – Enquadramento teórico</b>	
<b>1. Puerpério</b>	<b>33</b>
1.1 Adaptação psicoemocional	34
<b>1.1.1 Blues pós-parto</b>	<b>35</b>
<b>1.1.2 Depressão pós-parto</b>	<b>36</b>
<b>1.1.3 Psicose puerperal</b>	<b>37</b>
1.2 Transição para a parentalidade no pós-parto	37
1.3 Suporte Social no período puerperal	39
<b>2. Visita domiciliária no puerpério</b>	<b>41</b>
2.1 Contributos dos EESMOG	44
<b>3. Visita domiciliária no CHUCB</b>	<b>47</b>
<b>II Parte – Estudo empírico</b>	
<b>1. Metodologia</b>	<b>53</b>
1.1 Métodos	53
1.2 Participantes	56
1.3 Caracterização sociodemográfica da amostra	57
1.4 Instrumento de colheita de dados	59
<b>1.4.1 Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)</b>	<b>60</b>
<b>1.4.2 Escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto (EAVDPP)</b>	<b>63</b>
1.5 Procedimentos formais e éticos	64
1.6 Análise de dados	65
<b>2. Resultados</b>	<b>67</b>
2.1 Análise descritiva	67
<b>2.1.1 Variáveis obstétricas</b>	<b>67</b>

2.1.2	<b>Variáveis contextuais ao parto e puerpério</b>	<b>71</b>
2.1.3	<b>Depressão pós-parto</b>	<b>76</b>
2.1.4	<b>Visita domiciliária</b>	<b>77</b>
2.2	Análise inferencial	81
<b>3.</b>	<b>Discussão</b>	<b>107</b>
3.1	Discussão metodológica	107
3.2	Discussão dos resultados	108
3.2.1	<b>Relação entre as variáveis sociodemográficas e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária</b>	<b>110</b>
3.2.2	<b>Relação entre as variáveis obstétricas e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária</b>	<b>112</b>
3.2.3	<b>Relação entre as dúvidas no período puerperal relativas à puérpera e RN e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária</b>	<b>116</b>
3.2.4	<b>Relação entre as variáveis psicológicas (sintomas depressivos) e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária</b>	<b>117</b>
	<b>Conclusão</b>	<b>119</b>
	<b>Referências bibliográficas</b>	<b>123</b>
	<b>Anexos</b>	<b>131</b>
	<b>Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira</b>	<b>133</b>
	<b>Anexo II - Autorização do Diretor do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira</b>	<b>137</b>
	<b>Apêndices</b>	<b>141</b>
	<b>Apêndice I - Instrumento de recolha de dados</b>	<b>143</b>
	<b>Apêndice II – Consentimento informado</b>	<b>149</b>

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Desenho da investigação do estudo

55



## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade das puérperas	57
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função da idade da puérpera	58
Tabela 3 – Caracterização da amostra em função da profissão	59
Tabela 4 – Estatísticas relativas ao número de gestações	68
Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais à gravidez em função do grupo etário	70
Tabela 6 – Estatísticas relativas ao número de partos	71
Tabela 7 – Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais ao parto e puerpério em função do grupo etário	74
Tabela 8 - Estatísticas relativas aos sintomas depressivos no pós-parto segundo a idade	76
Tabela 9 – Distribuição das participantes segundo o grupo etário em função dos sintomas depressivos no pós-parto	77
Tabela 10 – Estatísticas das dimensões da escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto	78
Tabela 11 – Distribuição das puérperas de acordo com a classificação da visita domiciliária no pós-parto	78
Tabela 12 – Distribuição das puérperas de acordo com a classificação da visita domiciliária no pós-parto e o grupo etário	79
Tabela 13 – Distribuição das puérperas de acordo com a classificação da visita domiciliária no pós-parto em função dos sintomas depressivos no pós-parto	80
Tabela 14 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e os grupos etários	82
Tabela 15 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a nacionalidade	82
Tabela 16 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o estado civil	83
Tabela 17 – Teste de Kruskal - Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e a escolaridade	84

Tabela 18 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a situação profissional	84
Tabela 19 – Teste t para diferença de médias entre a residência e a escala da visita domiciliária no pós-parto	85
Tabela 20 – Teste de Kruskal - Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e o número de gestações	86
Tabela 21 – Teste t para diferença de médias entre o número de partos e a escala da visita domiciliária no pós-parto	87
Tabela 22 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a existência de abortos	87
Tabela 23 – Teste de Kruskal - Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e o tipo de parto	88
Tabela 24 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o tipo de agregado familiar	89
Tabela 25 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o número de consultas	89
Tabela 26 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o planeamento da gravidez	90
Tabela 27 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a vigilância da gravidez	91
Tabela 28 – Teste de Kruskal - Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e o local de vigilância da gravidez	91
Tabela 29 – Teste t para diferença de médias entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e a visita domiciliária no pós-parto	92
Tabela 30 – Teste t para diferença de médias entre as dúvidas relativas ao puerpério e a visita domiciliária no pós-parto	93
Tabela 31 – Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e as dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido	94
Tabela 32 – Correlações de Pearson entre ensino e variáveis independentes	96
Tabela 33 – Correlações de Pearson entre importância e variáveis independentes	98
Tabela 34 – Correlações de Pearson entre empatia e variáveis independentes	100

Tabela 35 – Correlações de Pearson entre informação e variáveis independentes	102
Tabela 36 – Correlações de Pearson entre visita domiciliária e as variáveis independentes	104



## Lista de Quadros

Quadro 1 – Causas de Urgência de recém-nascidos (Primeiros 28 dias) – CHUCB 2016	48
Quadro 2 – Causas de Urgência nos primeiros 30 dias de puerpério – CHUCB 2016	49
Quadro 3 – Consistência interna da escala de Edimburgo para depressão pós-parto e correlações item/total da escala e respectivos valores <i>Alpha de Cronbach</i>	63
Quadro 4 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e o ensino	97
Quadro 5 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e a importância	99
Quadro 6 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e a empatia	101
Quadro 7 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e a informação	103
Quadro 8 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e a visita domiciliária	105



## Lista de Acrónimos

BPP	Blues pós-parto
Cf.	Conforme
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CID	Classificação internacional de doenças
CV	Coefficiente de variação
Dp	Desvio padrão
DPP	Depressão pós-parto
EESMOG	Enfermeiro especialista saúde materna obstétrica e ginecologia
EAVDPP	Escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
H	Hipótese
K	Curtose
N	População
Nº	Número
N	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
Ord.	Ordenação
P	Probabilidade de significância
p.	Página
PPP	Curso de preparação para o parto e parentalidade
R	correlação
RA	Resíduos ajustados
REPE	Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros
RN	Recém-nascido
Sk	Assimetria (skewness)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TVP	Trombose venosa profunda
UMW	Teste U de Mann Whitney
UNICEF	United Nations Children's Fund
VD	Visita domiciliária
Vs	versus
X <sup>2</sup>	Teste de Kruskal-Wallis



## Introdução

A vida de muitas mulheres passa por uma multiplicidade de vivências entre as quais o nascimento de um filho. É um acontecimento muito marcante, não só para a mulher, mas também para o homem enquanto casal, sendo uma situação de extrema complexidade por todas as transformações que advém do pós-parto. No entanto, na maioria dos casos é uma transição saudável, contudo, por vezes, surgem dificuldades na adaptação a esta nova fase e na alteração de papéis.

A necessidade da mudança, quer pela mulher quer pelo homem, é fisiológica, mas por vezes pode tornar-se conturbada aumentando os níveis de ansiedade. São necessárias estratégias de aprendizagem entre casal/ família nuclear e alterações daí decorrentes como mudança de rotinas do casal, novo papel de mãe e pai. De forma a facilitar toda esta adaptação/transição para a parentalidade surge o profissional de saúde com impacto relevante na ajuda nesta transição.

O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecologia (EESMOG), tem um papel fundamental no ensino à mulher, enquanto grávida e mãe, para que possa adquirir autonomia e competências possíveis para uma maternidade saudável. Tem, também a responsabilidade de prever situações de risco e saber encaminha-las de forma a dar resposta o mais atempadamente possível não trazendo consequências negativas à mulher/casal/recém-nascido.

O período pós-parto exige compromisso do EESMOG, no cuidar em parceria com a puérpera/família, no sentido de apoiar, ajudar, esclarecer, informar, treinar, oferecer suporte que facilite a transição para a parentalidade. Pretende-se com estas medidas, a manutenção da integridade, promoção da saúde e qualidade de vida (Pinto, 2017).

O papel do EESMOG é fundamental na adaptação da mulher, enquanto mãe, nos dias que permanece internada na maternidade, ensinando a criar estratégias de *empowerment* e *coping*. Para isso contribui, certamente, toda a informação e formação que lhe é prestada no período pré-natal, durante o internamento na maternidade e período puerperal, após alta clínica do hospital. Contudo depreende-se que a permanência na maternidade é curta (por vezes 48 horas) podendo a aprendizagem dos conteúdos ensinados e toda a informação e treino fornecido não ser suficiente.

Face ao período tão peculiar que é a maternidade a visita domiciliária no pós-parto surge como uma atividade de extrema importância, não só para auxiliar a mãe, como o próprio casal, família e recém-nascido. É no domicílio que o EESMOG consegue garantir continuidade dos cuidados de saúde exercendo cuidados diretos, personalizados e adaptados a cada família, conduzindo a uma maior autonomia e independência (Ribeiro L. M., 2014).

A visita domiciliária permite que o EESMOG realize intervenções focadas nas necessidades reais da puérpera/ família, adequando os planos de cuidados e os seus recursos. Nesta intervenção, o enfermeiro assume diferentes papéis, como o de educador, supervisor e coordenador detendo, portanto, competências para impulsionar boas práticas nos cuidados de saúde.

Partindo destes pressupostos, delineamos como questão de investigação pivô do nosso estudo:

- Que fatores interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?

Para além desta questão procuramos ainda respostas para as seguintes questões:

- Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes no estudo?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional, residência) na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária?
- Que impacto têm as variáveis obstétricas (gestação e paridade, abortos, tipo de parto, agregado familiar, vigilância, planeamento e número de consultas na gravidez, curso PPP) na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?
- Em que medida as variáveis de contexto puerperal (dúvidas) interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?
- Que variáveis psicológicas (sintomas depressivos) são preditoras da visita domiciliária?

Neste sentido, foi delineado como objetivo geral:

- Identificar fatores que interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto;

Como objetivos específicos pretendemos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas;
- Identificar alguns fatores que intervêm na importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto;
- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas, obstétricas, puerperais e psicológicas (sintomas depressivos) influenciam a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar nos pós-parto.

Para o desenvolvimento do estudo optou-se por um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, analítico e em corte transversal.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes, enquadramento teórico e estudo empírico. Na primeira parte descrevemos o enquadramento das perspectivas teóricas da problemática, consideramos pertinente num capítulo, uma breve abordagem sobre puerpério, transição para a parentalidade, suporte social no pós-parto, visita domiciliar no pós-parto e contributos do EESMOG.

A segunda parte consta do trabalho empírico, dividido em três capítulos, metodologia, resultados e discussão.

Na metodologia é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adotados desde a seleção da amostra até à sua caracterização, descrevendo os instrumentos e métodos de recolha de dados.

Nos resultados é feita a apresentação e análise estatística aplicada aos dados, e a análise inferencial dos resultados.

Na discussão são apresentados os resultados da investigação relacionando-os com estudos de outros autores, analisando assim a pertinência dos mesmos.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, nas quais é apontada a implementação de programas de apoio estruturados e devidamente monitorizados neste domínio.

Salientamos ainda que a colheita de dados foi realizada num Hospital da zona centro de Portugal, entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário, dividido em três partes. A primeira, permite caracterizar a amostra, a segunda a história obstétrica e a terceira parte inclui a escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto (EAVDPP) e a escala de avaliação da depressão pós-parto. Após a colheita de dados, procedemos ao tratamento estatístico com recurso do programa SPSS v.25.

**I PARTE**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. Puerpério

O puerpério, ou pós-parto caracteriza-se como fase ativa do ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e metabólica e que acarreta alguns desconfortos que influenciam o bem-estar físico e emocional da mulher. (Oliveira, Quirino, & Rodrigues, 2012) (Rezende, 2005).

De acordo com Camarneiro (2012) há uma readaptação psicológica ao nível da imagem corporal bem como um reajustamento psicossocial e readaptação aos novos papéis na família.

A inexperiência de cuidar de um recém-nascido, alterações da rotina, a consolidação da relação mãe-filho, pais-filho e de relacionamento familiar são também fatores que influenciam na alteração do estado de equilíbrio. É um período de grande vulnerabilidade emocional para a mulher, com expressões de dúvidas, incertezas, antecedido de uma gravidez caracterizada por profundas alterações ao nível somático, endócrino e psicológico (Torre M. A., 2001).

A literatura obstétrica é unânime na definição do período de puerpério e no seu início após o parto, contudo relativamente ao seu final as opiniões variam entre 6 a 8 semanas, o que se justifica pela indeterminação quanto aos sinais do término desse período, quando os órgãos e sistemas retornam ao estado pré-gravídico. (Lowdermilk & Jesen, 2008).

Este período divide-se em três etapas específicas: puerpério imediato, que corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento; puerpério precoce, que se inicia após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana e o puerpério tardio que se prolonga até ao final da sexta semana ou quadragésimo dia (Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999; Aranha, 2001; Andrade, 2000; Rezende Filho e Montenegro, 2008).

O puerpério precoce constitui um momento de crise, em que surgem as dúvidas de forma fluente tanto em relação à condição da puérpera como ao recém-nascido e é nesta fase que surge a alta precoce da maternidade. O puerpério tardio assume-se como um período ainda mais problemático, na medida em que o casal, pode sentir-se desamparado. (Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999).

As alterações físicas inerentes do puerpério são valorizadas, ainda nos dias de hoje, as, mas dá-se cada vez mais importância às alterações emocionais sendo a puérpera o principal agente na promoção do seu bem-estar. Sendo, portanto, de extrema importância toda a informação e formação fornecida à mulher enquanto grávida no período pré-natal, no seu internamento como puérpera e no seu domicílio enquanto mãe após a alta clínica (Mendes A. , 2014).

De acordo com a mesma autora o período que a puérpera permanece internada na maternidade deveria ser o suficiente para a assimilação da informação fornecida e aquisição de competências para cuidar de si e do filho. Contudo nem sempre é possível a sua concretização uma vez que uma puérpera/recém-nascido (RN) de parto eutócico, não surgindo qualquer intercorrência, tem alta cerca de 48 horas após o parto. Estas 48 horas não são suficientes para que as competências sejam adquiridas na sua plenitude embora sejam feitos esforços pela equipa de enfermagem para que estas sejam as necessárias para promover o bem-estar da puérpera/RN/família.

Idealmente a consolidação das competências adquiridas pela mulher de como cuidar de si e do RN deveriam ser feitas no domicílio com intervenção do enfermeiro ainda na primeira semana pós-parto. No entanto, o que acontece é que o acompanhamento da puérpera nem sempre é feito de um modo regular pelos profissionais de saúde.

Muitas vezes o único acompanhamento realizado é durante a consulta de revisão puerperal ou o que tem a ver com a avaliação do peso da criança e com o rastreio de doenças metabólicas no RN. Sabendo que o tempo de espera pela consulta de revisão puerperal ou de saúde infantil (consulta de 1º mês de vida do RN) poderá ser cerca de trinta dias, quer no público ou privado, o contacto da puérpera desde a alta clínica após o parto com um profissional de saúde, quer enfermeiro ou médico é escasso.

Sendo que é nestes 30 dias após o parto que surgem as principais dificuldades na adaptação ao novo papel de mãe, na adaptação às alterações físicas, psicológicas e sociais, e nos cuidados do filho, compreende-se assim a importância do acompanhamento da mulher no puerpério. Associado ao referido é neste período, também, que muitas vezes as mulheres se encontram sozinhas com os seus filhos. A puérpera vive, muitas vezes, o período do pós-parto, de um modo um pouco isolado.

O acesso à informação acerca do puerpério e RN é vasto e ao alcance da maioria das pessoas, contudo nem sempre esta é a mais correta, sendo o ideal que todas as

mulheres recebessem informação nas aulas de preparação para a parentalidade, durante o período pré-natal.

### 1.1. - Adaptação psicoemocional

O nascimento de um filho é considerado um período de transição, pelas alterações pessoais e interpessoais que a mulher é sujeita. O puerpério é a conciliação de uma nova identidade, a materna, de aprendizagem a um novo papel, o de mãe, de adaptação a um novo elemento da família, o filho, que leva a uma adaptação das relações familiares e também sociais. É um evento determinante na vida de uma mulher/casal e é simultaneamente um acontecimento mágico, inebriante, cheio de inúmeras expectativas, mas também stressante por toda a complexidade desta alteração de vida (Mendes I. , 2007).

É durante a gravidez que a mulher inicia a sua adaptação não só à sua condição física como também a toda a alteração hormonal a que é sujeita, é, portanto, um período de preparação, tanto física como psicológica.

O pós-parto é um período em que todos os sentimentos e emoções oscilam, a vivência de uma alegria enorme com o nascimento de um filho, contrastando com o cansaço, desalento e tristeza que a mulher possa sentir.

Esta é de todas as fases da vida da mulher, o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Torna-se, então, o regresso a casa, onde no passado residiam apenas duas pessoas (no caso de primíparas) a ser um local de insegurança pois o apoio dos profissionais de saúde foi deixado no hospital e onde terá que haver uma reorganização individual e conjugal. (Cantilino & al., 2010)

Existem diversos transtornos relacionados com o pós-parto como o Blues pós-parto (BPP), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose pós-parto todas com características e fases de aparecimento distintas. Segundo a Organização da Saúde pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (Saúde O. M., 2008) os transtornos psíquicos que surgem no puerpério derivam da fragilidade psicológica que a mulher é sujeita sendo o parto o fator desencadeante.

### **1.1.1 Blues pós-parto**

O Blues pós-parto (BPP) é caracterizado por episódios depressivos associados a crises de choro e melancolia com perturbação transitória do humor e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas.

Esta alteração de humor, segundo Canavarro (2001), é consequente da enorme alteração psíquica pela qual a mãe passa na adaptação com o seu filho, podendo ser uma reação de ajustamento.

Os sintomas são habitualmente choro fácil, labilidade emocional, perturbação do sono, irritabilidade e é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais. Têm início nos primeiros dias após o nascimento do RN atingindo um pico ao quarto/ quinto dia do pós-parto e moderam de uma forma natural e espontânea após duas semanas.

O tratamento depreende-se principalmente pelo apoio emocional e suporte físico com vigilância da sua evolução (Cantilino & al., 2010) (Mendes M. L., 1991).

Considera-se também, segundo a literatura, que se os sintomas do BPP não desaparecerem após algumas semanas ou se esses sintomas se intensificam, poderá estar presente uma depressão pós-parto (DPP).

### **1.1.2 Depressão pós-parto**

A depressão pós-parto caracteriza-se por humor deprimido, alteração do sono, sentimentos de inutilidade ou culpa, perda de interesse pelas atividades, fadiga e pensamentos de morte ou suicídio e este quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto (Cantilino & al., 2010).

A etiologia da DPP relaciona-se com uma diversidade de fatores entre os quais, meio social desfavorável, antecedentes pessoais de depressão, sintomas depressivos na gravidez, antecedentes familiares de depressão, necessidade de adaptação às características do filho real; isolamento social da mulher, privação do sono. Pelo contrário os fatores de proteção para prevenir a doença prendem-se essencialmente pelo apoio e suporte familiar da puérpera, mas também pela elevada autoestima e otimismo com vista às alterações que advêm com a maternidade (Mendes A. , 2014).

Para Cox (1987) as mulheres nem sempre pedem ajuda durante esta fase por não reconhecerem nem valorizarem os sintomas acresce também o facto de nem elas nem os

familiares mais próximos estarem sensibilizados para lidar com as características desta perturbação.

### **1.1.3 Psicose puerperal**

A psicose puerperal é considerada a perturbação psiquiátrica mais grave, tendo início nas primeiras duas ou três semanas após o parto, sendo caracterizada por perturbações mentais graves e agudas frequentemente alucinatórias (Cantilino & al., 2010).

É de início abrupto, contudo é uma patologia pouco frequente, com uma incidência de 0,1% a 0,2% (Bloch, Rotemnberg, Koren, & Klein, 2003) e é considerada uma emergência médica obrigando à hospitalização da puérpera.

Como sinais e sintomas pode-se encontrar fadiga, insónias, episódios de choro fácil ou labilidade emocional contudo devido às características psicóticas da doença há um risco grande, tanto para a mãe como para o filho (Kaplan, 2007).

A etiologia da psicose puerperal tem uma forte componente biológica como por exemplo o hipotiroidismo, toxemia, medicação para a dor e anemia relacionada com infeções causadas por bactérias, vírus ou parasitas (Mendes A. , 2014).

## **1.2 - Transição para a parentalidade no pós-parto**

Por transições compreende-se o período entre estados completamente estáveis, ou seja, são pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, que conduzem a novas auto-concepções (Meleis A. I., 2010)

Por esta razão, as transições recaem no domínio da pesquisa em enfermagem, quando são pertinentes para a saúde ou para a doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o enfermeiro pode e deve atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. (Tavares M. F., 2014)

O conceito parentalidade pode ser entendido como um “conjunto de ações” principiadas pelas figuras parentais junto dos seus filhos no sentido de promover o seu

desenvolvimento da forma mais completa, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade (Cruz, 2005, p. 13), assumindo a tríade um papel de destaque neste processo, em que os pais são os principais agentes da socialização do filho, ao nível comportamental, emocional e de desenvolvimento cognitivo e, simultaneamente, desempenham funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar em um ambiente de afeto e apoio (Relvas, 2006).

As transformações biopsicossociais da gravidez apresentam um peso fundamental na transição da mulher, que até então era um ser independente e autossuficiente passando a ser uma mulher com compromisso de total dependência para com o filho (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2002). A resolução destas transformações não são homogêneas, iniciando-se na gravidez, prolongando-se no pós-parto até a conclusão do processo com sucesso.

O período pós-parto compreende um tempo crítico de transição em termos fisiológicos, psicológicos, relacionais e sociais quer para a mulher, como para o RN e companheiro, e para a sua família. As transições são habitualmente acompanhadas de ansiedade, insegurança, apreensão, medo de falhar, mas também de satisfação.

Podem ser notadas três fases à medida que a figura materna se ajusta ao seu papel parental, caracterizadas por comportamentos dependentes, seguindo-se de dependentes-independentes e posteriormente comportamentos interdependentes (Lowdermilk & Jesen, 2008).

Em relação a esta fase de transição da vida da mulher é importante abordar as seguintes tarefas desenvolvimentais (Ribas, 2014):

- reavaliação e reestruturação da relação com os pais;
- reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge;
- construção da relação com a criança enquanto pessoa separada;
- reavaliação e reestruturação a sua própria identidade.

A relação conjugal que existe é também afetada pelo nascimento de um filho não só pela divisão da prestação de cuidados para com o bebé mas também pelo relacionamento sexual (Graça, 2017) (Mendes I. , 2007). De acordo com os mesmos

autores os níveis de satisfação conjugal diminuem nesta fase sendo necessário estratégias de adaptação à parentalidade para ambos.

Partilha de ideias, medos, receios, dúvidas são fundamentais não só para a união da recém família como também para o alcance de maiores níveis de satisfação (Relvas, 2006). É uma fase de extrema importância na construção da relação com a criança na aceitação dos seus comportamentos e desenvolvimentos integrados ao longo do exercício da parentalidade.

A reestruturação que cada individuo tem que fazer individualmente e como casal afeta áreas intrínsecas como a proteção da criança, a promoção do seu crescimento, a automatização, o investimento, as expectativas, a aceitação da nova identidade, tornando-se questões essenciais associadas à parentalidade (Canavarro & Pereira, 2001).

Em suma o casal enquanto família e pessoa unipessoal terá que adaptar-se a sua nova condição, construindo os seus objetivos conjuntos e pessoais, avaliar as expectativas, refletir e avaliar os ganhos e as perdas integrando os novos papéis enquanto pais na sua fase da vida.

O individuo passa a adquirir novos papeis no seio familiar e social, passa a ser pai/mãe e não filho/a ou marido/esposa. Os pais passam de uma forma mais ativa a estimular a sua paciência, criatividade, autoestima exigida com a educação de um filho.

“O grande desafio é levar essas tarefas a bom termo sem negligenciar a relação conjugal.” (Relvas & Lourenço, 2001, p. 113)

### 1.3 - Suporte Social no período puerperal

A dimensão psicossocial da mulher no processo de adaptação à gravidez e parentalidade é apontada como o ponto fulcral, no entanto o companheiro e a mãe da mulher são também referidos como agentes principais na aceitação social (Mendes I. , 2002) (Torre M. , 2001).

A maternidade envolve mudanças importantes na vida da mulher a qual tenta arranjar mecanismos de defesa para uma melhor adaptação (Silva S. , 2012). Permite também refazer a sua representação enquanto recém mãe uma vez que os laços afetivos entre mãe e filho não ocorrem automaticamente (Luca, 2005). De acordo com o mesmo

autor as interações mãe-filho iniciam-se na gravidez criando no subconsciente da mulher a representação do seu filho.

Por toda a transformação a que a mulher é sujeita, não só a nível físico mas principalmente psicoemocional, considera-se muito importante o suporte social e familiar de forma a que a vivência dessa transição seja positiva (Schumacher & Meleis, 2010).

Relativamente às mudanças relacionais e sociais no pós-parto, é necessário ter em conta que este período constitui um tempo de adaptação e ajustamento para o casal. Os novos pais estão frequentemente repletos de tarefas relacionadas com o bebé, sendo comum o cansaço, medo e ansiedade.

Nesta fase de transição, o verbalizar e aceitar as experiências de gravidez e nascimento ajuda os pais a passarem à fase seguinte, realçando que, “se a mãe teve o apoio e os cuidados necessários nas primeiras horas ou dias, pelo segundo ou terceiro dia deseja tornar-se independente nas suas ações” (Lowdermilk & Jesen, 2008, p. 531).

Atualmente com o nascimento de um filho deparamos nos com a aproximação da família (principalmente dos recém avós) no entanto existem muitas famílias a residir longe do local de origem não podendo oferecer o apoio necessário nesta fase de transição e adaptação. Passam a ser os amigos e vizinhos a ajudar a construir esse processo de transição e a dar apoio social ao partilharem as suas experiências vividas (Mendes I. , 2007) (Bayle, 2005).

Família, amigos e vizinhos são referidos como agentes principais no processo de transição e adaptação da mulher a esta nova fase, mas outro tipo de apoio mencionado são as linhas de apoio por via telefónica. Estas são de extrema importância pois, muitas das vezes, fazem ligação entre os serviços existentes (internamento, consulta, urgência). Outro agente principal é o serviço domiciliário proporcionando apoio e proximidade do profissional de saúde e a recém família (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2002).

O apoio dos avós, do recém-nascido, torna-se fundamental nesta fase de transição do casal tornando-se muitas vezes a família mais unida. Contudo o excesso de zelo ou interferência dos mesmos pode provocar alguma instabilidade no casal de forma a eles próprios se adaptarem ao recém-nascido.

## 2. Visita domiciliária no puerpério

A assistência no domicílio é uma atividade associada aos cuidados de saúde primária, no sentido de responder às necessidades que surjam e apoio a pessoas que de forma permanente ou por um determinado período de tempo estão incapacitadas, ou se encontrarem em situações particulares, como são as puérperas. A OMS define assistência domiciliar como a “provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas com um nível máximo de cuidados, incluindo cuidados para uma morte digna”. (OMS, 2003, p. 10).

A visita domiciliária é entendida como “a estratégia que permite aos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, aproximarem-se do domicílio do utente e da sua família, tornando possível conhecer o seu meio físico e psico-social” (enfermeiros, 2011, p. 1).

A visita domiciliária (VD) realizada pelo enfermeiro permite uma intervenção focada nas necessidades reais da pessoa, da família ou da comunidade, adequando os planos de cuidados segundo os recursos da família e da pessoa como utente.

A visita domiciliária apresenta-se como: “um instrumento de proximidade aos habitantes de uma localidade, que permite uma visão holística das famílias alvo dos cuidados de saúde, potenciando melhores estratégias para que se mudem padrões de comportamento e se promova uma melhor qualidade de vida. (...) Neste tipo de intervenção, o enfermeiro assume diferentes papéis, desde o de educador, ao de gestor de caso junto da equipa multidisciplinar”, (Abreu, s.d., p. 1).

Quanto à visita domiciliária à mãe e recém-nascido, esta tem como objetivo promover a relação de proximidade entre equipa de saúde, mais especificamente o enfermeiro, e a família, bem como conhecer as condições familiares e habitacionais em que a criança se encontra e o estado de saúde tanto da mãe como do RN. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A visita domiciliária no pós-parto, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 5): “é uma estratégia com objetivos específicos bem delineados e estruturados, cada um dos quais com atividades que se querem realistas e adequadas aquela família e ao momento atual que vive. Os objetivos são: realizar o exame físico ao recém-nascido; avaliar a dinâmica familiar; avaliar as condições habitacionais e despistar fatores de risco relacionados com as mesmas; promover o aleitamento materno e proceder à educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas”.

Desta forma, consideramos a visita domiciliária no puerpério de extrema importância, porque permite avaliar o papel da puérpera na família, a família e a adaptação da mesma ao novo elemento, permite igualmente observar a interação entre os elementos da família, o ambiente familiar, as condições sócio-económicas e habitacionais, as condições físicas e emocionais em que se encontra a puérpera e o tipo de necessidades educacionais necessárias (Teixeira & al, Visita domiciliar puerperal, 2009).

Segundo a UNICEF (United Nations Children's Fund) a visita domiciliária pós-parto deverá ser o mais precoce possível para que haja uma continuidade dos cuidados prestados a nível hospitalar transponíveis para o domicílio. Recomenda que esta visita seja feita na primeira semana de vida após o parto. Permite com isso, também, uma ligação entre a família aos sistemas de saúde (Unicef, 2009).

A visita domiciliária no pós-parto é comumente referida, em alguns países europeus, como uma intervenção de promoção da saúde mental da mãe, criança e da família (Loureiro, Goes, Maia, da Câmara, & Nunes, 2009). Referem ainda que a sua realização deve ser precoce, se possível até antes do parto, no sentido de promover a transição para a parentalidade, o bem-estar materno e paterno para o vínculo com o bebé.

Alguns estudos realizados na Europa demonstram os benefícios da visita domiciliária no pós-parto com a adoção de comportamentos saudáveis nas famílias, redução do stress, promoção de parentalidade positiva e saúde mental positiva, melhoria do bem-estar parental (Christie & Bunting, 2010) (Aston, et al., 2015).

A nível nacional esta temática tem vindo a ser cada vez mais estudada mostrando ser uma atividade de excelência, contudo devem ser realizados mais estudos de forma a monitorizar esta atividade.

Vários estudos demonstram a importância da visita domiciliária na promoção do aleitamento materno (Filipe, 2011) (Ribeiro L. M., 2014) na prevenção de patologia psiquiátrica e uma adoção de saúde mental positiva (Almeida, Nelas, & Duarte, 2011) (Pereira M. I., 2012). Apesar das evidências algumas puérperas ainda consideram insuficiente a visita domiciliária no pós-parto (Claro, 2014).

Outros estudos comprovam que a visita domiciliária no pós-parto tem um impacto fundamental no indivíduo, família e comunidade proporcionando o foco fundamental que é a promoção da saúde (Pascoal, 2016).

A visita domiciliária no pós-parto, em Portugal, é uma atividade referida e recomendada em vários documentos entre os quais: Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 (MS, 2012); e Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

Como referido anteriormente, nesta fase devido a curta estadia a nível hospitalar as mulheres sentem dificuldade na apreensão da informação que lhes é fornecida, então as VD de enfermagem surgem como uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas e deteção precoce de possíveis complicações no pós-parto. O enfermeiro deve adequar a sua visita às dificuldades encontradas e manifestadas pela puérpera e casal, deve também capacitá-la(os) à adaptação a esta nova fase do seu ciclo de vida.

Capacitar, informar, ensinar, treinar, detetar, avaliar e adequar são pontos fundamentais e fulcrais que o enfermeiro deve ter presente aquando uma visita domiciliária no pós-parto. Deve também proporcionar à mulher e casal um sentido de confiança para que estes consigam expressar os seus sentimentos, dificuldades e inexperiência nos seus novos papéis (Torre M. , 2001).

Os enfermeiros estão aptos, também para encaminhar, a puérpera e recém-nascido, para recursos na comunidade, proporcionando melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Lowdermilk & Jesen, 2008). Devem facilitar a criação de uma relação de confiança logo no primeiro contacto para conhecerem rapidamente a estrutura e dinâmica familiar.

No processo da visita domiciliária, o primeiro contacto revela-se fundamental para as intervenções posteriores com a família, deve ser caracterizado por reciprocidade de interação e disponibilidade, o que facilita a criação de uma relação de confiança. Isto leva a que o enfermeiro tenha oportunidade para identificar as necessidades, os recursos, a rede de apoio, as crenças e os valores da família e para conhecer também a sua estrutura e dinâmica familiar (Jansson, Petersson, & Uden, 2001).

A VD no pós-parto apresenta então como vantagens, segundo Teixeira (2009):

- Melhor relacionamento entre família e profissional de saúde;
- Levar os conhecimentos para dentro do meio familiar;
- Verificar condições habitacionais e sociais;
- Maior liberdade para a mulher expor as suas dificuldades;
- Criação de um ambiente mais humanizado e centrado no próprio/ família;
- Disponibilização de mais tempo, logo melhor intervenção do profissional;

- Agendamento precoce favorece a receptividade de toda a família ao profissional e contribui para a redução de gastos hospitalares.

Desvantagens ou limitações da visita domiciliar (Teixeira & al, 2009):

- Indisponibilidade dos indivíduos e família, que pode impossibilitar ou dificultar a realização da VD;
- Gasto de tempo, na deslocação e na visita propriamente dita;
- Visita agendada previamente pode induzir a família a mascarar alguma situação o que não aconteceria se não houvesse agendamento.

Em suma a VD no pós-parto tem como objetivos, segundo Queiroz (1998), aumentar a autonomia e autorresponsabilização da puérpera e família; interação e relação profissional-puérpera/ família; avaliar as capacidades e necessidades de aprendizagem dos pais e proporcionar-lhes instruções no âmbito da educação para a saúde do recém-nascido; identificar situações de labilidade emocional, na puérpera, ou de crise familiar que interfiram na capacidade de estabelecimento de um vínculo afetivo estimulante para o bebé e gratificante para o casal; dar reforços positivos sobre a capacidade da mãe em desenvolver habilidades para cuidar do filho, fornecendo material informativo (folhetos ou informação de programas de apoio); prestar cuidados diretos à puérpera e/ou criança e identificar situações que indiquem um encaminhamento para especialistas ou outros recursos da comunidade.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2011) não existe qualificação do profissional de enfermagem mais indicado para realizar a VD. Consideram que nesta fase do puerpério tanto é indicado um enfermeiro especialista de saúde materna, obstetrícia e ginecologia, especialista em enfermagem saúde infantil e pediátrica, enfermeiro especialista em saúde mental ou outro de acordo com as necessidades indicadas a cada situação. Na maioria das vezes são enfermeiros de cuidados gerais, nomeadamente os que trabalham no centro de saúde, a realizar esta atividade num contexto de prestação de cuidados à família.

## 2.1 - Contributos dos EESMOG

O enfermeiro especialista, surge segundo o REPE em 1996 e é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de

enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Saúde M. , 1996). Contudo a Ordem dos enfermeiros criou vários grupos de enfermeiros especificando as competências para cada especialidade de enfermagem. É concebido, assim, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia e em 2010 é aprovado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica (Obstétrica, 2010).

Segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica o EESMOG tem competências específicas para o exercício das seguintes atividades (República, 2011):

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (Obstétrica, 2010) o EESMOG tem competências amplas podendo exercer o seu exercício em meio hospitalar ou privado, no domicílio ou comunidade.

É um profissional responsável pela promoção do autocuidado da mulher (em todas as fases da vida) e pela sua assistência. É responsável, também, pelos cuidados que presta

diretamente à mulher e pela identificação precoce de situações de risco e que necessitem de outros níveis de cuidados.

Em suma o EESMOG tem um papel fundamental na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.

### **3. Visita domiciliária no CHUCB**

No CHUCB o serviço de apoio domiciliário no pós-parto foi criado no ano de 2015, no sentido de prestar apoio especializado no domicílio às famílias. Foi realizado o levantamento de dados de todas as consultas efetivas no serviço de urgência, quer por puérperas quer por recém-nascidos até 30 dias pós-parto, e elaborado um projeto para apresentação ao conselho administrativo do CHUCB.

No projeto (denominado por CONTACTOB) foram abordadas as vantagens (quer para a família como para o centro hospitalar), os custos associados (custo da deslocação, enfermeiro, material versus consulta efetivada na urgência) e benefícios (satisfação dos clientes/puérpera/família).

Verificou-se que no ano da colheita dos dados, ano 2013, 93 recém-nascidos (120 episódios) durante o primeiro mês de vida foram assistidos no serviço de urgência por motivos, que segundo a bibliografia consultada e estudos publicados, podem ser, na sua maioria prevenidos ou resolvidos com cuidados no domicílio.

Durante o mesmo período, 96 mulheres foram assistidas no serviço de urgência obstétrica, num total de 115 episódios, que poderiam ser evitados com cuidados ao domicílio pois embora a principal intervenção de enfermagem, durante a visita domiciliária se centre no aconselhamento, apoio ou ensino dirigido, podem ainda ser prestados outros cuidados de saúde, como por exemplo o tratamento à ferida cirúrgica da puérpera. Pretende-se, portanto, com a visita domiciliária no pós-parto a diminuição das idas ao hospital (por motivos desnecessários) e o acompanhamento global da mãe e recém-nascido inseridos no seu ambiente familiar.

A realização desta atividade está a cargo de um grupo de enfermeiros especialistas de saúde materna, obstetrícia e ginecologia com a periodicidade de 2 vezes por semana no período da manhã com agendamento prévio.

Durante a deslocação fazem-se acompanhar com o material necessário para prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido e um guia de apoio onde é assinalado tudo o que é observado ou realizado.

No período compreendido entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2016, foram programadas 958 visitas domiciliárias (477 visitas a puérperas e 481 visitas a RN

(4 visitas a puérperas com 2 gêmeos), das quais 35 visitas (17 puérperas e 18 RN) não foram realizadas porque as puérperas e RN se encontravam ausentes do domicílio ou foram desmarcadas no dia da visita.

Quanto ao número de visitas por utente, 77,73% das puérperas e RN tiveram uma visita domiciliária, 20,77% tiveram 2 visitas domiciliárias e 1,50% 3 visitas domiciliárias. Logo 384 puérperas e 387 RN tiveram visita domiciliária.

Durante este período o serviço de Obstetrícia teve no internamento 532 puérperas, das quais 148 puérperas e respetivos RN que não foram incluídos na visita domiciliária pois a área de residência estava fora da área de abrangência do CONTACTOB ou recusaram a visita domiciliária.

Quanto aos resultados das idas às urgências dos RN no ano de 2016 verificou-se que houve um decréscimo do número de idas às urgências comparativamente ao estudo efetuado antes do início da atividade do CONTACTOB passando de um total de 120 para 114. Sendo que destes 114 episódios de urgência 13 foram encaminhados pelo enfermeiro que realizou a visita domiciliária identificando, na mesma, a necessidade de uma avaliação médica devido a alteração do estado geral do RN.

**Quadro 1 - Causas de Urgência de recém-nascidos (Primeiros 28 dias) no CHUCB 2016**

	<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>
<b>A</b>	Bolsar/vomitar/engasgar/cólicas	21
<b>B</b>	Coto umbilical (dúvidas, infeção, perda de sangue)	11
<b>C</b>	Respiração (tosse, dificuldade respirar, secreções nasais, congestão nasal)	10
<b>D</b>	Secreções oculares, irritação ocular	4
<b>E</b>	Alteração cutânea (eritema, icterícia, unhas, outros)	18
<b>F</b>	Febre	5
<b>G</b>	Peso	6
<b>H</b>	Obstipação	8
<b>I</b>	“Desassossego/irritabilidade”	4
<b>J</b>	Edema cabeça/edema escroto/sangue vaginal/Outros	10
<b>K</b>	Acompanhante da mãe no internamento	3
<b>L</b>	Indicação Médica	14
	<b>Total</b>	<b>114</b>

Quanto aos resultados das idas às urgências das puérperas no ano de 2016 verificámos que houve um decréscimo do número de idas às urgências comparativamente ao estudo efetuado antes do início da atividade do CONTACTOB passando de um total de 115 para 94. Sendo que destes 114 episódios de urgência 13 foram encaminhados pelo enfermeiro que realizou a visita domiciliária identificando na mesma a necessidade de uma avaliação médica devido a alteração do estado geral da puérpera.

**Quadro 2 - Causas de Urgência nos primeiros 30 dias de puerpério no CHUCB 2016**

	<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>
<b>A</b>	Revisão puerperal (leucorreia, hemorragia, sangramento)	12
<b>B</b>	Mamas e mamilos	11
<b>C</b>	Febre	3
<b>D</b>	Queixas urinárias	2
<b>E</b>	Sutura (períneo, abdómen, penso, tratamentos, pontos)	44
<b>F</b>	Amamentação	4
<b>G</b>	Dor	15
<b>H</b>	Outro (análises, alta, tvp, dúvidas, erupção)	3
	<b>Total</b>	94

Das visitas domiciliárias realizadas em 2016, 77,73% foi 1ª visita, 20,77% 2ª visita e com 3ª visita 1,50%. A grande maioria dos utentes residiam na Covilhã 58,03% e o nº dias de puerpério aquando da realização da visita domiciliária varia entre 4 e 30 dias, com uma média de 12,8 dias de puerpério.

Quanto à idade das puérperas alvo da visita domiciliária, esta varia entre 16 e os 46 anos, com uma média de 31 anos, sendo a grande maioria gesta 1 (49,46%), primípara (57,08%), com parto eutócico (53,49%). 97,13% dos RN visitados apresentavam estado geral adequado, o motivo da alteração do estado geral do RN verificamos que 53,85% dos RN apresentavam outro tipo de alteração, 23,08% RN apresentavam icterícia, sendo que 38,46% (5 RN) foram encaminhados para avaliação médica. A grande maioria das puérperas visitadas (93,60%) não apresentava alterações. Das puérperas com evolução puerperal inadequada (46,43%), o principal motivo dessa alteração era dor ou desconforto. Apenas 0,44% das puérperas foram encaminhadas para avaliação médica.

Relativamente ao “conhecimento acerca da atividade sexual/ contraceção/ planeamento familiar”, verificou-se que a maioria das puérperas revelam conhecimentos

acerca do tema, (99,78%) das puérperas visitadas apresentavam condição psicológica adequada, 99,56% das puérperas revela ter ficado esclarecida na maternidade acerca do transporte seguro do RN e que apenas 0,44% foram encaminhadas para avaliação e ou apoio social.

**II PARTE**  
**ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. Metodologia

Neste capítulo procedemos à descrição dos procedimentos metodológicos. Iniciamos por fazer uma contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formulam as questões de investigação e se delineiam os objetivos. Descrevemos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem adotada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, assim como os procedimentos éticos realizados e o respetivo tratamento estatístico.

### 1.1 – Métodos

Os cuidados de enfermagem são um campo imenso de investigação onde simultaneamente é possível relacionar as relações humanas com as técnicas e teorias do conhecimento em enfermagem.

Todos os indivíduos, ao longo do seu ciclo de vida, experienciam transições para o desempenho de novos papéis. A família é um sistema dinâmico sujeito a mudanças na sua estrutura organizacional e funcional. Cativos a esta mudança podem estar associados problemas de adaptação a situações de vida e processos de transição, nomeadamente no processo de adaptação à parentalidade (Graça, 2017).

O nascimento de um filho é uma etapa importante no ciclo vital da mulher/ casal caracterizada por diversas transformações psicossociais, desequilíbrio biofísico, consolidação da relação mãe/filho, pais/filho e de reorganização do relacionamento familiar e conjugal.

Havendo internamentos cada vez mais curtos nas unidades hospitalares de puerpério, a mulher, por vezes, não consegue assimilar todo o leque de informação que lhe é transmitida em tão curto espaço de tempo, tanto no que se refere aos seus cuidados como aos do seu filho recém-nascido.

Na chegada ao domicílio, após a alta hospitalar a mulher/casal experiênciam uma situação nova que é o puerpério precoce, implicando tal facto a responsabilidade de cuidar de alguém que depende de si para viver.

Para que a transição do local onde ocorreu o nascimento para o domicílio decorra com tranquilidade para a família, particularmente para a díade mãe-filho é necessário que estes estejam dotados de instrumentos que lhes permitam ultrapassar de forma saudável todas as possíveis problemáticas inerentes a esta fase.

O acompanhamento domiciliário durante o puerpério constitui-se como uma estratégia fulcral de suporte à puérpera e família significativa, neste processo de transição, permitindo uma intervenção em diferentes áreas no âmbito da educação para a saúde e promoção da autonomia e parentalidade responsável.

Partindo destes pressupostos, delineamos como questão de investigação pivô do nosso estudo:

- Que fatores interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?

Para além desta questão procuramos ainda respostas para as seguintes questões:

- Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes no estudo?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional, residência) na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária?
- Que impacto têm as variáveis obstétricas (gestação e paridade, abortos, tipo parto, agregado familiar, vigilância, planeamento e número de consultas na gravidez, curso PPP) na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?
- Em que medida as variáveis de contexto puerperal (dúvidas) interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?
- Que variáveis psicológicas (sintomas depressivos) são preditoras da visita domiciliária?

Neste sentido, foi delineado como objetivo geral:

- Identificar fatores que interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto;

Como objetivos específicos pretendemos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas;
- Identificar alguns fatores que intervêm na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto;
- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas, obstétricas, puerperais e psicológicas (sintomas depressivos) influenciam a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária nos pós-parto.

Face às questões e hipóteses formuladas procuramos numa forma pictórica aclarar as inter-relações das variáveis independentes e dependente explicativa da importância da visita domiciliária (figura 1)

**Figura 1 – Desenho da investigação do estudo**



Para o desenvolvimento da temática realizámos um estudo empírico, quantitativo, não-experimental, em corte transversal, descritivo, correlacional e analítico.

O desenho enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo.

Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo.

Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, Collado, & Lucio, 2016) (Fortin, 2009) (Coutinho, 2017).

Trata-se de um estudo analítico uma vez que investigamos hipóteses previamente elaboradas e observamos a existência de relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (Coutinho, 2017).

## 1.2 – Participantes

A seleção da amostra obedeceu ao seguinte critério de inclusão: puérperas às quais foi realizada visita domiciliaria.

No CHUCB no ano de 2018 ocorreram 534 partos e foram realizadas 371 visitas domiciliárias. De referir que a visita domiciliária realizada no serviço de obstetrícia obedece a alguns critérios de inclusão, entre os quais a morada do domicílio, fazendo então parte, puérperas do concelho do Fundão, Belmonte e Covilhã que aceitem voluntariamente a visita.

Iniciamos a colheita de dados em dezembro de 2018 e concluímos em janeiro de 2019. Neste período foram realizadas 122 visitas domiciliária a puérperas, do concelho do Fundão, Belmonte e Covilhã, e acedendo participar no estudo 122 puérperas.

### 1.3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

As puérperas apresentam **idades** compreendidas entre os 19 e os 46 anos, com uma média de idades de 32,1 ( $\pm 4,70$ ), com uma distribuição simétrica e normocúrtica. O Coeficiente de variação revela uma dispersão baixa. (cf. Tabela 1).

**Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade das puérperas**

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Idade	19	46	32.50	4.70	14.46	-0.602	1.013

Esta variável foi operacionalizada tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2017) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Considerando a inexistência de puérperas com idade inferior ao acima referido consignamos dois grupos, as de idade inferior a 35 anos (<35 anos) e as de idade igual ou superior a 35 anos ( $\geq 35$  anos). Dos resultados obtidos, verificamos que a prevalência das puérperas com idade inferior a 35 anos é de 69,7%, sendo de 30,3% as que possuem idade superior ou igual a 35 anos (cf. Tabela 2).

No sentido de agilizar o tratamento estatístico referente a **nacionalidade** esta foi recodificada em dois grupos: nacionalidade portuguesa e estrangeira. Desta forma, verificamos que a nacionalidade Portuguesa se constitui como maioritária na amostra, representando 91% das mulheres em estudo, e estrangeiras 9%.

Relativamente ao **estado civil** 94,30% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto.

Quanto à **escolaridade**, esta variável foi submetida a reclassificação originando 3 grupos: ensino básico, secundário e superior. Verificou-se que 45,10% das puérperas possui estudos superiores e 11,5% o ensino básico.

A maior percentagem (83,6%), das puérperas está **empregada** e 16,4% desempregada. A maior parte das participantes **residem em área urbana** (58,2%) (cf. Tabela 2).

**Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica em função da idade da puérpera**

<b>Idade Variáveis</b>	<b>&lt;35 Anos</b>		<b>&gt;=35 Anos</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº (85)</b>	<b>% (69.7)</b>	<b>Nº (37)</b>	<b>% (30.3)</b>	<b>Nº (122)</b>	<b>% (100.0)</b>
<b>Nacionalidade</b>						
Portuguesa	79	64.8	32	26.2	111	91.0
Estrangeira	6	4.9	5	4.1	11	9.0
<b>Estado civil</b>						
Solteira/divorciada	5	4.1	2	1.6	7	5.7
Casada/união de facto	80	65.6	35	28.7	115	94.3
<b>Local residência</b>						
Rural	37	30.3	14	11.5	51	41.8
Urbana	48	39.9	23	18.9	71	58.2
<b>Habilitações literárias</b>						
Ensino básico	11	9	3	2.5	14	11.5
Ensino secundário	40	32.8	13	10.7	53	43.4
Ensino Superior	34	27.9	21	17.2	108	45.1
<b>Situação profissional</b>						
Empregada	68	55.7	34	27.9	102	83.6
Desempregada	17	13.9	3	2.5	20	16.4

No que diz respeito à **profissão**, foi criada uma tabela (tabela 3) de acordo com os grupos profissionais segundo a classificação nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional (Estatística, 2011). Os restantes grupos profissionais considerados pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional foram excluídos, devido à inexistência de mulheres na amostra que neles se incluíssem. Assim sendo 32% das puérperas incluem-se no grupo Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores e 28% no grupo Especialistas das atividades intelectuais e científicas. De referir que 13,1% não tem emprego ou é reformada.

**Tabela 3 - Caracterização da amostra em função da profissão.**

<b>Profissão</b>	<b>Total</b>	
	<b>Nº (122)</b>	<b>% (100.0)</b>
Profissão Utilizados grupos da classificação nacional de profissões:		
Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas	0	0
Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	0	0
Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas	34	28
Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio	7	5.7
Grupo 4 - Pessoal administrativo	11	9
Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	39	32
Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0	0
Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifícios	2	1.6
Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0.6
Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados	13	10.6
Desempregada/ reformada	16	13.1

#### 1.4 – Instrumento de colheita de dados

Para este estudo, optámos por um instrumento de colheita de dados, apresentado em apêndice 1, cuja estrutura reflete, preocupações de carácter temporal e de conteúdo, tentando simultaneamente obter um instrumento que possa ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitam medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objetivos definidos.

O instrumento de recolha de dados é constituído por duas seções distintas: questionário e escalas.

A primeira parte inclui dez questões que comportam a caracterização da amostra no que diz respeito à idade, ao estado civil, à nacionalidade, coabitação, escolaridade, profissão, situação profissional, residência e família a residir na proximidade.

A segunda parte é constituída por dezoito questões que pretendem obter informação sobre o número de gestações anteriores, se a gravidez foi planeada, se é saudável, sobre a frequência do curso de preparação para a parentalidade, dúvidas sobre o pós parto e com o bebé e quem ajuda no esclarecimento das mesmas e tipo de ajudas no domicílio, permitindo assim conhecer a história obstétrica e o suporte social.

A terceira parte é constituída sucessivamente pelas escalas, de Edimburgo para a depressão pós-parto e a de avaliação da visita domiciliária no pós-parto.

#### **1.4.1. - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)**

A EPDS é uma escala de autoavaliação utilizada internacionalmente no estudo da depressão pós-parto (DPP). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo, 2015) esta escala deve ser utilizada em consultas pós-natais no sentido de detetar antetempo situações de risco de DPP.

Inicialmente desenvolvida em Inglaterra, por Cox, Holden e Sagovsky (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), foi validada para a população portuguesa por Augusto (ano) e publicada por Augusto et al. em 1996 (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996).

A EPDS é composta por 10 itens, que avaliam a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sete dias que precedem o seu preenchimento. As respostas são efetuadas, numa escala de 0 a 3. As questões 1, 2 e 4 são cotadas de 0 a 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. Inversamente (3,2,1,0) são cotadas as questões 3, 5, 6, 7, 8,9 e 10 (DGS, 2015).

O ponto de corte estabelecido foi de 12 pontos, “uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade”. A EPDS nunca poderá substituir a avaliação clínica, mas sim complementá-la (DGS, 2006).

Na presente amostra o *alfa de Cronbach* obtido é ligeiramente inferior 0,775, mas mesmo assim classificado de adequado.

## Consistência interna dos instrumentos para o presente estudo

Para o estudo de consistência interna, que consiste numa forma de medida baseada na correlação entre diferentes itens no mesmo teste (ou entre as mesmas subescalas num teste mais longo) e mede os diversos itens que se propõe a medir, foi utilizado o coeficiente de *Alfa de Cronbach*. Este coeficiente possibilita a definição entre a correlação que se espera obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, que avaliem a mesma característica.

Segundo Pestana e Gageiro (2014) o *Alpha Cronbach* é considerado uma das medidas mais utilizadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis.

A consistência interna compreendeu as seguintes etapas:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global.

- Determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*. - Mede a correlação entre cada escala com as restantes que pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014) (Maroco & Marques, 2006):

Muito boa – Alpha superior a 0,9

Boa – Alpha entre 0,8 e 0,9

Razoável – Alpha entre 0,7 e 0,8

Fraca – Alpha entre 0,6, e 0,7

Inadmissível – Alpha <0,6

Dos resultados apresentados no quadro 3, aferimos que todos os itens se apresentam bem centrados dado que os seus índices médios se encontram acima do esperado, sendo os mais problemáticos os itens 3 “Culpei-me desnecessariamente quando as coisas correram mal” e 4 “Tenho-me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão

para isso”. Os coeficientes de correlação situam-se acima de 0.20 (valor de referência) com exceção do item 10 “Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma” ( $r=0.157$ ) que numa análise mais conservadora deveria ser eliminado. Decidimos, porém, pela sua manutenção dado que o índice de Cronbach global não sofreria grandes alterações com a sua exclusão.

Todos os itens apresentam coeficientes alfa classificados de adequado oscilando entre ( $\alpha=0.730$ ) no item 5 e ( $\alpha=0.781$ ) no item 10.

Na presente amostra o *alfa de Cronbach* global é ligeiramente inferior 0,775 ao obtido na escala original ( $\alpha=0.85$ ), mas mesmo assim classificado de adequado. Os coeficientes de bipartição revelam coerência entre as duas metades, embora a primeira metade apresente um *alfa de Cronbach* ( $\alpha=0.657$ ) ligeiramente inferior ao da segunda metade ( $\alpha=0.752$ ).

**Quadro 3 – Consistência interna da escala de Edimburgo para depressão pós-parto e correlações item/total da escala e respectivos valores de *Alpha de Cronbach***

Itens	Médias	Desvio Padrão	R	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
1 – Tenho sido capaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas	2,041	7,626	0,303	0,231	0,771
2 – Tenho olhado para o futuro com otimismo	2,148	8,077	0,235	0,167	0,778
3 – Culpei-me desnecessariamente quando as coisas correram mal	1,639	5,571	0,550	0,413	0,748
4 – Tenho-me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão para isso	1,672	5,842	0,511	0,409	0,753
5 – Tenho-me sentido preocupada ou em pânico sem nenhuma boa razão	1,844	6,017	0,605	0,534	0,730
6 – As coisas têm “desabado em cima de mim”	1,861	6,534	0,528	0,371	0,743
7 – Tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir	2,066	7,054	0,548	0,672	0,747
8 – Tenho me sentido triste ou miserável	2,074	7,193	0,579	0,697	0,748
9 – Tenho me sentido tão infeliz que até tenho chorado	2,057	7,079	0,605	0,497	0,744
10 – Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma	2,148	7,995	0,157	0,431	0,781
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Primeira metade</b>	0,657			
	<b>Segunda metade</b>	0,752			
	<b>Alfa global</b>	<b>0,775</b>			

#### 1.4.2. - Escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto (EAVDPP)

A EAVDPP é uma escala desenvolvida e validada por Almeida, Nelas e Duarte (2011) no intuito de avaliar a satisfação das puérperas face à visita domiciliária no pós-parto. É constituída por 35 asserções onde são avaliados quatro dimensões, ensino, empatia e relação, importância e informação.

As respostas são efetuadas em escala ordinal tipo Likert com atribuição de 1 a 3 pontos em que 1 ponto corresponde a nunca efetuado, 2 pontos – por vezes efetuado e 3 pontos – sempre efetuado.

A dimensão 1 (ensino) – é constituída pelos itens 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22. Compreende um valor máximo de 39 pontos e de valor mínimo 13 pontos

A dimensão 2 (importância) - é constituída pelos itens 11, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35. Apresenta 27 como pontuação máxima e 9 como mínima.

A dimensão 3 (empatia e relação) - é constituída pelos itens 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 28. Tem como valor máximo 24 pontos e 8 pontos como valor mínimo.

A dimensão 4 (informação) - é constituída pelos itens 1, 2, 3, 4, 5. O valor máximo cotado neste fator é de 15 pontos e de valor mínimo 5 pontos.

O valor global da escala apresenta um score máximo de 105 pontos e um mínimo 35 pontos. No intuito de avaliar a visita domiciliária os autores estabeleceram três grupos de corte: visita domiciliar inapropriada, apropriada e boa, tendo por base os percentis 25 e 75.

No que diz respeito, ao estudo das características psicométricas desta escala o estudo de fiabilidade revelou um *Alpha Cronbach* (0,785) adequado (Almeida, Nelas, & Duarte, 2011).

### 1.5 – Procedimentos formais e éticos

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do hospital da zona interior do país (Anexo II) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras. Foi também entregue o consentimento informado a todas as puérperas (Apêndice II).

Foi pedida a colaboração voluntária de cada participante e explicado o objetivo do estudo, a garantia de confidencialidade, o anonimato, bem como de todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados.

## 1.6 – Análise de dados

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados.

Foi realizado informaticamente através do programa SPSS 25.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial.

Relativamente à estatística descritiva fizemos uso das frequências relativas e absolutas, como ainda medidas de tendência central, (média), medidas de dispersão (desvio padrão e o coeficiente de variação) e medidas de forma (curtosos e assimetria).

Em relação à estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos e quando as condições para a sua aplicação não se verificaram recorreremos aos testes não paramétricos

Entre os primeiros aplicamos:

- Teste t de Student para amostras independentes - permite comparar médias em dois grupos independentes.

- Regressão linear múltipla – usada para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de mais que uma variável relevante de natureza intervalar (variáveis independentes), isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditores da variável dependente.

Em relação aos testes não paramétricos fizemos uso:

- Teste do Qui-Quadrado - compara frequências observadas com as esperadas de uma variável nominal em duas ou mais categorias. No caso de encontrarmos significância estatística, recorreremos aos resíduos ajustados (RA) no intuito de determinar em que células se encontram as diferenças estatísticas. Como valores de referência são considerados índices iguais ou superiores a 2 (positivos). Acresce referir que só se devem ler os RA quando em linha ou em coluna as frequências observadas são iguais ou superiores a 8.

- Teste de Kruskal-wallis é a alternativa não paramétrica à Anova One-Way, usado para comparar ordens médias de três ou mais grupos.

- Teste Mann-Whitney: teste não paramétrico usado em alternativa ao teste t de student para amostras independentes

Na interpretação dos testes realizados foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$  - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  a  $p < 0.1$  – diferença estatística marginal
- $p \geq 0.1$  n.s. – diferença estatística não significativa

Os dados serão apresentados através de tabelas e quadros, de maneira a organizar e sistematizar melhor a informação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta às diferentes questões de investigação e obedecerá à forma como foi estruturado o instrumento de recolha de dados.

## **2. Resultados**

No presente capítulo iremos proceder à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Assim pretendemos descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos.

O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta às diferentes hipóteses de investigação.

### **2.1 – Análise descritiva**

Neste subcapítulo vamos descrever e analisar os resultados obtidos das variáveis contextuais à gravidez, ao parto, puerpério, às dúvidas no puerpério relativas à puérpera e RN, ao acesso à informação, às alterações psicológicas (sintomas depressivos) do puerpério e avaliação da visita domiciliária.

#### **2.1.1 – Variáveis obstétricas**

##### **Número de gestações**

A tabela 4, permite verificar que o número de gestações, varia entre um e cinco. A média calculada para a totalidade da amostra é de 1,54 gestações com desvio padrão de 0,739.

Analisadas as estatísticas face aos grupos etários registamos que em ambos os grupos o número de gestações oscila entre uma a cinco, mas com ligeiro ascendente para a média (média =2.16 vs média = 1.63) de gestações relativa ao grupo etário com idade superior ou igual a 35 anos.

Os valores de assimetria são indicativos de curvas assimétricas e enviesadas à esquerda, e os valores de curtose tendem para curvas leptocurticas para as puérperas com idade inferior a 35 anos e número de gestações global e normocurtica para as puérperas o

idade igual ou superior a 35 anos. Já os coeficientes de variação indicam a existência de dispersões elevadas.

**Tabela 4 - Estatísticas relativas ao número de gestações.**

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
< 35 anos	1	5	1.63	0.843	51.7	5.804	5.073
>= 35 anos	1	5	2.16	0.957	39.7	2.734	1.662
Número de gestações	1	5	1.54	0.739	47.98	5.904	4.013

Ainda em relação ao número de gestações e por forma a melhor interpretar os resultados, recodificou-se esta variável constituindo-se três grupos: uma gesta, duas gestas e três gestas. Analisados os resultados face à idade registamos que a prevalência de puérperas de idade  $\geq 35$  anos com uma gestação é de 6.6% e com duas gestações de 16.4%. Já a prevalência das puérperas com idade  $< 35$  anos com uma gestação situa-se acima dos 37.0% e com duas 23.0%. Notamos ainda que a cerca de 5 em cada 10 puérperas para a globalidade da amostra apenas tem uma gesta, e 4 em cada 10 duas gestações.

### **Abortos**

Como podemos verificar na tabela 5 mais de dois terços da amostra (78,7%), não teve abortamentos, contudo as que apresentam maior número de abortos encontram-se no grupo etário com idade inferior a 35 anos com 13,9%.

### **Opinião sobre se é saudável**

Ao questionarem-se as puérperas se eram pessoas saudáveis, verificamos pela tabela 5 que 83,6% das participantes afirmaram que sim, e 16.4% referiram não ser, situando-se a maior percentagem nas de idade inferior a 35 anos (10.7%).

### **Gravidez planeada**

Para mais de 82.0% das inquiridas, a gravidez foi planeada sendo que é nas puérperas mais jovens (55.7%) que encontramos o maior valor percentual. Também é neste grupo que encontramos a percentagem mais elevada de puérperas (13,9%) que não planearam a gravidez. (cf. tabela 5).

### **Vigilância da gravidez e local de vigilância**

Questionadas sobre se vigiava a gravidez a quase totalidade da amostra (94,3%) deu resposta afirmativa, contrapondo com 5,7% que referiu não ter realizado vigilância da gravidez (cf. tabela 5). Das que vigiaram a gravidez 64.8% possuem idade inferior a 35 anos e 29.5% idade igual ou superior à enunciada.

Em relação ao local de vigilância afere-se pela tabela 5 que 84.4% efetuou essa vigilância no CHUCB com maior prevalência (57,4%) nas puérperas mais jovens. O Centro de saúde é procurado por 11.5% da totalidade das puérperas recaindo o maior percentual (9.0%) também nas puérperas mais novas.

### **Curso de preparação para o parto e parentalidade e local de realização**

Uma curiosidade prevaiente estava relacionada com o curso de preparação para o parto e parentalidade, assim como qual o local de realização. Aporta a tabela 5 que 59,8% das participantes não realizaram o curso de PPP. Entre as 40,2% de puérperas que realizaram a maior percentagem (28,7%) tem idade <35 anos.

Quanto ao local de realização notamos que 83,7% efetuaram o PPP no CHUCB recorrendo a esta unidade hospitalar 57.1% das puérperas com idade inferior a 35 anos.

**Tabela 5 - Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais à gravidez em função do grupo etário.**

Grupo Etário	<35		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	<35	≥ 35
<b>Variáveis obstétricas</b>								
<b>Número de gestações</b>								
Uma	46	37.7	8	6.6	54	44.3	3.3	-3.3
Duas	28	23.0	20	16.4	48	39.4	-2.2	2.2
>3	11	9.0	9	7.4	20	16.4	-1.6	1.6
<b>Abortos</b>								
Sim	17	13.9	9	7.4	26	21.3	-0.5	0.5
Não	68	55.7	28	23.0	96	78.7	0.5	-0.5
<b>Saudável</b>								
Sim	72	59.0	30	24.6	102	83.6	0.5	-0.5
Não	13	10.7	7	5.7	20	16.4	-0.5	0.5
<b>Gravidez planeada</b>								
Sim	68	55.7	33	27.0	101	82.8	-1.2	1.2
Não	17	13.9	4	3.3	21	17.2	1.2	-1.2
<b>Vigilância da gravidez</b>								
Sim	79	64.8	36	29.5	115	94.3	-1.0	1.0
Não	6	4.9	1	0.8	7	5.7	1.0	-1.0
<b>Número de consultas</b>								
≤5	7	5.7	1	0.8	8	6.6	1.1	-1.1
>5	78	63.9	36	29.5	114	93.4	-1.1	1.1
<b>Local de vigilância</b>								
CHUCB	70	57.4	33	27.0	103	84.4	-1.0	1.0
Centro de saúde	11	9.0	3	2.5	14	11.5	0.8	-0.8
Outros	4	3.3	1	0.8	5	4.1	0.5	-0.5
<b>Curso de PPP</b>								
Sim	35	28.7	14	11.5	49	40.2	0.3	-0.3
Não	50	41	23	18.9	73	59.8	-0.3	0.3
<b>Local do curso de PPP</b>								
CHUCB					41	83.7		
Outro					8	16.3		

**Em síntese:**

- A média de gestações na totalidade da amostra é de 1,54 com desvio padrão de 0,739, sendo, no entanto, o número máximo de gestações o valor 5.
- Verificamos que a maior prevalência de gestações é uma com 44,3% na totalidade da amostra. Sendo, no entanto, as puérperas com idade <35 anos as que apresentam maior valor percentual com uma gestação (37,7%)

- As puérperas, na sua maioria (78,7%) nunca tiveram abortos.
- 83,6% das puérperas referiu que era saudável contrapondo com 16,4% que respondeu que não o era. Apuramos que das 16,4% das puérperas que não eram saudáveis a maioria tinha idade inferior a 35 anos (10,5%).
- As puérperas mais jovens são as que referiram com maior valor percentual (55,7%) que planearam a gravidez.
- A maioria das inquiridas referiu vigiar a gravidez (94,3%) sendo essa vigilância efetuada na generalidade (84,4%) no CHUCB.
- O curso de PPP é frequentado por 59,8% das puérperas da amostra e dessas, 83,7% efetua o mesmo no CHUCB.

### 2.1.2 - Variáveis contextuais ao parto e puerpério

#### Número de partos

A análise relativa ao número de partos, indicou que o número mínimo é 1 e máximo de 5 sendo a média de 1,76 (cf. Tabela 6). Analisadas as estatísticas face aos grupos etários registamos que em ambos os grupos o número de partos oscila entre um a cinco, mas com ligeiro ascendente para a média (média =1.837 vs média = 1.423) de partos relativa ao grupo etário com idade superior ou igual a 35 anos. Pelos valores de assimetria e curtose verificamos que o número de partos não possui distribuição normal indiciando curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda. Os coeficientes de variação indicam a existência de dispersões elevadas.

**Tabela 6- Estatísticas relativas ao número de partos**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
< 35 anos	1	4	1.423	0.679	47,716	6.904	6.895
≥ 35 anos	1	5	1.837	0.799	43.494	4.342	7.467
Número de partos	1	5	1.79	0.908	50.72	7.744	9.508

Ainda em relação ao número de partos e por forma a melhor interpretar os resultados, recodificou-se esta variável constituindo-se dois grupos: primípara e múltípara (cf. tabela 7). Analisados os resultados face à idade registamos que a prevalência de puérperas (55,7%) é mais elevada nas puérperas primíparas e quando comparadas com as puérperas múltíparas (44,3%).

### **Tipo de Parto**

No que respeita ao tipo de parto, notamos existir um maior percentual de parto eutócicos (46,7%) embora ainda seja elevado a percentagem de partos distócitos (39,3%), isto talvez resultando de partos com recurso à cesariana, embora o nosso estudo dado a carência de resultados não permita extrair tal conclusão. A mesma tabela dá ainda informação acerca da existência de uma maior percentagem de partos eutócicos no grupo etário 19-34 anos (37,7%) enquanto que as puérperas com idade superior ou igual a 35 anos tiveram um parto distócico em maior percentual (14,8%). De salientar ainda que 13,9% já experienciaram os dois tipos de parto, eutócico e distócico (cf. tabela 7).

### **Coabitação e família a residir próximo**

Em relação a coabitação esta variável foi operacionalizada em dois grupos, família nuclear, que engloba marido e filhos e “outra” que engloba outros familiares. Em relação à situação de coabitação, podemos verificar que a maioria vive com o marido e os filhos (95,1%), seguindo-se 4,9% que vivem com outros familiares (cf. Tabela 7).

A mesma tabela dá-nos informação acerca da proximidade de residência com familiares. 95,1% das puérperas refere que tem família a residir próximo.

### **Dúvidas relativas ao puerpério e cuidados ao recém-nascido**

Inquirimos as participantes como esclareciam as dúvidas acerca do puerpério e sobre os cuidados a prestar ao RN. Analisando as respostas verificamos que a maioria (63,9%) não esclarece dúvidas acerca do puerpério ainda assim são as de idade inferior a 35 anos que esclarecem mais dúvidas (26,2%). Relativamente as dúvidas sobre os cuidados com o RN as respostas tornam-se opostas sendo que a maioria das inquiridas,

76,2% esclarece dúvidas sobre esta temática. Mantem-se, no entanto, a ser o grupo etário inferior a 35 anos a esclarecer mais dúvidas (56,6%) conforme é apresentado na tabela 7.

### **Linha de apoio de amamentação**

Das participantes que constituem a amostra apenas 4,9% utilizou a linha de apoio de amamentação disponibilizada pelo CHUCB. Das que utilizaram 3,3% tem idade inferior a 35 anos e 1,6% idade superior ou igual a 35 anos.

### **Cuidar do bebé e tipos de ajudas**

Após a alta da maternidade, a maioria referiram ter pelo menos ajuda em três domínios, nomeadamente, “tomar conta da criança” (90%), “nas tarefas domésticas” (92%), “cuidados com o bebé” (79%) sendo esta maioria mais prevalente na faixa etária de idade inferior a 35 anos. (cf. tabela 7)

O cuidar do bebé como nos mostra a tabela 7 está maioritariamente (93,4%) a cargo da puérpera seguindo-se do pai do bebé com 5,7% e de outros 0,8 %.

**Tabela 7 - Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais ao parto e puerpério em função do grupo etário**

Grupo Etário Variáveis obstétricas	<35		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	<35	≥ 35
<b>Número de partos</b>								
Primípara	56	45.9	12	9.8	68	55.7	3.4	-3.4
Múltipara	29	23.8	25	20.5	54	44.3	-3.4	3.4
<b>Tipo de parto</b>								
Eutócico	46	37.7	11	9.0	57	46.7	2.5	-2.5
Distócico	30	24.6	18	14.8	48	39.3	-1.4	1.4
Ambos	9	7.4	8	6.6	17	13.9	-1.6	1.6
<b>Com quem vive</b>								
Família nuclear	81	66.4	35	28.7	116	95.1	0.2	-0.2
Outra	4	3.3	2	1.6	6	4.9	-0.2	0.2
<b>Família reside próximo</b>								
Sim	80	65.6	36	29.5	116	95.1	-0.7	0.7
Não	5	4.1	1	0.8	6	4.9	0.7	-0.7
<b>Dúvidas do puerpério</b>								
Sim	32	26.2	12	9.8	44	36.1	0.6	-0.6
Não	53	43.4	25	20.5	78	63.9	-0.6	0.6
<b>Dúvidas com o recém-nascido</b>								
Sim	69	56.6	24	19.7	93	76.2	1.9	-1.9
Não	16	13.1	13	10.7	29	23.8	-1.9	1.9
<b>Linha de apoio de amamentação</b>								
Sim	4	3.3	2	1.6	6	4.9	-0.2	0.2
Não	81	66.4	35	28.7	116	95.1	0.2	-0.2
<b>Cuidar do bebê</b>								
Mãe	78	63.9	36	29.5	114	93.4	-1.1	1.1
Pais	6	4.9	1	0.8	7	5.7	1.0	-1.0
Outros	1	0.8	0	0	1	0.8	0.7	-0.7
<b>Tipo de ajudas</b>								
Tomar conta do bebê	59	48.4	31	25.4	90	73.8	-1.7	1.7
Cuidados com o bebê	52	42.6	27	22.1	79	64.8	-1.3	1.3
Cuidados com a puérpera	2	1.6	0	0	2	1.6	0.9	-0.9
Tarefas domésticas	64	52.5	28	23.0	92	75.4	0	0

### **Em síntese:**

- No total da amostra o número mínimo de partos é 1 e o máximo de 5.
- As puérperas primíparas registam maior prevalência (55,7%) comparadas com as puérperas múltíparas (44,3%).
- O parto eutócico é o tipo de parto com maior percentual (46,7%) embora o parto distócico apresentar também um valor percentual elevado (39,3%).
- As puérperas mais novas são as que tem com maior valor percentual partos eutócicos (37,7%). As com idade  $\leq 35$  anos apresentam valor percentual maior nos partos distócicos (14,8%).
- 95,1% refere que coabita com o marido e os filhos e que tem família a residir próximo.
- Em relação as dúvidas acerca do puerpério, 63,9% das puérperas refere não necessitar de esclarecimentos ainda assim são as de idade inferior a 35 anos que esclarecem mais dúvidas (26,2%).
- A maioria da amostra, 76,2%, necessita de esclarecer dúvidas sobre o RN e são também as puérperas mais novas que esclarecem mais as dúvidas sobre esta temática (56,6%).
- Após a alta da maternidade 4,9% das puérperas da amostra recorreu a linha de apoio fornecida pela mesma. São as puérperas mais jovens que utilizaram com maior valor percentual (3,3%) esta linha de apoio telefónica.
- No domicílio as inquiridas referiram ter pelo menos ajuda em três domínios, nomeadamente, “tomar conta da criança” (90%), “nas tarefas domésticas” (92%), “cuidados com o bebé” (79%) sendo esta maioria mais prevalente na faixa etária de idade inferior a 35 anos.
- É a mãe a principal cuidadora do RN com 93,4% das respostas seguindo-se do pai do RN com 5,7%.

### 2.1.3 - Depressão pós-parto

A análise da escala de depressão pós-parto, indicou que o número mínimo de pontuação da escala é 0 e máximo de pontuação de 12 sendo a média de 2,172 (cf. Tabela 8). Analisadas as estatísticas face aos grupos etários registamos que, em ambos os grupos, a pontuação atribuída oscila entre 0 a 12, mas com ligeiro ascendente para a média (média = 2,388 vs média = 1,301) de pontos relativa ao grupo etário com idade inferior a 35 anos. Pelos valores de assimetria e curtose verificamos que a pontuação da escala de depressão não possui distribuição normal indiciando curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda. Os coeficientes de variação indicam a existência de dispersões elevadas.

**Tabela 8 - Estatísticas relativas aos sintomas depressivos no pós-parto segundo a idade**

<b>Sintomas depressivos no pós-parto</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>D.P.</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
<35 anos	0	12	2.388	2.944	123.283	5.218	2.837
≥35 anos	0	11	1.301	2.708	208.147	5.028	4.836
<b>Total</b>	0	12	2.172	2.882	132.688	6.803	4.126

Ainda em relação a pontuação da escala de depressão no pós-parto e por forma a melhor interpretar os resultados, recodificou-se esta variável constituindo-se dois grupos: sem sintomas depressivos e suspeita de sintomas depressivos (cf. tabela 9). Analisados os resultados face à idade registamos que a prevalência de puérperas sem sintomas depressivos (98,3%) é mais elevada quando comparadas com as puérperas com suspeita de sintomas depressivos (1,6%). De salientar que são as puérperas mais novas as únicas com valor percentual quanto à suspeita de sintomas depressivos (1,6%).

**Tabela 9 - Distribuição das participantes segundo o grupo etário em função dos sintomas depressivos no pós-parto**

Depressão pós-parto	Sem sintomas depressivos		Suspeita de sintomas depressivos	
	Nº	%	Nº	%
< 35 anos	83	68.0	2	1.6
>= 35 anos	37	30.3	0	0
<b>Total</b>	120	98.3	2	1.6

**Em síntese:**

- A escala de depressão pós-parto apresentou no global um valor mínimo de 0 pontos e um máximo de 12 pontos sendo a média de 2,172.
- A grande maioria das puérperas em estudo não tem sintomas depressivos (98,3%).
- São as inquiridas mais jovens (1,6%) que apresentam suspeita de sintomas depressivos.

**2.1.4 - Visita domiciliária**

A visita domiciliária global apresenta um mínimo de 79 e um máximo de 105 pontos sendo a média de 98,188 pontos, com um desvio padrão de 4,616 e um coeficiente de variação de 4,701%. Analisando as dimensões da escala individualmente podemos verificar que o ensino o valor mínimo obtido foi de 25 e o máximo de 39 pontos. A dimensão importância oscila entre um mínimo de 25 e um máximo de 27 pontos. Empatia tem um valor mínimo de 16 e máximo de 24 pontos. A dimensão informação varia entre um mínimo de 11 e um máximo de 15 pontos (cf. Tabela 10).

Observamos em termos de curtosis que, as curvas da dimensão ensino e visita domiciliária global apresentam-se leptocúrticas, já as restantes dimensões apresentam curvas com uma distribuição platicúrtica. Relativamente à assimetria a distribuição

apresenta-se igual para todas as dimensões e para o global da visita domiciliária, é uma distribuição assimétrica negativa em termos de dispersão esta é fraca. (cf. Tabela 10).

**Tabela 10 - Estatísticas das dimensões da escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto**

<b>Dimensões</b>	<b>Min.</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>
Ensino	25.00	39.00	37.221	2.497	6.708	-8.657	10.634
Importância	25.00	27.00	26.614	0.732	2.750	-7.132	1.673
Empatia	16.00	24.00	21.704	1.812	8.348	-3.360	0.6
Informação	11.00	15.00	12.647	0.908	7.179	-2.666	1.763
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>79.00</b>	<b>105.00</b>	<b>98.188</b>	<b>4.616</b>	<b>4.701</b>	<b>-6.242</b>	<b>5.462</b>

Depois de determinadas as estatísticas, por forma a classificarmos a visita domiciliaria efetuamos grupos de corte para a globalidade da escala tendo por base os percentis 25 e 75 conforme descrito na metodologia. Assim, resultaram três grupos que foram designados:

- Visita domiciliária inadequada (<97)
- Visita domiciliária adequada (≥97) e < 101
- Visita domiciliária muito adequada (≥101)

Das puérperas que participaram no estudo 38,5% consideram a visita domiciliária inadequada seguindo-se as que avaliam como muito adequada com 43,4% (cf. Tabela 11).

**Tabela 11 – Distribuição das puérperas de acordo com a classificação da visita domiciliária no pós-parto**

<b>Classificação da visita domiciliária no pós-parto</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Inadequada	47	38.5
Adequada	22	18.0
Muito adequada	53	43.4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

Relativamente à classificação da visita domiciliária no pós-parto segundo a faixa etária verificamos as puérperas com idade inferior a 35 anos são as que classificaram na sua maioria em muito adequada com 32% seguindo-se de 23,8% como inadequada. As puérperas com idade superior ou igual a 35 anos verificou-se um equilíbrio nos resultados com a classificação de muito adequada 11,5% e de inadequada 14,8% (cf. Tabela 12).

**Tabela 12 – Distribuição das puérperas de acordo com a classificação da visita domiciliária no pós-parto e o grupo etário**

Classificação	Grupo Etário <35		Grupo Etário ≥ 35		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	<35	≥ 35
Inadequada	29	23.8	18	14.8	47	38.5	-1.5	1.5
Adequada	17	13.9	5	4.1	22	18.0	0.9	-0.9
Muito adequada	39	32.0	14	11.5	53	43.4	0.8	-0.8
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>85</b>	<b>69.7</b>	<b>37</b>	<b>30.3</b>	<b>122</b>	<b>100</b>		

Relativamente à distribuição das participantes segundo a classificação da visita domiciliária em função dos sintomas depressivos constatamos que as que apresentam suspeita de sintomas depressivos classificaram a visita como muito adequada e adequada (0,8% cada uma) como nos mostra a tabela 13. Em relação as participantes que não tem sintomas depressivos a sua distribuição em relação a classificação da visita é simétrica com 38,5% a classificarem de inadequada e 42,6% de muito adequada (cf. Tabela 13). O teste de Fisher não apresenta significância estatística (Fisher = 2.162; p = 0.475).

**Tabela 13 - Distribuição das participantes segundo a classificação da visita domiciliária no pós-parto em função dos sintomas depressivos no pós-parto**

Sintomas depressivos no pós-parto Classificação	Sem sintomas depressivos		Suspeita de sintomas depressivos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insuficiente	47	38.5	0	0.0	47	38.5
Adequada	21	17.2	1	0.8	22	18.0
Boa	52	42.6	1	0.8	53	43.4
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>120</b>	<b>98.4</b>	<b>2</b>	<b>1.6</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Em síntese:**

- A escala de avaliação da visita domiciliária apresenta uma pontuação mínima de 79 e um máximo de 105 pontos, sendo a média de 98,188 pontos.
- A dimensão importância oscila entre um mínimo de 25 e um máximo de 27 pontos. Empatia tem um valor mínimo de 16 e máximo de 24 pontos. A dimensão informação varia entre um mínimo de 11 e um máximo de 15 pontos. Verificamos que o ensino tem como valor mínimo 25 e o máximo de 39 pontos.
- Das puérperas que participaram no estudo 43,4% avaliam como muito adequada a visita domiciliária seguindo-se as que consideram como inadequada com 38,5%.
- As inquiridas com idade inferior a 35 anos consideram com maior valor percentual (32%) que a visita domiciliária é muito adequada, contudo 23,8% consideram que a mesma é inadequada.
- As puérperas com idade superior ou igual a 35 anos verificou-se um equilíbrio nos resultados com a classificação de muito adequada 11,5% e de inadequada 14,8%.
- As participantes com suspeita de sintomas depressivos classificaram a visita domiciliária, uma como muito adequada e outra com inadequada.
- Relativamente as puérperas que não têm sintomas depressivos 38,5% classificaram como inadequada e 42,6% de muito adequada.
- O teste de Fisher não apresenta significância estatística (Fisher= 2.162; p= 0.475), respondendo já a uma das nossas questões de investigação. A variável psicológica (sintomas depressivos) não é preditora da importância que a puérpera atribui à visita domiciliária.

## 2.2 – Análise inferencial

Efetuada a caracterização da amostra e procurando dar respostas aos objetivos inicialmente definidos para esta investigação procede-se agora a uma análise mais detalhada dos resultados observados recorrendo-se para o efeito à análise inferencial com a qual se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e a variável dependente.

**Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, residência) na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária?**

### **Relação entre idade e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

De modo a percebermos de que forma a idade influencia a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária foi efetuado o teste U-Mann Whitney.

Verificou-se que as pontuações medianas das puérperas com idade inferior a 35 anos possuem valores mais elevados em todas as dimensões (à exceção da dimensão ensino). Assim constatamos a existência de diferenças estatísticas nas dimensões ensino e importância (cf. tabela 14).

**Tabela 14 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e os grupos etários**

Idade	<35 anos	≥35 anos	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	35.45	52.42	-2.027	<b>0.043</b>
Importância	64.24	55.22	-1.741	<b>0.082</b>
Empatia	63.50	56.91	-1.014	0.311
Informação	62.02	60.30	-0.326	0.744
<b>Visita domiciliária (total)</b>	64.39	54.85	-1.389	0.165

**Relação entre a nacionalidade e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Com a finalidade de verificar se existem diferenças estatísticas entre a nacionalidade a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária, aplicámos o teste de U Mann-Whitney (tabela 15). As ordenações médias indicam que as puérperas estrangeiras apresentam índices mais elevados em todas as dimensões, assim como no total da escala. Constatamos, portanto, que a dimensão ensino apresenta diferença estatística significativa, as dimensões importância e informação apresentam diferença estatística marginal. Também para o total da escala diferença estatística é bastante significativa. Desta forma, podemos concluir que existe relação entre a importância atribuída à visita domiciliária e a nacionalidade, à exceção da dimensão empatia.

**Tabela 15 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a nacionalidade**

Nacionalidade	Portuguesa	Outra	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	59.41	82.59	-2.246	<b>0.025</b>
Importância	60.06	76.00	-1.917	<b>0.055</b>
Empatia	59.97	76.91	-1.622	0.105
Informação	60.05	76.14	-1.894	<b>0.058</b>
<b>Visita domiciliária (total)</b>	58.85	88.27	-2.668	<b>0.008</b>

### **Relação entre o estado civil e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

A relação entre o estado civil e a visita domiciliária foi analisado com recurso ao teste de U Mann Whitney. Apuramos que as puérperas solteira/divorciada apresentam níveis mais elevados nas dimensões importância, empatia e no total da visita domiciliária do que as casada/união facto. Constata-se, porém, que não existem diferenças significativas entre o estado civil e a visita domiciliária. (cf. Tabela 16).

**Tabela 16 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o estado civil**

Estado Civil	Solteira/Divorciada	Casado/União facto	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	60.43	61.57	-0.089	0.929
Importância	68.57	61.07	-0.733	0.464
Empatia	83.64	60.15	-1.827	<b>0.068</b>
Informação	55.71	61.85	-0.587	0.557
<b>Visita domiciliária (total)</b>	70.93	60.93	-0.736	0.462

### **Relação entre a escolaridade e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para verificamos se a escolaridade influencia a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis. Analisando a tabela 17, podemos constatar que a escolaridade não influencia a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária.

**Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e a escolaridade**

Escolaridade	Básico	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	57.39	59.38	64.59	0.938	0.626
Importância	58.04	67.06	57.03	4.199	0.122
Empatia	64.89	63.66	58.55	0.812	0.666
Informação	59.11	62.74	60.92	0.249	0.883
<b>Visita domiciliária (total)</b>	61.96	61.86	61.04	0.18	0.991

**Relação entre a situação profissional e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para verificarmos se a situação profissional influencia a importância da visita domiciliária, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 18 podemos constatar que, as puérperas empregadas apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no global da escala à exceção das dimensões importância e empatia.

No entanto, observando os valores de prova constatamos que a situação profissional não influencia a visita domiciliária.

**Tabela 18 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a situação profissional**

Situação profissional	Empregada	Desempregada	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	62.82	54.78	-1.007	0.314
Importância	60.61	66.03	-0.842	0.400
Empatia	60.38	67.23	-0.848	0.397
Informação	62.34	57.23	-0.778	0.436
<b>Visita domiciliária (total)</b>	61.85	59.70	-0.252	0.801

### **Relação entre a residência e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para verificarmos se a residência influencia a importância da visita domiciliar, efetuamos um teste t, analisando a tabela 19 podemos constatar que, as puérperas do meio rural e urbano apresentam, valores muito semelhantes em todas as dimensões à exceção do total da visita domiciliar e da dimensão ensino. Os resultados encontrados não são suficientes para evidenciar diferenças estatisticamente significativas pelo que infirmamos a relação entre as variáveis em estudo.

**Tabela 19 - Teste t para diferença de médias entre a residência e a escala da visita domiciliar no pós-parto**

Residência	Rural		Urbana		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ensino	36.843	2.436	37.493	2.523	0.006	-1.423	0.938
Importância	26.627	0.747	26.605	0.726	0.003	0.162	0.956
Empatia	21.686	1.702	21.718	1.898	1.654	-0.096	0.201
Informação	12.549	0.923	12.718	0.897	1.387	-1.015	0.241
<b>Visita domiciliar (total)</b>	97.705	4.234	98.535	4.872	0.562	-0.979	0.455

#### **Em síntese:**

- A idade apresenta diferenças estatísticas significativas referentes à dimensão ensino e diferença marginal na dimensão importância.
- Existe relação entre a visita domiciliar e a nacionalidade nas dimensões ensino, importância, informação e também no total da visita domiciliar.
- Não existe relação entre o estado civil, escolaridade, situação profissional, residência, e a visita domiciliar.

**Que impacto têm as variáveis obstétricas na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?**

**Relação entre o número de gestações e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para testar se as medianas populacionais da avaliação da visita domiciliária são iguais em relação ao número de gestações realizamos um teste de Kruskal-Wallis. Pela análise da tabela 20, verificamos que as puérperas que tiveram uma gestação atribuem melhor avaliação em todas as dimensões exceto na dimensão empatia e no total da visita domiciliária. De realçar também que os valores mais baixos em todas as dimensões se encontram nas puérperas que têm mais do que três gestações. Contudo, verificamos que o número de gestações não influencia a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária.

**Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis, entre a visita no pós-parto e o número de gestações**

Gestações	Uma	Duas	≥Três	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	62.19	62.18	58.03	0.271	0.873
Importância	62.56	62.27	56.78	0.775	0.679
Empatia	60.94	64.33	56.23	0.879	0.644
Informação	62.44	60.97	60.25	0.127	0.938
<b>Visita domiciliária (total)</b>	60.87	63.33	58.80	0.270	0.874

**Relação entre o número de partos e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para verificamos se o número de partos influencia a importância da visita domiciliária, efetuamos um teste t, analisando a tabela 21 podemos constatar que existem, diferenças estatísticas significativas nas dimensões importância e empatia.

**Tabela 21 - Teste t para diferença de médias entre o número de partos e a escala da visita domiciliária no pós-parto**

Número de partos	Primípara		Multípara		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ensino	37.147	2.689	37.314	2.255	0.414	-0.367	0.521
Importância	26.691	0.674	26.518	0.794	5.152	1.297	<b>0.025</b>
Empatia	21.823	1.647	21.555	2.006	5.107	0.810	<b>0.026</b>
Informação	12.705	0.931	12.574	0.881	0.231	0.795	0.631
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>98.367</b>	<b>4.418</b>	<b>97.963</b>	<b>4.887</b>	<b>0.936</b>	<b>0.474</b>	<b>0.335</b>

**Relação entre a existência de abortos e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para verificamos se a existência de abortos influencia a importância da visita domiciliária, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 22 podemos constatar que, as puérperas que já tiveram aborto apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no total da visita domiciliária, no entanto sem diferenças estatísticas significativas.

**Tabela 22 - Teste de U Mann Whitney, relacionan a visita domiciliária no pós-parto e as suas dimensões com os abortos**

Abortos	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	63.69	60.91	-0.386	0.700
Importância	68.88	59.50	-1.614	0.107
Empatia	69.38	59.36	-1.372	0.170
Informação	69.67	59.29	-1.748	0.080
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>70.15</b>	<b>59.16</b>	<b>-1.426</b>	<b>0.154</b>

### **Relação entre o tipo de parto e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para saber qual a relação entre o tipo de parto e a importância da visita domiciliar realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise do quadro 23, verificamos que as puérperas que tiveram parto eutócico atribuem maior importância em todas as dimensões e no total da escala exceto na empatia e na informação.

Na análise desta relação foi encontrada diferença estatística significativa na dimensão ensino e total da escala.

**Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis, entre a visita domiciliar no pós-parto e o tipo de parto**

Tipo de parto	Eutócico	Distócico	Ambos	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	72.73	50.30	55.47	12.965	<b>0.002</b>
Importância	63.27	60.58	58.15	0.593	0.743
Empatia	64.93	55.32	67.44	2.844	0.241
Informação	61.33	58.88	69.47	1.956	0.376
<b>Visita domiciliar (total)</b>	69.75	50.47	64.97	8.155	<b>0.017</b>

### **Relação entre o tipo de agregado familiar e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para verificarmos se o tipo de agregado familiar influencia a importância atribuída à visita domiciliar, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 24 podemos constatar que, as puérperas com “Outro” agregado familiar apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no total da escala à exceção da dimensão informação. No entanto, constatamos a ausência de significado estatístico entre o agregado familiar e a visita domiciliar.

**Tabela 24 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o tipo de agregado familiar**

Agregado familiar	Família nuclear	Outra	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	61.50	61.58	-0.006	0.995
Importância	61.20	67.33	-0.557	0.577
Empatia	60.94	72.33	-0.824	0.410
Informação	61.54	60.75	-0.070	0.944
<b>Visita domiciliária (total)</b>	61.04	70.33	-0.636	0.525

**Relação entre o número de consultas de vigilância da gravidez e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para verificarmos se o número de consultas de vigilância da gravidez influencia a importância atribuída à visita domiciliária, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 25 podemos constatar que, as puérperas que tiveram cinco ou menos consultas apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no total da visita domiciliária à exceção da dimensão empatia. No entanto, constatamos a ausência de significância estatística entre o número de consultas e a visita domiciliária.

**Tabela 25 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e o número de consultas**

Número de consultas	≤5	>5	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	76.56	60.44	-1.350	0.177
Importância	67.69	61.07	-0.688	0.491
Empatia	52.50	62.13	-0.797	0.425
Informação	63.81	61.34	-0.252	0.801
<b>Visita domiciliária (total)</b>	65.50	61.22	-0.335	0.737

### **Relação entre o planejamento da gravidez e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para verificamos se o planejamento da gravidez influencia a importância atribuída à visita domiciliar, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 26 podemos constatar que, as puérperas que não planejaram a gravidez atribuíram mais importância a visita domiciliar, contudo não foi observada significância estatística.

**Tabela 26 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliar no pós-parto e o planejamento da gravidez**

Planeamento da gravidez	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	60.76	65.07	-0.551	0.582
Importância	66.50	60.46	-0.958	0.338
Empatia	60.89	64.45	-0.450	0.653
Informação	62.23	57.98	-0.660	0.509
<b>Visita domiciliar (total)</b>	60.98	64.00	-0.361	0.718

### **Relação entre a vigilância da gravidez e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para verificamos se a vigilância da gravidez influencia a importância atribuída à visita domiciliar, efetuamos um teste de U Mann Whitney, analisando a tabela 27 podemos constatar que, as puérperas que não vigiaram apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no total da visita domiciliar à exceção da dimensão informação. No entanto, Não foi observada significância estatística.

**Tabela 27 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliária no pós-parto e a vigilância da gravidez**

Vigilância da gravidez	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	60.71	74.43	-1.079	0.281
Importância	61.20	66.50	-0.518	0.604
Empatia	61.03	69.21	-0.637	0.524
Informação	61.85	55.71	-0.587	0.557
<b>Visita domiciliária (total)</b>	60.85	72.21	-0.837	0.403

**Relação entre o local de vigilância da gravidez e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para saber qual a relação entre o local de vigilância da gravidez e a importância atribuída à visita domiciliária realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise da tabela 28, verificamos que as puérperas vigiaram a gravidez em ambos os locais atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e no total da visita domiciliária. Em relação as puérperas que vigiaram a gravidez no hospital em comparação as que vigiaram no privado/centro de saúde apresentam valores semelhantes. Contudo, não foi observada significância estatística.

**Tabela 28 - Teste de Kruskal-Wallis, entre a visita domiciliária no pós-parto e o local de vigilância da gravidez**

Local de vigilância	Hospital CHUCB	Centro de saúde/ privado	Ambos	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ensino	61.32	57.18	77.40	1.434	0.488
Importância	62.00	56.39	65.60	0.686	0.710
Empatia	60.44	67.29	67.20	0.685	0.710
Informação	61.14	60.04	73.00	0.976	0.614
<b>Visita domiciliária (total)</b>	60.87	61.18	75.30	0.816	0.665

## Relação entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto

Para analisarmos a relação entre a frequência do curso de preparação para o parto e parentalidade e a importância atribuída à visita domiciliar, utilizamos um Teste t, (cf. Tabela 29), onde se pode observar que as puérperas que realizaram o curso apresentam valores mais elevados no total da visita domiciliar. Contudo, apenas foi encontrada significância estatística para a dimensão ensino

**Tabela 29 - Teste t para diferença de médias entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e a visita domiciliar no pós-parto**

Curso PPP	Sim		Não		Levensp	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ensino	37.571	1.767	36.986	2.874	5.436	-1.272	<b>0.021</b>
Importância	26.591	0.761	26.630	0.716	0.371	0.282	0.544
Empatia	21.551	1.871	21.808	1.776	0.076	0.767	0.783
Informação	12.734	0.884	12.589	0.925	1.434	-0.867	0.233
<b>Visita domiciliar (total)</b>	<b>98.449</b>	<b>3.968</b>	<b>98.013</b>	<b>5.023</b>	<b>1.997</b>	<b>-0.509</b>	<b>0.160</b>

### Em síntese:

- O número de partos apenas é influenciador na importância atribuída à visita domiciliar nas dimensões importância e empatia apresentando diferenças estatísticas significativas.
- Há relação entre o tipo de parto e a visita domiciliar uma vez que se registaram diferenças estatisticamente significativas quer no total quer na dimensão ensino.
- As puérperas que já tiveram parto eutócico atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e no total da escala exceto na empatia e na informação. As que atribuem os valores mais baixos na maioria das dimensões (a exceção da dimensão importância) são as puérperas de parto distócico.
- O curso de PPP tem influência na importância atribuída à visita domiciliar na dimensão ensino, verificamos diferenças estatisticamente significativas.

Apuramos, também, que as puérperas que frequentam o curso de PPP apresentam valores medianos mais elevados do que as que não frequentam.

- Não existe relação entre o número de gestações, existência de abortos, tipo de agregado familiar, número de consultas de vigilância da gravidez, planeamento da gravidez, vigilância da gravidez e o seu local de vigilância e a importância atribuída à visita domiciliária.

**Em que medida as variáveis de contexto puerperal (dúvidas) interferem na importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto?**

### **Relação entre as dúvidas sobre o puerpério e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária no pós-parto**

Para analisarmos a relação entre a existência de dúvidas nas puérperas, relativas ao puerpério, e importância atribuída à visita domiciliária, utilizamos um Teste t, (cf. Tabela 30). Podemos observar que as puérperas que não apresentam dúvidas sobre o puerpério apresentam valores mais elevados em todas as dimensões e no total da escala à exceção da dimensão empatia. No entanto apenas foi encontrada significância estatística para a dimensão ensino.

**Tabela 30 - Teste t para diferença de médias entre as relativas ao puerpério e a visita domiciliária no pós-parto**

Dúvidas relativas ao puerpério	Sim		Não		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ensino	36.454	3.015	37.653	2.050	5.679	2.607	<b>0.019</b>
Importância	26.500	0.762	26.679	0.711	2.568	1.304	0.112
Empatia	21.727	1.743	21.692	1.860	0.160	-0.102	0.690
Informação	12.590	0.897	12.679	0.918	0.132	0.717	0.516
<b>Visita domiciliária (total)</b>	<b>97.272</b>	<b>5.132</b>	<b>98.705</b>	<b>4.246</b>	<b>1.868</b>	<b>1.658</b>	<b>0.174</b>

## **Relação entre as dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar no pós-parto**

Para verificarmos se as dúvidas sobre os cuidados ao RN influenciam a importância atribuída à visita domiciliar, efetuamos um teste de U Mann Whitney. Analisando a tabela 31 podemos constatar que, as puérperas que não têm dúvidas sobre os cuidados ao RN apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no total da visita domiciliar à exceção da dimensão importância. No entanto, não foi observada significância estatística.

**Tabela 31 - Teste de U Mann Whitney, entre a visita domiciliar no pós-parto e as dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido**

<b>Dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
	<b>Ordenação Média</b>	<b>Ordenação Média</b>		
Ensino	59.48	67.98	-1.225	0.221
Importância	62.39	58.66	-0.667	0.505
Empatia	61.37	61.93	-0.081	0.939
Informação	61.16	62.59	-0.249	0.803
<b>Visita domiciliar (total)</b>	60.15	65.83	-0.765	0.444

### **Em síntese:**

- A única variável influenciadora relativamente ao contexto puerperal (dúvidas) são as dúvidas relativas ao puerpério. Verificamos que na dimensão ensino há diferenças estatisticamente significativas.
- As puérperas que não têm dúvidas relativas ao puerpério apresentam valores mais elevados em todas as dimensões e no total da visita domiciliar à exceção da dimensão empatia.
- Constatamos a ausência de significado estatístico entre as dúvidas sobre os cuidados ao RN e a visita domiciliar.

**Que variáveis sociodemográficas (idade) variáveis de contexto obstétrico, do puerpério e sintomas de depressão são preditoras da visitação domiciliar?**

Para dar resposta a esta questão de investigação recorreremos a uma regressão linear múltipla univariada, dado tratar-se do método estatístico multivariado mais adequado quando se pretende estudar a relação entre uma variável dependente de natureza numérica com múltiplas variáveis independentes também numéricas em simultâneo.

Como refere Marôco (2018) no modelo de regressão multivariado também poderão entrar variáveis nominais desde que as mesmas sejam transformadas antecipadamente em variáveis mudas (dummy variable). Foi o procedimento que efetuamos com as variáveis Vigilância da gravidez, Curso de PPP, Dúvidas sobre o puerpério, Dúvidas sobre o recém-nascido sendo atribuído para todas as variáveis descritas o código 1 a quem respondeu sim e 0 a quem respondeu não.

Para a seleção das variáveis preditoras foi usado método de entrada (enter).

**Relação entre variáveis independentes e variável dependente (ensino)**

Estudamos em primeiro lugar a relação entre as variáveis independentes (idade, número de gestações, número de partos, número de abortos, número de consultas, vigilância da gravidez, curso de PPP, dúvidas sobre o puerpério, dúvidas acerca do RN e sintomas depressivos) e o ensino. A tabela 32 mostra os valores correlacionais, obtidos denotando-se que com exceção do número de abortos e curso de PPP todas as variáveis presentes no estudo apresentam correlações negativas, mas não significativas inferindo-se assim que as participantes no estudo mais jovens, com menos gestações e partos, com menor vigilância da gravidez e menos consultas, com menos dúvidas sobre o puerpério e com o RN, e sem sintomas depressivos, mas com maior participação no curso de PPP e maior número de abortos revelam mais ensino (cf. tabela 32).

**Tabela 32 - Correlações de Pearson entre ensino e variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0.056	0.269
Número de gestações	-0.016	0.429
Número de partos	-0.026	0.388
Número de abortos	0.013	0.444
Número de consultas	-0.069	0.226
Vigilância da gravidez	-0.091	0.158
Curso de PPP	0.115	0.103
Dúvidas sobre o puerpério	-0.231	0.005
Dúvidas sobre o recém-nascido	-0.059	0.260
Sintomas depressivos	-0.028	0.379

Efetuamos, entretanto, a regressão linear múltipla cujos resultados se apresentam no quadro 4. Inferimos que as variáveis no seu conjunto explicam 10,9% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 2,450. Os valores de F não são estatisticamente significativos já para os valores de t existe significância estatística para o curso de PPP e as dúvidas sobre o puerpério, pelo que podemos afirmar que estas variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no ensino. Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é o número de gestações e o de menor peso é a variável número de consultas. Apenas a variável número de partos, número de abortos e curso PPP estabelecem com o ensino uma relação direta, pelo que podemos afirmar que quanto maior número de partos e abortos, maior participação no curso de PPP, menor idade, menos gestações, menor número de consultas e vigilância da gravidez, menos dúvidas sobre o puerpério e RN e sem sintomas depressivos melhor avaliação atribuída ao ensino.

#### Quadro 4 - Regressão múltipla entre variáveis independentes e o ensino

Variável dependente: Ensino					
R = 0,330					
R <sup>2</sup> = 0,109					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,038					
Erro padrão de estimativa = 2,450					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,109					
F=1,525					
p = 0,148					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	41,356				
<b>Idade</b>	-0,040	-0,076	-0,779	0,438	1,196
<b>Número de gestações</b>	-0,930	-0,338	-0,522	0,603	52,836
<b>Número de partos</b>	0,458	0,135	0,255	0,799	35,368
<b>Número de abortos</b>	1,167	0,215	0,640	0,523	14,156
<b>Número de consultas</b>	-0,042	-0,031	-0,280	0,780	1,582
<b>Vigilância da gravidez</b>	-1,266	-0,118	-1,069	0,287	1,539
<b>Curso de PPP</b>	0,819	0,161	1,669	0,098	1,177
<b>Dúvidas sobre o puerpério</b>	-1,419	-0,274	-2,828	<b>0,006</b>	1,179
<b>Dúvidas sobre o recém-nascido</b>	-0,513	-0,088	-0,850	0,397	1,342
<b>Sintomas depressivos</b>	-0,042	-0,049	-0,521	0,604	1,088

#### Relação entre variáveis independentes e variável dependente (importância)

Estudamos em segundo lugar a relação entre as variáveis independentes e a importância atribuída pela puérpera à visita domiciliar. Os valores correlacionais (cf. Tabela 33), variam entre ( $r = 0.075$ ) dúvidas sobre o RN e ( $r = 0.093$ ) número de abortos. Observamos que a maioria das variáveis apresenta uma correlação negativa e, por conseguinte, uma variação inversa, à exceção das dúvidas sobre o RN e número de abortos. A variável número de partos apresenta diferença estatística significativa e a idade e as dúvidas sobre o RN diferença estatística marginal.

**Tabela 33 - Correlações de Pearson entre importância e variáveis independentes**

Variáveis	r	P
Idade	-0.143	<b>0.058</b>
Número de gestações	-0.095	0.150
Número de partos	-0.186	<b>0.020</b>
Número de abortos	0.093	0.154
Número de consultas	-0.046	0.309
Vigilância da gravidez	-0.034	0.356
Curso de PPP	-0.026	0.389
Dúvidas sobre o puerpério	-0.118	0.097
Dúvidas sobre o recém-nascido	0.075	0.207
Sintomas depressivos	-0.011	0.450

Os resultados obtidos com a regressão linear múltipla apresentam-se no quadro 7. Inferimos que as variáveis no seu conjunto explicam 10,7% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 0,719. Os valores de F não são estatisticamente significativos o mesmo ocorrendo para os valores de t, a exceção das dúvidas sobre o puerpério ( $p=0,036$ ).

Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é o número de partos, seguida das dúvidas sobre o puerpério, sendo as dúvidas sobre o RN a que apresenta menor peso. Os resultados indicam que quanto mais gestações e abortos, menor participação no curso de PPP, menor idade, menor número de partos, menor número de consultas e vigilância da gravidez, menos dúvidas sobre o puerpério e RN e sem sintomas depressivos melhor avaliação atribuída à importância.

**Quadro 5 - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a importância**

<b>Variável dependente: Importância</b>					
R = 0,326					
R <sup>2</sup> = 0,107					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,035					
Erro padrão de estimativa = 0,719					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,107					
F=1,485					
p = 0,162					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Constante	27,872				
<b>Idade</b>	-0,012	-0,078	-0,798	0,427	1,196
<b>Número de gestações</b>	-0,157	0,195	-0,301	0,764	52,836
<b>Número de partos</b>	-0,440	-0,445	-0,837	0,404	35,368
<b>Número de abortos</b>	0,045	0,028	0,084	0,933	14,156
<b>Número de consultas</b>	-0,017	-0,043	-0,380	0,705	1,582
<b>Vigilância da gravidez</b>	-0,188	-0,060	-0,540	0,591	1,539
<b>Curso de PPP</b>	-0,063	-0,043	-0,440	0,661	1,177
<b>Dúvidas sobre o puerpério</b>	-0,312	-0,205	-2,119	<b>0,036</b>	1,179
<b>Dúvidas sobre o recém-nascido</b>	-0,016	-0,009	-0,089	0,929	1,342
<b>Sintomas depressivos</b>	-0,014	-0,055	-0,584	0,560	1,088

**Relação entre variáveis independentes e variável dependente (empatia)**

Pela análise da tabela 34, constatamos que as correlações oscilam entre (r = -0,149) a idade e (r = 0,005) nas dúvidas sobre o RN. Verificamos ainda que a maioria das variáveis apresenta correlação negativa à exceção do número de abortos, as dúvidas sobre o puerpério e o RN e os sintomas depressivos.

**Tabela 34 - Correlações de Pearson entre empatia e variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0.149	<b>0.050</b>
Número de gestações	-0.042	0.323
Número de partos	-0.112	0.109
Número de abortos	0.072	0.215
Número de consultas	-0.007	0.470
Vigilância da gravidez	-0.040	0.330
Curso de PPP	-0.070	0.222
Dúvidas sobre o puerpério	0.009	0.459
Dúvidas sobre o recém-nascido	0.005	0.479
Sintomas depressivos	0.011	0.450

Os resultados da regressão linear múltipla apresentam-se no quadro 6. No seu conjunto as variáveis manifestas explicam 5,5% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 1,830. Os valores de F não são estatisticamente significativos o mesmo ocorrendo para os valores de t, pelo que podemos afirmar que nenhuma das variáveis é preditiva da empatia.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é o número de partos, sendo as dúvidas sobre o puerpério a que apresenta menor peso. Os resultados indicam que quanto mais gestações e número de consultas, menor participação no curso de PPP, menor idade, menor número de partos, menor número de abortos, menor vigilância da gravidez, menos dúvidas sobre o puerpério e RN e sem sintomas depressivos melhor avaliação atribuída à empatia.

### Quadro 6 - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a empatia

<b>Variável dependente: Empatia</b>					
R = 0,235					
R <sup>2</sup> = 0,055					
R <sup>2</sup> Ajustado = - 0,021					
Erro padrão de estimativa = 1,830					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,055					
F= 0,728					
p = 0,683					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Constante	24,137				
<b>Idade</b>	-0,041	-0,105	-1,047	0,297	1,196
<b>Número de gestações</b>	1,240	0,622	0,931	0,354	52,836
<b>Número de partos</b>	-1,623	-0,663	-1,213	0,228	35,368
<b>Número de abortos</b>	-0,870	-0,221	-0,639	0,524	14,156
<b>Número de consultas</b>	0,028	0,029	0,254	0,800	1,582
<b>Vigilância da gravidez</b>	-0,549	-0,071	-0,621	0,536	1,539
<b>Curso de PPP</b>	-0,266	-0,072	-0,726	0,470	1,177
<b>Dúvidas sobre o puerpério</b>	-0,095	-0,025	-0,253	0,800	1,179
<b>Dúvidas sobre o recém-nascido</b>	-0,315	-0,074	-0,699	0,486	1,342
<b>Sintomas depressivos</b>	-0,023	-0,037	-0,382	0,703	1,088

#### **Relação entre variáveis independentes e variável dependente (informação)**

Para a informação analisando a tabela 35, demonstra-nos que as variáveis independentes apresentam correlações que variam entre ( $r = 0,116$ ) no número de abortos e ( $r = 0,000$ ) no número de consultas.

**Tabela 35 - Correlações de Pearson entre informação e variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0.039	0.336
Número de gestações	0.032	0.363
Número de partos	-0.017	0.426
Número de abortos	0.116	0.101
Número de consultas	0.000	0.499
Vigilância da gravidez	0.060	0.257
Curso de PPP	0.079	0.194
Dúvidas sobre o puerpério	-0.047	0.304
Dúvidas sobre o recém-nascido	-0.026	0.388
Sintomas depressivos	-0.116	0.103

Efetuamos, entretanto, a regressão linear múltipla cujos resultados se apresentam no quadro 7. Inferimos que as variáveis no seu conjunto explicam 4,4% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 0,923. Os valores de F não são estatisticamente significativos o mesmo ocorrendo para os valores de t.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é o número de gestações, sendo a idade a que apresenta menor peso. Os resultados indicam que quanto maior número de partos, número de abortos, mais vigilância da gravidez, maior participação no curso de PPP, menor idade, menor número de gestações, menor número de consultas, menos dúvidas sobre o puerpério e RN e sem sintomas depressivos melhor avaliação atribuída à informação.

**Quadro 7 - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a informação**

<b>Variável dependente: Informação</b>					
R = 0,210					
R <sup>2</sup> = 0,044					
R <sup>2</sup> Ajustado = - 0,033					
Erro padrão de estimativa = 0,923					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,044					
F= 0,573					
p = 0,817					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Constante	13,159				
<b>Idade</b>	-0,014	-0,017	-0,705	0,482	1,196
<b>Número de gestações</b>	-0,730	-0,731	1,088	0,279	52,836
<b>Número de partos</b>	0,687	0,560	1,019	0,311	35,368
<b>Número de abortos</b>	0,966	0,489	1,406	0,163	14,156
<b>Número de consultas</b>	-0,032	-0,065	-0,562	0,576	1,582
<b>Vigilância da gravidez</b>	0,301	0,077	0,676	0,500	1,539
<b>Curso de PPP</b>	0,194	-0,072	0,105	1,052	0,295
<b>Dúvidas sobre o puerpério</b>	-0,128	-0,068	-0,678	0,499	1,179
<b>Dúvidas sobre o recém-nascido</b>	-0,097	-0,046	-0,027	0,670	1,342
<b>Sintomas depressivos</b>	-0,033	-0,104	-1,085	0,280	1,088

**Relação entre variáveis independentes e variável dependente (visita domiciliária global)**

Estudamos também a relação entre a visita domiciliária global com as mesmas variáveis já mencionadas. As variáveis número de gestações, número de abortos, curso de PPP apresentam uma correlação positiva já as restantes variáveis exibem uma correlação negativa, o que se pode concluir que quanto maior os valores nestas variáveis menor é a avaliação atribuída à visita domiciliária. As variáveis idade e dúvidas sobre o puerpério apresentam diferenças com significado estatístico marginal.

**Tabela 36 - Correlações de Pearson entre visita domiciliária e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0.119	<b>0.095</b>
Número de gestações	0.034	0.355
Número de partos	-0.091	0.159
Número de abortos	0.073	0.212
Número de consultas	-0.047	0.303
Vigilância da gravidez	-0.059	0.260
Curso de PPP	0.046	0.306
Dúvidas sobre o puerpério	-0.150	<b>0.050</b>
Dúvidas sobre o recém-nascido	-0.023	0.400
Sintomas depressivos	-0.035	0.349

No que diz respeito à regressão linear múltipla cujos resultados se apresentam no quadro 8 inferimos que as variáveis no seu conjunto explicam 8% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 4,602. Os valores de F não são estatisticamente significativos o mesmo ocorrendo para os valores de t.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é as dúvidas sobre o puerpério e com menor peso é o número de consultas. Os resultados indicam que quanto maior número de gestações, número de consultas, menor idade, menor número de partos e abortos, menor vigilância da gravidez, menor participação no curso de PPP, menos dúvidas sobre o puerpério e RN e sem sintomas depressivos melhor avaliação atribuída à visita domiciliária.

**Quadro 8 - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a visita domiciliar**

<b>Variável dependente: Visita domiciliar</b>					
R = 0,283					
R <sup>2</sup> = 0,080					
R <sup>2</sup> Ajustado = - 0,006					
Erro padrão de estimativa = 4,602					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,080					
F= 1,080					
p = 0,383					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Constante	106,524				
<b>Idade</b>	-0,107	-0,109	-1,097	0,275	1,196
<b>Número de gestações</b>	-0,263	-0,052	-0,078	0,938	52,836
<b>Número de partos</b>	-0,919	-0,147	-0,273	0,785	35,368
<b>Número de abortos</b>	1,307	0,130	0,382	0,703	14,156
<b>Número de consultas</b>	-0,062	-0,025	-0,220	0,826	1,582
<b>Vigilância da gravidez</b>	-1,701	-0,086	-0,765	0,446	1,539
<b>Curso de PPP</b>	0,684	0,073	0,742	0,460	0,295
<b>Dúvidas sobre o puerpério</b>	-1,954	-0,204	-2,074	<b>0,040</b>	1,179
<b>Dúvidas sobre o recém-nascido</b>	-0,941	-0,087	-0,830	0,408	1,342
<b>Sintomas depressivos</b>	-0,112	-0,070	-0,738	0,462	1,088



### 3. Discussão dos resultados

Com a apresentação dos resultados é fundamental a discussão dos resultados de modo a responder às questões de investigação e aos objetivos do nosso estudo.

Num estudo científico a discussão dos resultados é uma fase essencial, pois levamos a entender os dados recolhidos e comparar com as conceptualizações teóricas que serviram de base à nossa investigação. Deste modo, este capítulo, possibilita-nos destacar os resultados mais significativos, não descurando a identificação das limitações identificadas no decurso da realização do presente estudo.

É na discussão que o investigador averigua os principais resultados da investigação, agregando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação (Fortin, 2009).

Assim, neste capítulo apresentamos a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados. Previamente, à discussão dos resultados obtidos considera-se importante fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, referindo e justificando algumas das dificuldades e limitações que surgiram nas diferentes etapas do processo de investigação.

#### 3.1 Discussão metodológica

A metodologia traçada para esta investigação teve em consideração a temática do estudo em questão, as variáveis envolvidas e os objetivos delineados. Para o seu desenvolvimento optámos por um estudo empírico, quantitativo, não-experimental, em corte transversal, descritivo, correlacional e analítico onde se pretendeu avaliar a importância atribuída pela puérpera à visita domiciliária no pós-parto e identificar a relação entre a variável dependente e independentes.

Relativamente aos procedimentos formais e éticos, estes foram cumpridos com rigor garantindo a confidencialidade, anonimato, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica.

Contudo, durante o decorrer desta investigação encaramos com algumas dificuldades metodológicas que passamos a descrever.

O instrumento de recolha de dados foi fornecido às participantes pelos profissionais de saúde do serviço no seu domicílio podendo a presença do profissional ter interferido nas respostas para além de que os resultados dependem da sinceridade e disponibilidade das mesmas. No mesmo instrumento de recolha de dados importa salientar a utilização de instrumentos validados para a população portuguesa. As participantes foram recrutadas por um processo de amostragem não probabilística.

O facto do presente estudo ser transversal, indica algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Sendo um estudo curto e metodologicamente menos complexo é considerado benéfico. Porém não existe um seguimento da problemática em estudo uma vez que esta é centrada no momento da recolha do instrumento de dados.

Outra limitação encontrada consiste no facto das participantes terem sido recrutadas, segundo um processo de amostragem por conveniência, o que concerne à partida algumas limitações. Os resultados dependem da sinceridade e honestidade das inquiridas, para além de impedir a generalização dos resultados.

Mesmo com as limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual permitiu um conhecimento mais consistente da importância que a puérpera atribui à visita domiciliária, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicológicas.

### 3.2 Discussão dos resultados

A amostra é constituída por 122 puérperas, sendo que 43,4% considera a visita domiciliária muito adequada. Já 38,5% consideram a visita domiciliária inadequada seguindo-se das que apenas a consideram adequada (18%).

Resultados semelhantes foram encontrados, num estudo realizado por Piteira em 2016 com puérperas no qual todas se consideraram muito satisfeitas com a visita domiciliária. Outro estudo realizado por Claro em 2014, em que participaram 34 mulheres utilizando a mesma escala EAVDPP, afirmou que 65% das puérperas classificou a visita

domiciliária como boa e 35% de insuficiente. Outro estudo que corrobora com os resultados obtidos foi Oliveira et al (2012) com 42 puérperas em que estas se mostraram satisfeitas com a visita domiciliária efetuada, enaltecendo o apoio e as orientações concedidas pelos enfermeiros.

Pinto (2017) certifica também que a opinião dos casais em estudo é de que a visita domiciliária é uma mais-valia proporcionando, assim, segurança, conhecimentos e ações facilitadoras do desempenho de competências parentais. Estudos de Lacerda (2010) e Graça (2010) e a revisão da literatura realizada por McNaughton (2000) reforçam a importância atribuída pela puérpera à visita domiciliária.

Branca (2018) conferiu, também no seu estudo com 13 puérperas, uma satisfação de 100% na visita domiciliária. Da mesma opinião comunga Rodrigues (2011) referindo que quase a totalidade das entrevistas (90%) é dada muita importância à visita domiciliária. Relativamente às atitudes face à visita domiciliária, todas as entrevistadas referem ter uma atitude positiva face à mesma, referindo-se à mesma como sendo um serviço bom, fundamental, essencial e até, perfeito. Os benefícios na prestação de cuidados e no bem-estar adquirido são o fundamento para esta atitude. (Rodrigues, 2011)

O estudo de Almeida (2011), em que participaram 175 puérperas e utilizando a mesma escala deste estudo, apresenta dados oposto, onde 45,70% consideraram a visita domiciliária insuficiente, 16,60% moderada e 37,70% boa.

A importância de visita domiciliária é salientada, também, na investigação de Pinto (2017) como uma estratégia essencial ao cuidar na parentalidade, capacitação e reforço de sentimentos de segurança e autoestima parental são pontos fulcrais da mesma. Sugere a difusão de intervenções domiciliárias de orientação e *follow up* durante os primeiros meses de vida da criança.

Para analisar que determinantes estão implícitos na importância que a puérpera atribui a visita domiciliária, colocámos quatro questões de investigação e iremos seguidamente proceder à sua análise.

### 3.2.1 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliar

A **idade** das puérperas estudadas é compreendida entre os 19 e os 46 anos, com uma média de idades de 32,1 ( $\pm 4,70$ ), sendo o grupo mais representativo o das puérperas com idade inferior a 35 anos, com uma percentagem de 69,7%. Os dados do estudo seguem a tendência atual onde a idade média para ter o primeiro filho é de 30,4 anos (INE, 2019). No entanto é considerado ainda por diversos autores, entre eles Graça (2017) o grupo etário (19-34 anos) ideal para uma gravidez que decorra sem complicações.

Relativamente à classificação da visita domiciliar segundo a faixa etária verificamos as puérperas com idade inferior a 35 anos são as que classificaram na sua maioria em muito adequada com 32% seguindo-se de 23,8% como inadequada. As puérperas com idade superior ou igual a 35 anos verificou-se um equilíbrio nos resultados com a classificação de muito adequada 11,5% e de inadequada 14,8%.

De modo a percebermos de que forma a idade influencia a visita domiciliar foi efetuado o teste U-Mann Whitney e verificamos que são as puérperas mais jovens a atribuírem valores mais elevados quer no total da escala como nos fatores (à exceção do fator ensino). Assim constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas entre as medianas das pontuações referentes ao fator ensino e marginal no fator importância. Estudo de Almeida (2011) corrobora a influência da idade na visita domiciliar, contudo nesse estudo foram as puérperas mais velhas que melhor classificaram a mesma. Segundo Lowdermilk (2008, p. 535)“a maneira de reagir ao nascimento do seu filho é influenciada por vários fatores, entre eles, a idade (...)”. Figueiredo (2005) refere que as mães adolescentes estabelecem menos interação que as mais adultas e que as dificuldades destas estão mais relacionadas com a adaptação às tarefas desenvolvimentais. De encontro ao nosso estudo Martins (2012) menciona que as mulheres com mais de 35 anos são mais seguras, com ideias mais claras e definidas face aos cuidados a prestar ao seu filho não necessitando tanto de apoio. No entanto as puérperas mais jovens tendem a classificar melhor a visita domiciliar porque são mais exigentes quanto à qualidade das informações e ensinamentos efetuados.

Constatamos pelos resultados obtidos que a **nacionalidade** influencia a visita domiciliar. Com a aplicação do teste de U Mann-Whitney verificamos que as

ordenações médias indicam que as puérperas estrangeiras apresentam índices mais elevados em todas os fatores e no total da escala. Constatamos, portanto, que o fator ensino apresenta diferença estatística significativa, os fatores importância e informação diferença estatística marginal e o total da visita domiciliária diferença estatística bastante significativa. No estudo de Reis (2014) os imigrantes consideram uma mais-valia os enfermeiros deslocarem-se ao domicílio e transmitirem conhecimentos importantes relativamente à vivência da situação. Evidenciam também uma necessidade de afirmação de pertença ao país que os acolheu. Outro fator que interfere na satisfação das puérperas é, a oferta de serviços semelhantes aos do país de origem uma vez que o apoio prestado no domicílio já ser prática comum nesses sítios. Nos Estados Unidos da América, houve um grande investimento na implementação de programas de visita domiciliária (modelo Nurse-Family Partnership). Em vários países a VD é gratuita, a participação é voluntária e o serviço está integrado num sistema abrangente de saúde materno-infantil como é o caso da Dinamarca, França, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido.

No entanto o estudo de Almeida et al (2016), 86 imigrantes puérperas estas consideram a visita domiciliária, insuficiente, referem que o atendimento não é equitativo nem personalizado.

Relativamente ao **estado civil**, 94,30% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto e não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a visita domiciliária. Contudo aferimos apenas uma diferença estatística marginal no fator empatia. Este estudo é corroborado por Almeida (2011) em que refere que puérperas solteiras atribuem uma avaliação superior à visita domiciliária. Heck e Parker (2002) referem que uma mãe solteira pode apresentar maiores sentimentos de solidão e isolamento, comparadas com as mães casadas sendo necessário recursos adaptativos.

No presente estudo, 45,10% das participantes possuía **formação académica** superior e 11,5% o ensino básico. Estes resultados confirmam os dados do INE (2011) dos Censos 2011, tendo revelado um aumento do nível de instrução da população portuguesa, sendo que, a população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou, face a 2001 e cerca dos 61% dos licenciados são do sexo feminino. No presente estudo não se verifica a relação entre a VD e a escolaridade. No estudo de Almeida (2011) foram encontradas diferenças na prevalência da avaliação da VD, contudo, surpreendentemente, registou uma tendência contrária à nossa, na medida em que no seu estudo as puérperas com menos estudos são as que atribuem menor importância à VD.

No entanto neste mesmo estudo as participantes possuíam na sua maioria o ensino primário, básico e secundário. Da mesma opinião comunga Claro (2014) quando afirma que as puérperas com o ensino superior classificaram com maior percentagem a VD como boa. Kitzinger (2011) determinou que habilitações literárias menores eram preditores de uma classificação menor relativamente a VD. Coutinho (2014) afirma que a escolaridade como determinante de acesso à saúde.

Quanto à influência da **situação profissional** e a classificação da VD esta não foi demonstrada. Verificamos que a maior percentagem, 83,6%, das puérperas é empregada e 16,4% é desempregada. Segundo o relatório para o desenvolvimento humano de 2018 enfatiza que as dificuldades enfrentadas pelas pessoas pouco qualificadas são grandes uma vez que as políticas dos países favorecem na sua maioria os mais instruídos (UNDP, 2018).

A distribuição das participantes no estudo demonstrou que 58,2 % **reside** em área urbana e 41,8% em área rural e não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a residência e a avaliação da visita domiciliária atribuída pela puérpera. Podemos constatar que as participantes residentes na área urbana foram as que classificaram melhor a VD. A contrariar estes resultados encontramos Almeida (2011) que conclui que as puérperas residentes em área rural classificam melhor a VD. No entanto nesse mesmo estudo constatou-se não haver relação entre a residência e a avaliação da VD. Pinto (2013) refere que a acessibilidade à saúde deverá integrar o princípio da equidade, contudo existem diversos condicionantes de natureza cultural e organizacional. Nas áreas rurais o acesso aos serviços de saúde é mais limitado que nas zonas urbanas logo a informação e a acessibilidade aos cuidados é melhor nesta zona. Empiricamente as puérperas das zonas rurais devem dar mais importância à VD pela distância e difícil acesso aos cuidados de saúde comparativamente às puérperas das zonas urbanas.

### **3.2.2 – Relação entre as variáveis obstétricas e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária**

No estudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o **número de gestações** e a avaliação da VD. As mulheres com apenas uma gestação são 44,3% da amostra. No entanto estudo de Almeida (2011) verificou que as puérperas

primíparas atribuem melhor avaliação à dimensão ensino. Consideramos que estes resultados se devam ao fato de as primíparas e as múltiparas apresentarem necessidades diferentes (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2002).

Já em relação a prevalência do **número de partos** em função da VD registamos diferenças significativas. Podemos constatar que, as puérperas primíparas e múltiparas apresentam valores semelhantes em todos os fatores e no total da visita domiciliária, mas constatamos diferenças estatísticas significativas nos fatores importância e empatia. Graça (2010) refere no seu estudo que a multiparidade/experiência prévia positiva influencia a VD funcionando como protetores não dando tanta importância na VD como as puérperas primíparas.

Identificamos diferenças na prevalência da existência de **abortos** e na avaliação da visita domiciliária. Podemos verificar que 21,3% da amostra tiveram abortos, contudo as que apresentam maior número de abortos encontram-se no grupo etário com idade inferior a 35 anos com 13,9%. Apuramos que as puérperas que já tiveram aborto apresentam, valores mais elevados em todas os fatores e no total da visita domiciliária.

Moreira (2008) afirma que a perda acarreta um processo de luto, no entanto quando este é desenvolvido de forma adaptativa, passando pelas suas etapas naturais de um luto adequado com o auxílio de uma equipa multidisciplinar, a mulher readaptar-se-á à situação de uma forma apropriada. Numa nova gravidez a mulher encara de uma forma mais saudável todo o processo gravídico e puerperal adequando as emoções associadas à perda anterior com o apoio que teve. É, portanto, de extrema importância o apoio e informação fornecido pelos enfermeiros na visita domiciliária pois são puérperas mais vulneráveis a nível emocional.

Registamos diferenças na prevalência da avaliação da visita domiciliária em função do **tipo de partos**. Verificamos que as puérperas que já tiveram parto normal atribuem melhor avaliação em todos os fatores e no total da escala exceto na empatia e na informação. As que atribuem os valores mais baixos na maioria dos fatores (a exceção do fator importância) são as puérperas de parto distócico. Para o ensino e total da visita domiciliária regista-se diferenças estatisticamente significativas. Em análise ao tipo de parto notamos existir um maior percentual de parto eutócicos (46,7%) embora ainda seja elevado a percentagem de partos distócicos (39,3%). A maior percentagem de partos eutócicos encontra-se no grupo etário 19-34 anos (37,7%) enquanto que as puérperas com

idade superior ou igual a 35 anos tiveram um parto distócico em maior percentual (14,8%). Estudo de Martins (2012) apresenta valores semelhantes em que 59.7% teve um parto eutócico, 35.1% das participantes foram sujeitas a cesariana e em 5.2% dos partos foi necessário recorrer a ventosas ou fórceps. Segundo o seu estudo, que corrobora este, foram as puérperas de parto eutócico que classificaram com melhores índices a VD em termos de ensinos. Podemos também confirmar que as que tiveram partos distócicos são as puérperas com a faixa etária com idade superior ou igual a 35 anos e que como afirmamos no item subcapítulo anterior são as que classificam pior a VD.

Não encontramos diferenças na prevalência da avaliação da visita domiciliária em função do **agregado familiar**. Em relação à situação de coabitação, podemos verificar que a maioria das mulheres em estudo vive com o marido e os filhos (95,1%), seguindo-se 4,9% que vivem com outros familiares. Mas verificamos que são as puérperas que vivem com “outros familiares” que atribuem mais importância à VD. Para corroborar os nossos dados Henshaw, Durkin & Snell (2016) realçam o papel significativo dos parceiros na adaptação do puerpério.

Os fatores **número de consultas, vigilância da gravidez e local da vigilância** não se revelaram determinantes na avaliação da VD. Apenas 6,6% das puérperas referiu ter feito 5 ou menos consultas durante a gravidez, no entanto foram estas que atribuíram melhor classificação da VD.

Coutinho (2014) identifica que as puérperas que vigiaram menos a gravidez são as adolescentes, solteiras, com habilitações literárias inferiores, as de profissões não qualificadas, desempregadas, com 3 ou mais filhos e que não fizeram preparação para o parto. Estudo de Claro (2014) comprova o nosso estudo afirmando que não existe diferenças estatísticas significativas entre o número de consultas e a avaliação da VD. Confirma também que as puérperas que vigiam menos a gravidez classificaram melhor a VD.

DGS (2015) afirma que a vigilância pré-natal deve incluir no mínimo 6 consultas e assegura a saúde da futura mãe e do bebé e permite o diagnóstico e o tratamento de distúrbios maternos que podem ser pré-existentes ou desenvolver-se durante a gestação. É um período de intensa aprendizagem para os pais sendo imprescindível a influência dos profissionais de saúde para uma gravidez/puerpério natural/saudável. Já o estudo de Castro (2010) assevera que a maioria das participantes do seu estudo estão satisfeitas com a assistência pré-natal, parto e pós-parto.

Terra (2006) no seu estudo confirma que as puérperas que receberam maior orientação no período pré-natal apresentaram menos dificuldades no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido, que as puérperas que tiveram orientações em menos momentos confirmando os dados do nosso estudo.

Relativamente ao local de vigilância da gravidez 84.4% efetuou essa vigilância no CHUCB com maior prevalência nas puérperas (57.4%) mais jovens. O Centro de saúde é procurado por 11.5% da totalidade das puérperas recaindo o maior percentual (9,0%) também nas puérperas mais novas. Na análise inferencial verificou-se que foram as puérperas que vigiaram a gravidez no centro de saúde/privado que atribuíram maior classificação à VD. Santos (2012) e Santos & Cardoso (2010) corroboram o nosso estudo afirmando que as grávidas que são acompanhados pelo médico particular apresentaram valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global do empoderamento.

Também foram revelados efeitos significativos na relação entre o **curso de preparação para o parto e parentalidade** e a avaliação da VD. Aferimos que 59,8% das participantes não realizaram o curso de PPP. Entre as 40,2% de puérperas que realizaram a maior percentagem (28,7%) tem idade <35 anos. Verificamos, também, que as puérperas que realizaram o curso de preparação para a parentalidade apresentam valores mais elevados no total da visita domiciliária.

Estudo idêntico (Almeida, 2011) confirma os nossos dados em que 93,10% das puérperas não realizaram curso PPP e que as que realizaram apresentam valores mais elevados nos fatores ensino e informação. Darvill (2010) afirma que as mulheres que frequentam o curso PPP têm mais confiança, controlo das situações e melhor processo de transição para a maternidade.

No estudo de Claro (2014), que também corrobora o nosso estudo, é possível observar que as puérperas que classificaram maioritariamente a visita domiciliária como boa frequentaram o curso de preparação para o parto/parentalidade. Mostra que as puérperas que não frequentaram o curso de PPP classificaram, no entanto, a visita domiciliária de boa, muito possivelmente por não terem tido contato com momentos educativos sendo a visita domiciliária um desses momentos. Segundo Kohan (2007) os cursos de PPP surgiram no sentido de alterar o estado de passividade da mulher no processo gravídico-puerperal passando estas a ser proativas.

### **3.2.3 – Relação entre as dúvidas no período puerperal relativas à puérpera e RN e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária**

No que concerne as **dúvidas sobre puerpério e RN** e a avaliação da visita domiciliária, constatamos que apenas nas dúvidas sobre o puerpério existe significado estatístico no fator ensino. Verificamos que a maioria das puérperas 63,9% não esclarece dúvidas acerca do puerpério ainda assim são as de idade inferior a 35 anos que esclarecem mais dúvidas (26,2%).

Relativamente as dúvidas sobre os cuidados com o RN as respostas tornam-se opostas sendo que a maioria das inquiridas, 76,2% esclarece dúvidas sobre esta temática. Mantem-se, no entanto, a ser o grupo etário inferior a 35 anos a esclarecer mais dúvidas (56,6%). Silva (2012) afirma que as figuras parentais apresentam e identificam necessidades de cuidados e para ultrapassarem os mesmos apoiam-se na equipa de enfermagem. Em relação ao RN os pais confiam que os enfermeiros os ajudem a adquirir habilidades e mestria de modo a serem autónomos. Refere, também, que era importante a puérpera sentir-se capaz e confiante para esclarecer qualquer dúvida que tenha.

No entanto um estudo de Oliveira et al (2012) indica-nos que as puérperas percebem com mais interesse e valor os cuidados prestados pelos enfermeiros ao recém nascido e com menor interesse a elas mesmo.

Filipe (2011) reforça a importância das ações com finalidade educativa e assistencial com o objetivo de detetar e prever fatores que influenciem a saúde. Amaral (2011) corrobora esta ideia salientando que a prestação de cuidados e esclarecimento de dúvidas do ambiente/ habitação da puérpera/família permite uma proximidade do enfermeiro e unidade familiar. Pereira (2012) afirma que a visita domiciliária, surge como imprescindível, porque permite ao enfermeiro prestar cuidados de enfermagem personalizados, no ambiente natural da puérpera, tendo em conta as necessidades da mesma, ajudando-a na sua auto-confiança, bem como detetar atempadamente possíveis complicações pós-parto na mulher e no recém-nascido.

Também Soares (2008) enfatiza que a formação e preparação das puérperas por parte dos enfermeiros, torna-as mais competentes e autónomas no desempenho dos cuidados básicos ao recém-nascido e consigo próprias. Reforça, ainda, que o enfermeiro

deve investir no aumento dos conhecimentos e das capacidades das puérperas contribuindo para a segurança e confiança das mesmas.

No seu estudo Silva (2012) concluiu que a puérpera/família valorizaram os enfermeiros que demonstram disponibilidade, individualização na assistência demonstrada e continuidade na prática dos cuidados. A receptividade para esclarecer dúvidas, é promotora da satisfação das puérperas para com a visita domiciliária.

A visita domiciliária é, portanto, essencial no primeiro mês de vida do recém-nascido e no novo estado da mulher. O modelo de intervenção dos enfermeiros deve ser adaptado as necessidades de cada família, sendo exigido um planeamento estruturado e sistemático (Graça L. C., 2010).

### **3.2.4 – Relação entre as variáveis psicológicas (sintomas depressivos) e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária**

Quanto à existência de relação entre os sintomas depressivos pós-parto e a VD verificamos que esta não existe. Constatamos que as puérperas que apresentam sintomas depressivos classificaram a visita como muito adequada e adequada (0,8% cada uma). Em relação as puérperas que não tem sintomas depressivos a sua distribuição em relação a classificação da visita é simétrica com 38,5% a classificarem de inadequada e 42,6% de muito adequada. Registamos que a prevalência de puérperas sem sintomas depressivos (98,3%) é mais elevada quando comparadas com as puérperas com sintomas depressivos (1,6%). De salientar que são as puérperas mais novas as únicas com valor percentual quanto aos sintomas depressivos (1,6%).

Relativamente as variáveis independentes contactamos que a única preditora da depressão pós-parto é o número de gestações. No estudo de Meredith (2003) evidenciam que para além da história prévia de DPP, gravidez não planeada, atitude negativa do pai em relação a gravidez, estado de saúde do recém-nascido o fator primeira gestação é influenciador de DPP. Arrais (2017) apresenta como fatores desencadeantes de DPP as referidas pelo autor anterior mencionado, mas também, conflitos conjugais, mãe solteira, depressão durante a gravidez, suporte social fraco, idealização da maternidade, dificuldades financeiras no pós-parto, e complicações obstétricas maternas. Estudo de

Hartmann (2017) com 2687 puérperas num município do Brasil, corrobora o nosso estudo demonstrando que a multípara tem maior risco de DPP.

Sequeira (2014) refere que saúde mental é um estado de funcionamento ideal do ser humano e sublinha a importância de promover as qualidades da pessoa na otimização de seu potencial, As puérperas precisam de alcançar resultados positivos na esfera maternal e pessoal, pelo que a sua saúde mental será vital neste processo de transição.

Mendes (2014) evidencia o efeito positivo da VD no primeiro mês após o nascimento, na diminuição do risco da depressão pós-parto, e ainda em variáveis que conduzem a um puerpério mais saudável como sejam o aleitamento materno, problemas de saúde relacionados com as crianças, e as dificuldades sentidas durante o puerpério.

Tavares (2014) enfatiza que a promoção do bem-estar das puérperas e a prevenção de patologias psicoafectivas no pós-parto, deve ter, por parte dos profissionais de saúde, uma atenção especial. A puérpera pode e deve ser o principal agente na promoção do seu bem-estar e do RN (Mendes A. , 2014).

## Conclusão

Chegado o momento de fazer uma reflexão final sobre todos os aspetos desta investigação, enalteçemos os resultados obtidos que consideramos mais importantes assim como as suas implicações na prática.

O acompanhamento da puérpera e família durante o pós-parto é fundamental para a confiança e a segurança nos cuidados entre os enfermeiros e utente. Os enfermeiros devem assim reunir todos os esforços no sentido de aumentar a autonomia e o empoderamento da puérpera/família na adaptação da nova fase, adotando as ações em relação às suas necessidades, promovendo a saúde e o bem-estar de toda a família. Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção da doença e devem exercer o seu exercício profissional de qualidade, sensibilizando os seus pares para a importância da saúde da mulher/recém-nascido/família nesta fase da vida.

Um adequado apoio no puerpério, nomeadamente na VD é essencial para uma maternidade saudável, experiências e expectativas materializadas. Esse apoio competente inclui o desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e aquisição de conhecimentos em saúde para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações no puerpério.

Este estudo permitiu-nos compreender os fatores que influenciam a importância que a puérpera atribui à VD. Para o efeito investigámos as características sociodemográficas das participantes, do seu contexto obstétrico e psicológico, o que nos permitiu conhecer o *background* das puérperas.

Foi sempre nossa preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo, responder às questões de investigação.

Após análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as seguintes evidências:

1. Encontrámos uma associação entre as variáveis sociodemográficas (grupo etário, nacionalidade e estado civil) e a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária;

2. As variáveis de contexto obstétrico (número de partos, número de abortos, tipo de parto, curso de preparação para a parentalidade) relacionaram-se com a importância que a puérpera atribui à visita domiciliária.

3. As dúvidas da puérpera sobre o puerpério têm igualmente um poder explicativo na importância que a puérpera atribui à VD;

4. As variáveis alterações psicológicas, nomeadamente, a suspeita de sintomas de depressão não se constitui como preditiva;

5. 38,5% consideram a visita domiciliária inadequada seguindo-se as que avaliam como muito adequada com 43,4%.

Concluído o estudo e destacados os aspetos mais relevantes, ficámos a saber que as variáveis independentes se associaram com a importância que a puérpera atribui a VD, sendo o esclarecimento de dúvidas do puerpério determinante para a qualidade da VD. Outra das limitações encontradas foi a dificuldade de as participantes separarem o enfermeiro investigador, do enfermeiro prestador de cuidados durante as entrevistas, que de algum modo pode ter influenciado alguma da informação recolhida.

Apesar das limitações referidas e após a realização deste trabalho, que envolveu muita reflexão e discussão agrada-nos concluir que conseguimos atingir e dar resposta aos objetivos a que nos propusemos inicialmente.

Para terminar iremos fazer referência às implicações práticas do estudo.

Admitimos que apesar do nosso esforço no sentido de expor, clara e corretamente, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, existem resultados do nosso estudo, sem confrontação com outros estudos dada a sua inexistência no âmbito das variáveis por nós estudadas.

Com o objetivo de implementar as correções consideradas necessárias, sugerimos algumas intervenções, que requerem monitorização:

- Realização de um procedimento operativo no CHUCB no intuito de haver uma interligação entre os EESMOGS e os enfermeiros especialistas de saúde mental aquando a deteção de sinais/sintomas de depressão;

- Incorporar no curso de PPP o tema de promoção da saúde mental positiva no sentido de empoderar a grávida para uma atitude proativa em relação ao seu estado gravídico, parto e pós-parto;

- Prolongar o curso de PPP para o pós-parto ou criar grupo de apoio às puérperas;
- Aplicar o questionário de avaliação da visita domiciliária nas maternidades e centros de saúde onde já se realiza a visita, no sentido de adaptar um modelo mais apropriado à população portuguesa;
- Fornecer no final da VD um reforço do plano de ensino com as informações mais importantes e calendarização da próxima VD (caso seja necessário);
- Reforçar a importância da linha de apoio de amamentação do CHUCB;
- Adaptar a grelha de avaliação utilizada na VD do CHUCB (incorporar questões do foro social);
- Aumentar a taxa de VD do CHUCB para 100% até 2022.

Terminamos esperando que a divulgação deste estudo constitua um contributo valioso para a satisfação das puérperas em relação a visita domiciliária, ao nível da intervenção adequada dos enfermeiros, identificação precoce de potenciais riscos maternos, neonatais ou familiares, intervenção pedagógica articulada com as estruturas de apoio social e psiquiátricas.

Desta forma, esperamos também contribuir para uma reflexão das práticas profissionais, traduzindo-se na melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados durante o puerpério.



## Referências bibliográficas

Abreu, S. (s.d.). Visitação Domiciliária. Em :

[http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Ordem%20dos%20enfermeiros.pdf)

Ordem dos enfermeiros. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83O%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>.

Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). *Visita domiciliária no pós-parto*. Viseu.

Almeida, L. M., Santos, C. C., Caldas, J. P., Dias, S., & Campos, D. A. (2016). *The impact of migration on women's mental health in the postpartum period*. Revista de Saúde Pública.

Amaral, N. (2011). Os enfermeiros e a visitação domiciliária ao recém-nascido: Promovendo um natal saudável em família. *Açoriano oriental*, 15.

Arrais, A. d., & Araujo, T. C. (2017). *Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção*. Brasil: Escola Superior de Ciências da Saúde .

Aston, M., Price, S., Etowa, J., V. A., Young, L., Hart, C., . . . Randel, P. (2015). *Aston, M., Price, S., Et The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during post-partum home visits*. Journal of Family Nursing.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal Portugal: Comparision of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 135-142.

Bayle, F. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Editora fim do século.

Bloch, M., Rotemnberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2003). *Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders*. Journal of Affective Disorders.

- Branca, V. M. (2018). *Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde*. Évora: ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOAO DE DEUS.
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de psicologia*, 19-28.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). *Gravidez e maternidade na adolescência: perspetivas teóricas*. Psicologia da gravidez e da maternidade.
- Cantilino, A., & al., e. (2010). *Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. São Paulo: Rev Psiq Clín.
- Castro M., M. M. (2010). *Qualidade da Assistência Pré-natal: uma prespetiva das puérperas egressas*. Revista Rene.
- Christie, J., & Bunting, B. (2010). *The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial*. Elsevier Ltd.
- Claro, M. F. (2014). *Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- Coutinho, C. P. (2017). *METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS: TEORIA E PRÁTICA*. Almedina.
- Coutinho, E. d. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 - item Edinburgh Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 782-786.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto editora.
- Darvill, R., & al., e. (2010). *Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition*. Midwifery.
- DGS. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2013). *Programa de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Enfermeiros, O. (1 de setembro de 2011). Obtido de Os enfermeiros e a visita domiciliária ao recém-nascido: promovendo um Natal saudável em família.: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisita%C3%A7%C3%A3oDomicili%C3%A1ria.aspx>.
- Enfermeiros, O. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*.
- Estatística, I. N. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Figueiredo, B. (2005). *Psicopatologia da Maternidade e Paternidade*. Revista do Centro.
- Filipe, M. d. (2011). *Visita domiciliária Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Golander, H. (1996). O desenvolvimento da teoria em enfermagem a partir da investigação qualitativa e quantitativa. *Enfermagem n°3*, 30-35.
- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno : um estudo quasi-experimental*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). *Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados*. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Heck, K., & Parker, J. (2002). *Family Structure, Socioeconomic Status, and Access to Health Care for Children*. Health Serv Res.
- Henshaw, E. J. (2016). *First-time parents' shared representation of postpartum depressive symptoms: A qualitative analysis*. Social Science and Medicine, 160, 102–110.
- INE. (2019). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. PORDATA.



- McNaughton, D. (2000). *A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research*. Public Health Nursing.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A. (2014). *Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós parto*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da palavra.
- Mendes, M. L. (1991). *Curso de obstetrícia*. Coimbra: Centro cultural da maternidade.
- Meredith, P., & Noller, P. (2003). *Attachment and infant difficultness in postnatal depression*. *Journal of Family Issues*, 24, 668-686.
- Moreira, M. I. (2008). *As lágrimas por um filho que nunca se conheceu*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- MS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Obstétrica, C. d. (11 de Setembro de 2010). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Ordem dos enfermeiros*.
- Oliveira, J. F., Quirino, G. S., & Rodrigues, D. P. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene.*, pp. 74-84.
- OMS. (2003). *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*.
- Pascoal, M. J. (2016). *Criar, crescer e cuidar: Implementação da visita domiciliária no período pós-natal*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa.
- Pereira, M. I. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Coimbra: Escola Superior de enfermagem de Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.

- Pinto, B. (2017). *Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família*. Aveiro: Escola Superior de Saúde de Aveiro.
- Pinto, P. S. (2013). *A acessibilidade aos cuidados de saúde*. Nursing Magazine Digital.
- Piteira, A. F. (2016). *A enfermagem comunitária na transição para a parentalidade - visita domiciliária de enfermagem no puerpério*. Évora: Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.
- Queiroz, A. (1998). *A visita domiciliária como forma de intervenção em saúde materno infantil: ação do enfermeiro em cuidados de saúde primários*. Revista Sinais Vitais.
- Reis, A. S., & Costa, M. A. (2014). *Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência.
- Relvas, A. (2006). *Ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2001). *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora.
- República, D. (2011). *Regulamento n.º 127/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia*. Brasil: Nova Guanabara.
- Ribas, C. (2014). *Contributos da Visita Domiciliária de Enfermagem Obstétrica no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado aos três meses após o Parto*. Viana do Castelo: Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.
- Ribeiro, L. M. (2014). *Contributo da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para os cuidados maternos prestados ao recém-nascido, nos seus primeiros 28 dias de vida*. Coimbra: Escola Superior de enfermagem de Coimbra.
- Rodrigues, N. A. (2011). *Percepções de Mães Primíparas Sobre a Visita Domiciliária do Enfermeiro na Adaptação à Maternidade: Um estudo Qualitativo*. Lisboa: ISCTE-IUL.

- Sampieri, R. H., Collado, C., & Lucio, P. (2016). *Metodologia de la investigación 6ª edición*. México: Mcgraw-Hill Interamericana editores.
- Santos, A., & Cardoso, A. (2010). *A qualidade de vida e o suporte social da grávida*. Almada: Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras nº11.
- Santos, I. M. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu- Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Saúde, M. (4 de Setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 1996. *Diário da república*.
- Saúde, O. M. (2008). *CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde*. São Paulo: EDUSP.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: A Central Concept in Nursing*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Sequeira, C. C.-C.-M. (2014). *Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Silva, C. d. (2012). *TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silva, S. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Tavares, M. F. (2014). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: significados para a mulher em risco de Depressão Pós-Parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Teixeira, J., & al, e. (2009). *Visita domiciliar puerperal*. Saude coletiva 28.
- Terra, D. L., & Okasaki, E. d. (2006). *Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido*. Revista Enfermagem UNISA.

- Torre, M. (2001). *Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropobiológica*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Torre, M. A. (2001). *Assistência em cuidados de enfermagem á puérpera numa perspectiva antropobiológica*. Porto: Universidade do Porto.
- UNDP. (2018). *Human Development Indices and Indicators*. Statistical Update.
- Unicef. (2009). *Situação mundial da infância - Saúde Materna e Neonatal*. New York: B&C Revisão de Textos.

# **ANEXOS**



**ANEXO I- Parecer da Comissão de Ética do Centro  
Hospitalar Universitário da Cova da Beira**



## Comunicação de parecer

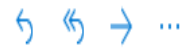


CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde <comissaodeetica@chcbeir

a.min-saude.pt>

Seg, 26/11/2018 17:18

joana.p.amaral@hotmail.com ✉



Exmo(a). Senhor(a),

Por indicação do Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde Prof. Doutor Manuel Passos Morgado, comunica-se ter sido emitido parecer favorável referente ao Estudo nº 65/2018 "Importância atribuída pela puérpera à visita domiciliária".

O mesmo foi remetido ao Gabinete de Investigação e Inovação e o seu teor poderá ai ser consultado.

Salienta-se que a realização do estudo em apreço fica pendente da autorização do Exmo. Conselho de Administração do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da CES

CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde

Comissão de Ética para a Saúde

Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE

Sede | Quinta do Alvito | 6200 - 251 Covilhã

Tlm: | Tel: | Fax:



**ANEXO II - Autorização do Diretor do Conselho  
de Administração do Centro Hospitalar  
Universitário da Cova da Beira**





05 DEZ 2018

Assunto: Projecto de Investigação n.º 65/2018- "Importância atribuída pela puérpera à visitação domici	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 56/2018
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 05-12-2018

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Joana Catarina Pereira Amiaral, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Importância atribuída pela puérpera à visitação domiciliária", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Serviço de Obstetrícia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 39, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,

  
 (Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/MA

Centro Hospitalar Cova da Beira  
 Presidente do Conselho de CA  
 12 DEZ 2018  
 Disposto: do modo  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# Apêndices



# **Apêndice I – Instrumento de colheita de dados**





Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO  
(UniCiSE)

**Unidade curricular:** Relatório Final

**Investigador Principal:** Professora Doutora Paula Nelas

Investigadores Colaboradores: Joana Amaral

**Estudo de investigação:** Importância atribuída pela puérpera à visita domiciliária

Esta investigação só é possível graças à sua colaboração no preenchendo deste questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que se seguem e responda de forma sincera e espontânea. Não existem respostas certas nem erradas, interessa-nos a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e confidencialidade.

A sua participação é muito importante. Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratas pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação

---

---

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código \_\_\_\_\_  
(a preencher pelo investigador)

### I PARTE – Caracterização sociodemográfica

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Estado civil: Solteira \_\_\_\_\_ casada/ união de facto \_\_\_\_\_ divorciada \_\_\_\_\_ viúva \_\_\_\_\_
3. Nacionalidade \_\_\_\_\_
4. Com quem vive \_\_\_\_\_
5. Escolaridade \_\_\_\_\_
6. Profissão \_\_\_\_\_
7. Situação Profissional: Emp. Integral \_\_\_\_\_ Emp. Tempo parcial \_\_\_\_\_  
Desempregada \_\_\_\_\_ Em formação \_\_\_\_\_
9. Residência: Aldeia \_\_\_\_\_ Vila \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_
10. Tem família a residir próximo da sua residência: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

### II PARTE – História Obstétrica

11. Número de gestações anteriores \_\_\_\_\_ Número de partos \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_
12. Os partos foram (pode responder mais do que uma opção): Normais \_\_\_\_\_ Instrumentados \_\_\_\_\_  
Cesariana \_\_\_\_\_
13. É saudável: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
14. Se respondeu não na questão nº 13, que doenças tem:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. A gravidez atual foi planeada: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
16. Vigilância da gravidez: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
17. Nº de Consultas \_\_\_\_\_
18. Local de vigilância da gravidez \_\_\_\_\_
19. Faz medicação habitualmente: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
20. Se respondeu sim na questão nº19, diga qual:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Frequentou curso de preparação para a parentalidade: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_
22. Se sim, frequentou: centro de saúde \_\_\_\_\_ hospital \_\_\_\_\_  
Já teve dúvidas relacionadas consigo no período após o parto: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
23. Se sim, com quem as esclareceu (pode escolher mais do que uma questão)  
Mãe \_\_\_\_\_ Enfermeira(o) \_\_\_\_\_ Médica(o) \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Outras mães \_\_\_\_\_ Livros \_\_\_\_\_  
Internet \_\_\_\_\_ Outras fontes \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_
24. Já teve dúvidas relacionadas com o bebé no período após o parto: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Se sim, com quem as esclareceu (pode escolher mais do que uma questão)  
Mãe \_\_\_\_\_ Enfermeira(o) \_\_\_\_\_ Médica(o) \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Outras mães \_\_\_\_\_ Livros \_\_\_\_\_  
Internet \_\_\_\_\_ Outras fontes \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_
25. Já utilizou a linha de apoio de amamentação do hospital para esclarecimento de dúvidas:  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Se respondeu sim, quais eram as dúvidas \_\_\_\_\_
26. Quem cuida maioritariamente do bebé? (Pode responder mais do que uma opção)  
A senhora (mãe do bebé) \_\_\_\_\_ Pai do bebé \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_
27. Quem a ajuda nas atividades da vida diária depois da alta da maternidade? (pode escolher mais do que uma opção)  
Ninguém \_\_\_\_\_ Pai do bebé \_\_\_\_\_ A sua mãe \_\_\_\_\_ A sua sogra \_\_\_\_\_ Outras pessoas \_\_\_\_\_  
Quem? \_\_\_\_\_
28. Qual tem sido o tipo de ajuda? (pode escolher mais do que uma opção)  
Tomar conta do bebé \_\_\_\_\_ Ajuda nos cuidados ao bebé \_\_\_\_\_ Ajuda nos cuidados a si mesma \_\_\_\_\_  
Ajuda nas tarefas domésticas \_\_\_\_\_ Outra ajuda \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS PARTO (EAVDPP)  
Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011)

As afirmações que se seguem, dizem respeito à visita domiciliária que lhe foi efetuada após o parto pelo Enfermeiro. Por favor, assinale a quadrícula correspondente.

Itens	Sempre	Às vezes	Nunca
Foi-me explicada a razão da visita domiciliária			
Fui informada dos meus direitos sociais			
Fui informada dos recursos disponíveis na comunidade			
Fui elucidada sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto			
Foi-me explicado as alterações que ocorrem no puerpério			
Fiquei a saber as competências do meu bebé			
Fui informada sobre como evitar acidentes no domicílio			
Foi informada sobre o esquema vacinal do bebé			
Foi-me explicado o desenvolvimento infantil considerado normal para a idade do bebé			
Os meus familiares foram informados sobre o tipo de ajuda que me poderiam dar			
As minhas dúvidas foram esclarecidas			
Foi-me feito ensino sobre os cuidados a ter com a minha alimentação			
Recebi orientações quanto ao início da actividade sexual			
Fui incentivada a manter a amamentação			
Recebi instruções sobre a técnica de amamentação			
Foi-me feito ensino sobre a técnica de esvaziamento mamário			
Foi-me feito ensino sobre cuidados vulvoperíneais			
Fui incentivada a expressar os meus sentimentos e dúvidas			
Foi-me prestado apoio no banho ao bebé			
Foi-me prestado apoio nos cuidados ao coto umbilical			
Fui esclarecida sobre o tratamento do eritema da fralda			
Recebi orientações sobre como lidar com o choro do bebé			
Fui esclarecida sobre a icterícia fisiológica do bebé			
Fui esclarecida sobre as características das dejeções do bebé			
Foi solicitada a presença de outros elementos da minha família durante a visita			
A data e o horário da visita foram de acordo com a minha disponibilidade			
A minha privacidade foi sempre respeitada			
A abordagem no domicílio foi feita de forma agradável			
A visita decorreu de acordo com as minhas expectativas			
A informação transmitida durante a visita foi adequada às minhas necessidades			
A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos			
A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé			
A visita domiciliária constituiu um óptimo meio de esclarecimento de dúvidas			
Após a visita senti-me mais confiante			
Penso que a visita deveria ser efectuada até á 1ª semana após o parto			

ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO  
Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo. (1996)

Responda a cada questão, colocando uma cruz (x) na sua opção de resposta.

<b>1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.</b>	
1.1. Tanto como dantes	
1.2. Menos do que antes	
1.3. Muito menos do que antes	
1.4. Nunca	
<b>2. Tenho tido esperança no futuro.</b>	
2.1. Tanta como sempre tive	
2.2. Menos do que costumava ter	
2.3. Muito menos do que costumava ter	
2.4. Quase nenhuma	
<b>3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.</b>	
3.1. Sim, a maioria das vezes	
3.2. Sim, algumas vezes	
3.3. Raramente	
Não, nunca	
<b>Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância</b>	
<b>4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.</b>	
4.1. Não, nunca	
4.2. Quase nunca	
4.3. Sim, por vezes	
4.4. Sim, muitas vezes	
<b>5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.</b>	
5.1. Sim, muitas vezes	
5.2. Sim, por vezes	
5.3. Não, raramente	
5.4. Não, nunca	
<b>6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.</b>	
6.1. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las	
6.2. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	
6.3. Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	
6.4. Não, resolvo-as tão bem como antes	
<b>7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.</b>	
7.1. Sim, quase sempre	
7.2. Sim, por vezes	
7.3. Raramente	
7.4. Não, nunca	
<b>8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.</b>	
8.1. Sim, quase sempre	
8.2. Sim, muitas vezes	
8.3. Raramente	
8.4. Não, nunca	
<b>9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.</b>	
9.1. Sim, quase sempre	
9.2. Sim, muitas vezes	
9.3. Só às vezes	
9.4. Não, nunca	
<b>10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.</b>	
10.1. Sim, muitas vezes	
10.2. Por vezes	
10.3. Muito raramente	
10.4. Nunca	

## **Apêndice II – Consentimento informado**



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Ex.<sup>ma</sup>**

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Joana Amaral do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, sob a orientação da Senhora Professora Doutora Paula Nelas, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “Importância atribuída pela puerpera à visita domiciliária”.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_